



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.

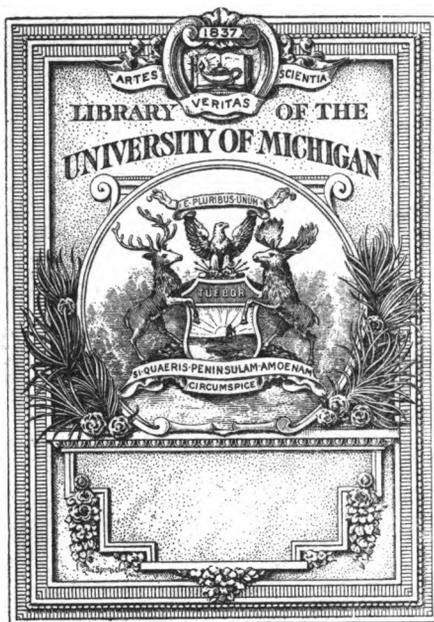
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *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.





610.5

M74

04

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapinger** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. WEBER-LIEB
Professor
der Ohrenheilkunde
in **Bonn**.

Dreiundzwanzigster Jahrgang.

BERLIN 1889.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben)
in Berlin N.

Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

10000

10000

I. Sach-Register.

- Abductorlähmung**, Kehlkopftuberculose maskirend 47.
- Abfluss-Canäle**, üb. die der Endolympe des inneren Ohres 106.
- Abscess des Hirnes** nach geheilter Otitis media purulenta acuta 207.
- des Kleinhirnes ex otitide 15. 38.
- , Beiträge zur Lehre der chronischen i. d. Regio subhyoidea sich befind. 239.
- Accumulator**, ein neuer 251.
- Acne**, chronische Rhinitis als Ursache der Gesichts- 65.
- Actinomycose**, ein Fall von beim Menschen 92.
- Acusticus**, d. Erkrankungen des Nerv. 89.
- , die Hyperästhesie des 1.
- , ein seltener Fall von Reflexen 133.
- , üb. das Verhältniss zwischen der einseitigen Wahrnehmung des Diapason-Vertex, den functionellen Zuständen und der electricischen Erregbarkeit des 42.
- Adductor**, Lähmung des seitlichen -Muskels des Kehlkopfes mit einem einzig dastehenden Falle 139.
- , Werth der laryngoscop. Diagnose bei einem Falle von Lähmung des linken wahren Stimmbandes 117.
- Adenoides Gewebe**, Hypertrophie des der Fossa epiglottica 116.
- Adenoide Vegetationen** des Nasenrachenraumes u. die Laryng. strid. 188.
- — im Nasenrachenraum, e. Instrument zur Behandlung der 292.
- , Instrumente zur Entfernung von. Discussion 251.
- Adenom** des weichen Gaumens 90.
- Aetiologie**, zur der Unterleibsbrüche 16.
- Amygdalitis**, folliculäre u. Contagion 67.
- Amygdalotomie**, gefährliche Blutung nach einer 91.
- , Gefahr der Blutung nach der 116.
- Anatomie und Physiologie** der Nervi recurrentes 294.
- Aneurysma intrathoracicum**, nach der Methode von Moore behandelt 215.
- , das der Aorta 71.
- der Arteria subclavia. Ligatur des Truncus brachio-cephalicus 71.
- Angina**, gangränöse. Tödtl. Blutung 213.
- Angiom** des Larynx 70.
- des Pharynx, ein Fall von 190.
- Anoralrespirator**, über den 280.
- Ansicht** des Kehlkopf-Inneren ungefähr 20 Jahre nach Entfernung eines Epitheliomes durch äusseren Schnitt 214.
- Antrum Highmori**, zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des 17.
- , Diagnose und Therapie der Empyeme des 296.
- , Eiterung des, abhängig von Caries eines Milch-Eckzahnes 117.
- , Empyem des 116.
- Anwendung** einiger neuerer Mittel in der Ohrenheilkunde 261.
- Aphasie** durch malarische Embolie 302.
- Aphonie**, Bedeutung der Heiserkeit und der bei Lungenschwindsucht 95.
- Aphthöse Stomatitis**, üb. confluirende und ihre Behandlung 190.
- Apparat** zur Luftdouche 12.

Aquaeductus vestibuli et cochleae, üb. die Injection der Knochenanäle des mit Wood'schem Metall 85.
Arcus palatoglossus, Epitheliom der Zunge, des Mundbodens u. des 189.
Argent. nitricum, Eiterung des Sinus maxillaris und Heilung durch 298.
Argyrie, ein Fall von allgemeiner und von Kehlkopfkrebs 77.
Arsenikal-Rhinitis, ein Fall von 65.
Articulatio crico-arythenoidea, Erkrankung der 141.
Asphyxie wegen Verstopftsein des Rohres bei der Larynx tubage 70.
Asthma spasmodicum in seiner Beziehung zur chronischen hypertrophischen Rhinitis 188.
Atresie des Warthon'schen Canales als Ursache eines congenitalen Tumors 91.
Atrophie, congenitale der Zunge. Spastische Lähmung der unteren Extremitäten 91.
Atrophische Rhinitis, Behandlung der und der Ozaena 294.
Autolaryngeale Operation 119.

Bacteriologie und Histologie der diphtheritischen Mittelohr-Erkrankungen 246.

Bacteriologisches bei der Otitis media 246.

Basedow'sche Krankheit, Beiträge zur Lehre der 189.

—, Cystenkröpf, Heilung 189.

Belenchtungsapparate, electriche für das Mittelohr und den Nasenrachenraum 281.

Bericht über die in der Zeit vom 1. Januar 1887 bis 31. März 1888 in der Policlinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle 11.

— über die Thätigkeit der Königlichen Universitäts-Ohrenclink in Halle a. S. vom 1. Januar 1887 bis 31. März 1888 233.

— über die Ohrenheilkunde in der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg 244.

— aus dem über die an der K. K. Universitäts-Clinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien im Jahre 1887 ambulatorisch behandelten Kranken 88.

Bericht, aus dem über die an der K. K. Universitäts-Clinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien im Jahre 1888 ambulatorisch behandelten Kranken 83. 156. 184.

— II. über die Universitäts-Policlinik für Ohrenkranke zu Tübingen 112.

— über die im Monat April 1889 stattgefundene Versammlung norddeutscher Ohrenärzte 135.

Blutung, Gefahr der nach der Amygdalotomie 116.

—, gefährliche nach einer Amygdalotomie 91.

—, über neuropathische der Luftwege 214.

—, recidivirende aus dem linken Stimmband 141.

Bogengänge, zur Physiologie der. Ueber Bewegungen der Perilymphe 61.

Borsäurepulver, Uebelstände der Otorrhoe-Behandlung mit 65.

Bronchialdrüsen- und Trachealdrüsen-Erkrankung 96.

—-Erkrankung, Perforation der Speiseröhre und der Trachea. Septicaemia der Eingeweide. Entzündung beider Lungenlappen 142.

Bronchien, fremde Körper in den 303.

Bronchus, rechter, als Sitz eines Fremdkörpers 71.

Caries des Felsenbeines, zur Kenntniss der bei auftretenden letalen intracraniellen Erkrankungen 88.

— eines Milcheckzahnes, als Ursache einer Eiterung des Antrum 117.

— im Mittelohre bei Vorlagerung des Sinus transversus, vier Fälle von 39.

— ossis temporis nach Freund-Kolischer behandelt 83.

Celloidin, ein künstliches Trommelfell aus 209.

—-Ausgüsse, durchsichtige des Labyrinthes mit vollständiger Erhaltung der Weichtheile 138.

Cerumen im äusseren Gehörgang in seiner Beziehung zu Ohrreflexen 97.

Chloroform und Tracheotomie 212. 300.

Cholesteatom des Mittellobes, Entstehung des 279.

— des Mittellobes, zur Entstehung des. (Cysten in d. Schleimhaut d. Paukenhöhle, Atrophie der Nerven in der Schnecke) 64.

- Cholesteatom, Perforation der Membrana flaccida Shrapnelli u. Tubenverschluss** 262.
- Chorea des Larynx, zwei Fälle von 141.**
— der Stimme, ein Fall von 44.
- Cocain, Anwendung des als Haemostaticum bei Nasenbluten und in der Rhinochirurgie** 210.
- Cocainum muriaticum, tb. die Wirkung von auf's Ohr** 194.
- Congenitale Atrophie der Zunge, spastische Lähmung der unteren Extremitäten** 91.
- Congenitales Fibro-Lipom der Zunge** 90.
- Congenitale Larynxverengerung** 92.
- Congenitaler Mangel des Kehldeckels, ein Fall von 118.**
- Congenitale Geschwulst im Kehlkopf** 119.
- Congenitaler Tumor wegen Verstopfsein des Warthonschen Canales** 91.
- Congenitaler knöcherner Verschluss des linken Nasenloches** 209.
- Congenitaler Verschluss des äusseren Gehörganges. Versuch zur Herstellung einer künstlichen Oeffnung** 137.
- Congestive Kopfschmerzen, der häufige Zusammenhang anhaltender u. sogen. congestiver mit abnormem Zustande der Nasenhöhlen** 187.
- Contagion, folliculäre Amygdalitis u. 67.**
- Corrosions-Präparate d. Labyrinthes** 250.
- Corticalcentrum, neue Untersuchungen über das Bestehen eines für den menschlichen Kehlkopf** 298.
- Corti'sches Organ, über die Endigungen des Nervus cochleae im** 248.
- Creosot, Diphtheritis und** 212.
- Cricothyreoideus, der Musculus** 58.
- Cyste der Bursa pharyngea** 268.
- **n-Kropf, Morbus Basedowi, Heilg.** 189.
- **am linken falschen Stimmbande** 213.
- Cystosarcom der Parotis** 117.
- Defect, angeborener des Kehldeckels** 118.
- Dehiscenzen im Dache der Paukenhöhle, zur Kenntniss der sog. spontanen** 291.
- Diabetes, Otitis bei** 245.
- Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori** 17.
- **laryngoscopische, Werth derselben bei einem Falle von Lähmung des Adductor des linken wahren Stimmbandes** 117.
- **der Lungenschwindsucht, frthzeitige mittelst Larynx-Untersuchung** 69.
- Diagnose aus dem Rinne'schen Versuche mit Hilfe der Statistik, 1. u. 2. Nachtrag** 62.
- **differentielle zwischen herdartiger Lähmung und hysterischer Lähmung. Spasmus glosso-labialis auf einer Seite bei Hysterie** 140.
- **differentielle zwischen peripherischen und centralen Erkrankungen des Gehörorganes** 14.
- **differentielle zwischen tuberculösen und syphilitischen Vegetationen. Larynx-Syphilis** 46.
- Diapason-Vertex, über das Verhältniss zwischen d. einseitigen Wahrnehmung des, den functionellen Zuständen und der electricchen Erregbarkeit des Acusticus** 42.
- Dilatation mit Erfolg angewandt bei 2 Fällen von Larynxstenose, durch Selbstmordversuch hervorgebracht** 300.
- Diphtherie, clin. Bemerkungen tb.** 45.
- , **Intubation bei** 299.
- Diphtheritis und Creosot** 212.
- **mit Fluor-Wasserstoffsäure behandelt** 212.
- **mit Flecken am Perinäum** 119.
- **mit Manie, ein Fall von** 20.
- **des Mittelohres, Bacteriologie d.** 246.
- , **Verhältniss der beim Thiere zu der beim Menschen** 20.
- Drüsen-Erkrankung, Tracheal- und Bronchial-** 96.
- Durchleuchtungsmethode Voltolini's** 33.
- **des Kehlkopfes von aussen, die erste Operation in der Kehlkopfhöhle vom Munde aus bei der** 101.
- Dysphonie, Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels und der Zunge** 95.
- Ectomie der Thyroidea, über einen Fall von** 46.
- Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere** 5.
- **des Sinus maxillaris und Heilung durch Argent. nitricum** 298.
- Eiterung des Antrum, abhängig von Caries eines Milcheckzahnes** 117.
- Electriche Erregbarkeit des Acusticus, tb. das Verhältniss zwischen der einseitigen Wahrnehmung des Diapason-Vertex, den functionellen Zuständen und der** 42.

Electrische Reizung und Behandlung der Hörnerven 39.
 — (verschied. intermittirende) Ströme, Functionen der beiden Recurrentes erregend 69.
 Electrolyse, die Anwendung der bei Ohrpolypen durch Gomperz 84.
 — bei hypertrophischen Mandeln 91 (siehe Galvanocaustik).
 — bei Fibrom am linken Stimmbande 214 (siehe Galvanocaustik).
 Embolie, malarische, Aphasie durch 302.
 Empyem des Antrum Highmori 116.
 Empyeme des Antrum Highmori, Diagnose und Therapie der 296.
 Encephaloid des Larynx, Laryngotomia intercricothyroidea, bei einem Falle von 272.
 Endocranielle Complicationen, ein Fall von Otitis media mucopurulenta mit Bemerkungen über die Pathogenese der letzteren 13.
 Endolymph des inneren Ohres, über die Abflusscanäle der 106.
 Epiglottitis, primäre circumscripte oedematöse 21. 213.
 Epithelioma der Epiplottis mittelst eines Epiglottome entfernt 181.
 — des Larynx u. seine Behandlung 190.
 — der Regio subhyoidea (m. Cysten) 271.
 — der Zunge, des Mundbodens und des Arcus palatoglossus 189.
 Erectiles Gewebe der Nasenhöhlen 112.
 Erstickung in Folge Verschlusses des Kehlkopfes durch eine Kirsche 200.
 Erysipel des Larynx 21. 45.
 — der Nasenhöhlen 188.
 Eucalyptus und Menthol, ihre locale Anwendung bei Affectionen d. Mittelohres 277.
 Eunuchen-Stimme, ein Fall von 44.
 Excision der Gehörknöchelchen, über 13 Fälle von chronischer eitriger Otitis media, behandelt durch 187.
 Exstirpation, totale des Larynx 46.

Felsenbein-Präparate, 22 mit Bezug auf die Trepanation desselben 139.
 — -Caries, zu Kenntniss der bei auftretenden letalen intracraniellen Erkrankungen 88.
 Fibrom, ein Fall von weichem papillärem der unteren Nasenmuschel combinirt mit Otitis media hyperplastica 25.
 —, ein Fall von des Schlundes 119.

Fibrom am linken Stimmband, durch Galvanocaustik behandelt 214.
 Fibro-Lipom der Zunge, congenitales 90.
 — -Sarcom, ein Fall von primärem der rechten Nasenhöhle 66.
 Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfelles 40. 262.
 Fixirung des linken Stimmbandes in der Medianlinie, Heiserkeit 270.
 Fluorwasserstoffsäure und deren Anwendung bei Diphtheritis 212.
 Fractur des Kehlkopfes 46. 95.
 Fremdkörper im rechten Bronchus 71.
 — im äusseren Gehörgang 185.
 — im Larynx 69; Extraction einer Muschel aus dem Larynx mittelst Tracheotomie 142; Erstickung in Folge Kehlkopfverschluss durch eine Kirsche 200; Fall eines im Ventrikel des Kehlkopfes eingekleiteten Fremdkörpers, Entfernung durch Tracheotomie, Heilung 168; Blutegel unterhalb der Stimmbänder 270; ein 50 Centimes-Stück im Larynx 69; contribution des corps étrangers des voies aériennes 238.
 — in den Bronchien 303.
 — in der Luftröhre 48.
 — in den obersten Luftwegen, Beiträge zur Lehre der 70.
 — in den Luftwegen, ein weiterer Beitrag zur Casuistik der 80.
 — im Magen: eingefädelt Nadel während 72 Stunden im Magen, grosse Schmerzen, keine bedeutenden Verletzungen 192.
 — der Nase 237; der Nasenhöhlen, Entfernung derselben 188.
 — im Ohre, zur Behandlung der 37.
 — in der Speiseröhre: eine Münze vier Monate in der Speiseröhre zurückgehalten 72.
 — in der Trachea 215.
 Freund-Kolischer's Verfahren bei Caries ossis temporis 83.
 Furunkel, über die Ursachen der 235.

Galvanocaustik, Behandlung eines Fibromes am linken Stimmbande durch 214.
 — bei der Behandlung der hypertrophischen Mandeln 91.
 Ganglion praelaryngeum, Lymphgefässe des Larynx, Lymphgefässe der Regio subglottica 68.

Gangrän bei Angina. Tödliche Blutung 213.
— bei Laryngitis 46.
— bei Stomatitis 43.
Gaumenhalter, Barth's (modificirter Hartmann-Krause) 138.
Gaumen, weicher, Adenom des 90.
—, multiple Papillome des in Verbindung mit Tumoren der Tonsillen und des Septum narium 269.
—, Behandlung der Perforation des mittelst Glühhitze 90.
—, Lähmung der Zunge, des und der Stimmbänder 116.
— Dysphonie. Lähmung der rechten Hälfte des und der Zunge 95.
Gehör- (siehe auch Hör-):
— Organ, die Differentialdiagnose zwischen peripherischen und centralen Erkrankungen des 14.
— Störungen, über einige in verschiedenen Lebensaltern 11.
— Organ, die Erkrankungen des bei Musikern 134.
—, Untersuchung des der Schulkinder in den Petersburger Stadtschulen 265.
— Gang, äusserer, Versuch zur Herstellung einer künstlichen Oeffnung bei angeborenem Verschluss des 137.
—, Menthol bei Furunculose des 186.
—, Beiträge zur Lehre üb. Ohr-Reflexe bedingt durch Ansammlung von Cerumen im 97.
—, Fremdkörper im 185.
Geräusch, anormales in d. Trachea 302.
Gerichtsärztliche Bedeutung der Rupturen des Trommelfelles 63.
Gesang, Physiologie und Hygiene der Stimme und des 44.
Geschwulst, angeborene, i. Kehlkopfe 119.
— (Angiom) des Larynx 70.
—, Behandlung der Nasen- und Hypertrophieen 189.
Geschwülste der Nasenhöhlen 66.
—, nas opharyngeale, üb. die operative Entfernung von 43.
— der Nase und des Nasen-Rachenraums, zwei seltene 66.
Gesichts-Acne, chronische Rhinitis als Ursache der 65.
Gesichtshaut, z. Behandlg. der Warzen der Nasen- und 283.
Glossitis acuta bei einem kleinen Mädchen 43.
—, acute folliculäre 298.
Glossio-Stomatitis mercurialis 89.

Glottis-Verschluss, totaler. Allgemeine papillomatöse Laryngitis, Tracheotomie. Heilung 68.
Glühhitze zur Behandlung der Perforationen des weichen Gaumens 90.
Gumma, weicher, des Pharynx, einen retropharyngealen Abscess simulirend. Schnitt. Heilung durch die specifische Behandlung 66.
Gypsabgüsse vom Gehörgange u. Trommelfell des Lebenden 49.

Halbeirkelförmige Canäle u. d. Menière-sche Schwindel 290.
Hals-Krankheiten und Ohren-Krankheiten, Salol bei 20.
Heiserkeit und Aphonie bei Lungenschwindsucht, Bedeutung der 95.
Herzneurosen im Zusammenhang mit Nasenleiden, über die Häufigkeit gewisser 196. 226.
Highmorschöhlenempyeme, zur Casuistik der 281.
Highmors-Höhle, verschiedene Grössen der mittelst 4 Frontal-Schnitte durch die Nasenhöhlen demonstriert 138.
Hirnabscess nach geheilter Otitis media purulenta acuta 207.
Histologie der Stimmband-Polypen, Beiträge zur 201.
Hörnerven, die electricische Reizung und Behandlung der 39.
Hörprüfung, Beiträge zur 260.
—, Worte zur und ihr differentialdiagnostischer Werth 246.
Hörrohr, Demonstration ein. solchen 138.
Husten, über Larynx- 262.
—, über Uterus- 191.
Hygiene und Physiologie der Stimme und des Gesanges 44.
Hyperästhesie des Acusticus 1.
Hypertrophie des adenoiden Gewebes der Fossa epiglottica 116.
— der Mandeln, mit dem Galvanocauter behandelt 91.
— und Geschwülste der Nase, Behandlung derselben 189.
Hysterie, ein neuer Fall von periodisch wiederkehrenden Ohrenblutungen bei unperforirtem Trommelfell und 291.
—, Spasmus glosso-labialis auf einer Seite bei. Diagnose zwischen herdartig. Lähmung und hysterischer Lähmung 140.
—, Motilitätsstörungen der Stimmbänder bei 269.

Hysterie, zur Lehre des Stummseins bei 115.
—, Stummsein mit theilweiser Zungen-contraction bei 211.

Ictus Laryngis 95.

Indicationen und Contraindicationen der Luftdouche bei Behandlung von Mittelohrerkrankungen 251.

Infection, Otitis durch 12.

Injection der Knochen-Canäle des Aqueductus vestibuli et cochleae mit Woodschem Metall 85.

Instrument z Behandlung d. adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum 292.

— zur Entfernung von adenoiden Vegetationen 251.

Intermittirende Ströme, verschiedene, Functionen der beiden Recurrentes bedingend 69.

Intracraniale Drucksteigerung, Verhalten der Reissner'schen Membran bei 248.

— Erkrankungen, letale, zur Kenntniss der bei Felsenbein-Caries auftretenden 88.

Intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden 174.

Intubation bei Diphtherie 299.

— des Kehlkopfes, einige practische Winke dazu 118.

—, ungewöhnlicher Fall von 240.

— nasale 114.

Jodoform und Milchsäure, bei Phthisis laryngis mit Erfolg angewendet 95.

Kehlkopf (siehe auch Larynx).

—, angeborn. partieller Defect des 118.

—, die ersten Operationen in der Kehlkopfhöhle vom Munde aus bei Durchleuchtung des von aussen 101.

—, eine modificirte Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und des 9.

—, einige practische Winke in Verbindung mit Intubation des 118.

—, Erstickung in Folge Verschluss des durch eine Kirsche 200.

—, Fall eines im Ventrikel des eingekeilten Fremdkörpers, entfernt durch Tracheotomie. Heilung 168.

Kehlkopf, Fall von Gewächsen des. Tracheotomie, Thyreotomie und Entfernung der Gewächse. Heilung 240.

—, Fractur des 46. 95.

—, Geschwulst, angeborene, im 119.

—, Lähmung des seitlichen Adductor-muskels des mit einem einzig dastehenden Falle 139.

—, neue Untersuchungen über das Bestehen eines corticalen Centrums für den menschlichen 298.

—, üb. die Neubildung der Lymphgefässe im 22.

Kehlkopf-Ausschneidung, Beschreibung einer abgeänderten 300.

Kehlkopf-Inneres, Ansicht eines ungefähr 20 Jahre nach der Entfernung eines Epithelioma durch äusseren Schnitt 214.

Kehlkopfkrebs 47.

—, ein Fall von und allgemeiner Argyrie 77.

—, zur Diagnose des 103.

Kehlkopf-Tuberculose, Allgemeines üb. und der jetzige Stand ihrer Behandlung 125. 152. 180.

—, Lähmung des Abductor vor-täuschend 47.

Kehlkopf-Verengerung 300.

— in Folge des Druckes eines Kropfes 215.

— mit ausgedehnten Vernarbungen in Folge von Tuberkelgeschwüren 141.

Kesselschmiede, Taubheit der 278.

Kieferhöhle, Notiz über die Proben-Punction der 239.

Klangfarbe der Töne, Studien üb. die mittelst der Methode der manometrischen Flammen 265.

Kleinhirn-Abscess ex otitide 15. 38.

Knochenbildung, ein Fall von in der Schleimhaut der Trachea und der grossen Bronchien 142.

Kolischer-Freund, Verfahren bei Caries ossis temporis 83.

Kopfschmerz, anhaltender und sogenannter congestiver, häufig Zusammenhang mit abnormen Zuständen der Nasenhöhle aufweisend 187.

Krebs der Schilddrüse, über 299.

Kropf bei Morbus Basedowi. Heilung 189.

—, Kehlkopfstenose erzeugend 215.

Labyrinth, Ausgüsse des mit vollständiger Erhaltung der Weichtheile 138.
—, Corrosionspräparate des 250.
—, der Rinne'sche Versuch in seiner Bedeutung für die Diagnose der Affectionen des 111.
Lähmung eines Abductor, Kehlkopf-tuberculose maskirend 47.
—, des Adductor des linken wahren Stimmbandes, den Werth der laryngoscop. Diagnose demonstrierend 117.
— der rechten Hälfte des Gaumensegels und der Zunge. Dysphonie 95.
— des Nervus recurrens laryngis 118.
—, spastische, der unteren Extremitäten. Congenitale Atrophie der Zunge 91.
— der Zunge, des weichen Gaumens und des Stimmbandes 116.
Laryngitis haemorrhagica 46. 67. 121. 298.
—, allgemeine papillomatöse. Totaler Glottis-Verschluss. Tracheotomie. Heilung 68.
— simplex, ein Fall von mit erschwerter Diagnose 211.
— stridulosa acuta 22.
— stridulosa und über adenoide Vegetationen des Nasenhöhlenraumes 188.
— syphilitica, Bemerkungen über die tertiäre 212.
Larynx (siehe auch Kehlkopf).
—, ein Fall von Chorea des 141.
—, Angiom des 70.
—, Encephaloid des, Laryngotomia intercricothyroidea 172.
—, Epithelioma des und seine Behandlung 190.
—, Fremdkörper im 69; ein 50 Centimesstück im 69; Extraction einer Muschel aus dem mittelst Tracheotomie 142.
—, über Ictus des 95.
—, Lymphgefäße des, Lymphgefäße der Regio subglottica. Ganglion pra-laryngeum 68.
—, 2 Fälle von Paralyse des nebst Bemerkungen 298.
Larynxabscess, 2 Fälle von idiopathischem 301.
Larynxcarcinom, Therapie des 299.
—, zur Diagnose des 103.
Larynxerysipel 21; zwei Fälle von primärem 45.
Larynxfractur 46. 95.

Larynxkrisen der Tabetiker. Bemerkungen über die Bedeutung des Wortes 72.
Larynxmuskeln, Demonstrat. einiger 272.
Larynx-Operationen 119; ungewöhnlicher Fall von Intubation des Larynx 240; neue Methoden, um gewisse Tumoren aus dem Larynx zu entfernen 190; totale Larynx-Exstirpation 46; Laryngotomie in einem Falle von Larynxstenose, Heilung 71; Laryngotomia intercricothyroidea bei einem Falle von Encephaloid des Larynx 272; Larynx-Tubage, Asphyxie wegen Verstopftsein des Rohres 70.
Larynx-Phthise 162; Kehlkopf-Tuberculose, eine Abductorlähmung vortäuschend 47; die locale Behandlung der tuberculösen Larynx-Phthise 22; über die Sulfurosa bei Larynx-Tuberculose 93; das Menthol bei Behandlung der Phthisis laryngis, Phthisis pulmonum und anderer Krankheiten 94; Phthisis laryngis geheilt durch längeren Gebrauch der Milchsäure und des Jodoform 95; über Tracheotomie bei Phthisis laryngis 70. (Siehe auch Tuberculose.)
Larynxschwindel 190.
Larynx-Stenose:
Laryngotomia in einem Falle von, Heilung 71; durch Entfernung eines Stimmbandes geheilt 213; unterhalb der Glottis durch Dilatation geheilt 271; congenitale 92. 141; in Folge des Druckes eines Kropfes 215; zwei Fälle von, durch Selbstmordversuch hervorgebracht und durch Dilatation mit Erfolg geheilt 300.
Larynxsyphilis. Differential-Diagnose zwischen tuberculösen und syphilitischen Vegetationen 46.
Larynx-Tuberculose, einige ungewöhnliche Erscheinungen bei 301.
Larynx-Untersuchung, eine frühzeitige Diagnose der Lungenschwindsucht ergebend 69.
Lebensalter, üb. einige Gehörstörungen in verschiedenen 11.
Ligatur d. Truncus brachiocephalicus 71.
Lipom der Zunge, congenitales 90.
Luft-Douche, Apparat zur 12.
—, über die Indicationen und Contra-indicationen der Luftdouche bei der Behandlung von Mittelohrkrankheiten 251.

Luftfröhre, Fremdkörper in der 48.
Luftwege, Beiträge z. Lehre der Fremdkörper in den obersten 70; e. weiterer Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen 80; contribution des corps étrangers des voies aériennes 238; ödematöse Erkrankungen der oberen Luftwege 239.
Lungenschwindsucht, über frühzeitige Diagnose der mittelst Larynx-Untersuchung 69.
—, Bedeutung von Heiserkeit und Aphonie bei 95.
— mit Menthol behandelt 94.
Lupus, üb. primären der Nasenmucosa 65.
Luschka'sche Drüse, anatomische und klinische Studien üb. die 268.
Lymphgefässe, üb. d. Neubildung der im Kehlkopf 22. 68.

Magen, eine eingefädelt Nadel während zweiundsiebzig Stunden beherbergend, grosse Schmerzen, keine bedeutenden Verletzungen 192.
Mandeln, hypertropische, mit dem Galvanocauter behandelt 91.
—, zur Pathologie der vierten 115.
—, ein Fall von Sarcom der, entfernt durch äusseren Schnitt. Heilung 91.
—, Sarcom, primäres der 213.
—, fibröser Tumor der von ungewöhnlicher Grösse 269.
Manie in einem Falle von Diphtheritis 20.
Manometrische Flammen zum Studium der Klangfarbe 265.
Menière'scher Schwindel, der und die halbcirkelförmigen Canäle 290.
Menthol bei Furunculose des äusseren Gehörganges 186.
— bei Behandlung der Phthisis laryngea, Phthisis pulmonum und anderer Krankheiten 94.
— und Eucalyptus und ihre locale Anwendung bei Affectionen d. Mittelohres 277.
Metastatische Erkrankungen bei Nasenleiden 252.
Mercurielle Glosso-Stomatitis 89.
Milchsäure und Jodoform, Phthisis laryngis, geheilt durch längeren Gebrauch von 95.
Micro-Organismen bei acuten Mittelohr-Krankheiten 158.
Milcheckzahn, Eiterung des Antrum, bedingt durch Caries eines 117.

Missbildungen der Ohrmuschel 184.
Mittel, einige neuere, über die Anwendung in der Ohrenheilkunde 261.
Mittelohr, Entstehung des Cholesteatoms im 279.
— und Nasenrachenraum, electriche Beleuchtungsapparate für das 281.
—, vier Fälle von Caries im bei Vorlagerung des Sinus transversus 39.
—, zur Entstehung des Cholesteatom des 64.
Mittelohr-Affectionen, locale Anwendung von Menthol und Eucalyptus bei 277.
Mittelohr-Entzündung, eitrige, drei Fälle von vorübergehendem, beiderseitigem, horizontalem Nystagmus im Verlaufe von 14.
—-Erkrankungen, Bacteriologie der diphtheritischen 246.
—-Krankheiten, Micro-Organismen bei acuten 158.
— über die Indicationen und Contraindicationen der Luftdouche bei der Behandlung von 251.
Morbus Brighti, Nasenbluten als vorzeitiges Symptom des 160.
Motilitäts-Störungen der Stimmbänder bei Hysterie 269.
Mund, Tuberculose des 297.
Mundboden, Epitheliom desselben, sowie d. Zunge u. d. Arcus palato-glossus 189.
Musiker, die Erkrankungen des Gehörorganes bei 134.
Musculus cricothyroideus 58.
Muskeln des Larynx, Demonstration einiger 272.
— des Ohres, über vergleichende Anatomie und vergleichende Entwicklungsgeschichte der 248.
—sinn, die Tonbildung ein 24.
Mycosis pharyngis 19. 73. 120.
Myringo-Plastik, die ersten zehn Jahre der nebst Angaben verbesserter Methoden zur Heilung von alten Löchern im Trommelfell 208.
Myxom, hyalines des rechten wahren Stimmbandes 215.

Nasalleiden, Verhältniss der der äusseren Haut u. d. inneren Mucosa 294.
Nasenbluten, über genitales 159.
—, als vorzeitiges Symptom des Morbus Brighti 160.
—, mit Cocain als Hämostaticum behandelt 210.

Nasencatarrh, chronischer, clinische Betrachtungen üb. d. Behandlung des 266.
—, Therapie des chron. 293.

Nasen-Geschwülste 66: über adenoide Vegetationen des Nasenhöhlenraumes und die Laryngitis stridulosa 188; erectiles Gewebe der Nasenhöhlen 112; Hypertrophie der Mucosa des Nasenrachenraumes 113; Lupus, primärer der Nasenmucosa 65; Schwammgewächse der Nasenhöhlen 160; Nasensteine 114; zwei seltene Tumoren der Nase und des Nasenrachenraumes 66; fibröser Tumor der Nasenscheidewand 269; ein Fall von primärem Fibrosarcom der rechten Nasenhöhle 66; ein Fall von weichem papillärem Fibrom der unteren Nasenmuschel combinirt mit Otitis media hyperplastica 25; Osteom der Nasenhöhlen 267.

Nasen-Geschwülste, Behandlung der und Hypertrophieen 189; über die operative Entfernung von nasopharyngealen Geschwülsten 43; über die operative Entfernung von Syphilomen der Nasenhöhle 209; Retronasal-Schlinge zur Entfernung d. Tumoren des Nasenrachenraumes 160; neue Methode die Nasenrachenpolypen zu entfernen 160; über operative Entfernung von Syphilomen der Nasenhöhle 209.

Nasenhaut, zur Behandlung d. Warzen der und Gesichtshaut 283.

Nasenhöhlen-Erysipel 188.
—, Fremdkörper der 237; Entfernung derselben 188.

Nasen-Intubation 114.

Nasen-Krankheiten 114.

Nasenleiden mit intraoculären Erkrankungen combinirt 174.

— und ihr Zusammenhang mit anderen Organleiden 36.

— im Zusammenhang mit Herzneurosen 196. 226.

— im häufigen Zusammenhang mit anhaltenden und sog. congestiven Kopfschmerzen 187.

— und gleichzeitige metastatische Erkrankungen 252.

Nasenlochs-Atresie, linksseitige, congenitale, knöcherner 209.

Nasenrachenraum und Mittelohr, elektrische Beleuchtungsapparate für den 281.

Nasenschleimhaut, vasomotorischer Effect von Reizungen der 211.

Nasen - Untersuchung, eine modificirte Methode der und des Kehlkopfes 9.

Nasen-Varices, zur Lehre von den 114.

Nasenverbildungen (The cure of crooked and otherwise deformed noses) 236.

Nasen-Verstopfung, neue Fortschritte in der Behandlung von 114.

Nasopharyngeal-Tuberculose, üb. einen Fall von 294.

Naturforscher-Versammlung, Einladung zur 62. 120.

Necrolog auf Voltolini 217.

Nervi recurrentes, Anatomie u. Physiologie der 294.

Nervus acusticus, d. Erkrankung. des 89.

— cochleae, über die Endigungen des im Cortischen Organe 248.

— recurrens laryngis, Lähmung des 118.

— recurrens, weitere Untersuchungen über die Physiologie des 140.

Neubildung der Lymphgefäße im Kehlkopf 22.

Nystagmus, drei Fälle von vorübergehendem, beiderseitigem, horizontalem Nystagmus im Verlaufe von eitriger Mittelohrentzündung 14.

Oedematöse Erkrankungen der oberen Luftwege 139.

Ohrenblutungen bei unperforirtem Trommelfell und hysterischer Person, ein neuer Fall von periodisch wiederkehrenden 291.

Ohrenheilkunde, über die Anwendung einiger neuerer Mittel in der 261; Salol bei Hals- u. Ohrenkrankheiten 20.

Ohrenhusten 262.

Ohr, inneres, über die Abflusscanäle der Endolymphe des 106.

Ohrenkrankheiten, Salol bei Hals- u. 20.

Ohrenleiden, üb. den Einfluss d. Seelkraft auf 290.

Ohrmuschel, inwiefern ist die menschliche ein rudimentäres Organ? 276.

Ohrmuschel, Missbildungen der 184.

Ohrmuskeln, z. vergleichenden Anatomie und Entwicklungsgeschichte der 248.

Ohrpolypen mit Electrolyse behandelt 84.

—, drei Fälle spontaner Schrumpfung von 145. 169.

Ohrreflexe, Beiträge zur Lehre über, bedingt d. Ansammlung von Cerumen im äusseren Gehörgang 97.

Operative Entfernung von Nasopharyngeal-Geschwülsten 43; von Syphilomen der Nasenhöhlen 209.

Operation der Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand 136.

Operationen im Nasenrachenraum, Rhinoscopia posterior b. hängendem Kopf zum Zweck von 285.

Organleiden, über Nasenleiden u. ihren Zusammenhang mit anderen 36.

Osteom der Nasenhöhlen 267.

Othaematoma auriculae 185.

Otitis als Ursache eines Kleinhirn-Abscesses 15. 38.

Otitis media, Bacteriologisches bei 246.

— — acuta, Aetiologie der genuinen 275.

— — bei Diabetes 245.

— — durch Infection 12

— — hyperplastica, combinirt mit weichem papillärem Fibrom der unteren Nasenmuschel, ein Fall von 25.

— — muco-purulenta mit endocraniellen Complicationen, ein Fall von. Bemerkungen über die Pathogenese der letzteren 13.

— — purulenta acuta, Hirnabscess nach geheilter 207.

— — — chronica, über 13 Fälle von behandelt durch Excision der Gehörknöchelchen, nebst Bemerkungen 187.

— — scarlatinosa, ein Beitrag zur 12.

Otorrhoe-Behandlung mit Borsäurepulver, Uebelstand der 65.

Ozaena, Behandlung der atrophischen Rhinitis und der 294.

Papillomatöse Laryngitis, allgemeine, totaler Glottisverschluss, Tracheotomie, Heilung 68.

Papillom, multiples des Velum, ungewöhnlich grosser fibröser Tumor der Tonsille und fibröser Tumor des Septum narium 269.

Paralyse des Larynx, 2 Fälle von nebst Bemerkungen 298.

Parotitis, Cysto-Sarcom der 117.

—, zur Lehre von der 150.

Paukenhöhle, z. Kenntniss der sogen. spontanen Dehiscenzen im Dache der 291.

— Syphilis der 292.

Paukenhöhlenwand externe, pars ossea der und die hohe Bedeutung der sich

dort abspielenden Veränderungen für die clinische Diagnose 136.

Perforationen des weichen Gaumens, mittelst GlühSchlinge behandelt 90.

— des Septum narium 292.

Perilymphe, üb. Bewegungen der, zur Physiologie der Bogengänge 61.

Pharyngitis chronica 256. 286.

Pharynx-Angiom, e. Fall von 190.

—-Bursa, Cysten der 268.

—-Gumma, weiches, einen retropharyngealen Abscess simulirend, Schnitt, Heilung durch die specifische Behandlung 66.

—-Mycosis, üb. 19. (Siehe auch 73. 120.)

—-Operationen, üb. d. operative Entfernung von nasopharyngealen Geschwülsten 43.

Phthisis (siehe auch Tuberculose).

— laryngée 162.

— laryngis, geheilt durch längeren Gebrauch der Milchsäure und des Jodoform 95.

— laryngis, das Menthol bei Behandlung der Phthisis laryngea, Phthisis pulmonum u. anderer Krankheiten 94.

— laryngis, üb. Tracheotomie bei 70.

Physiologie der Bogengänge, über Bewegungen der Perilymphe 61.

— des N. recurrens, weitere Untersuchungen üb. d. 140. (Siehe auch Functionen der beiden Recurrentes etc. 69; Lähmung des Nervus recurrens 118.)

— und Anatomie der Nervi recurrentes 294.

— und Hygiene der Stimme und des Gesanges 44.

Polypen, spontanes Anshusten von 215.

—, e. Fall von extralaryngealem 149.

— des Nasen-Rachenraumes, neue Methode der Entfernung von 160.

— des Ohres, die Anwendung der Electrolyse bei 84.

—; spontane Schrumpfung von 145. 169.

— der Stimmbänder, Beiträge z. Histologie der 201.

Probepunction der Kieferhöhle, Notiz üb. die 239.

Professionelle Rhinitis, ein Fall von 293.

Progressive Schwerhörigkeit (Sclerose) und ihre Behandlung durch die Tenotomie des Tensor tympani 87.

Pseudophthise, üb. die hysterische 302.

Rachendach, ein zweiter Fall von Schimmel-Mycoese des 73 (siehe auch Berichtigung dazu 120, über Pharynx-Mycoesis 19).

Recurrens laryngis nervus: Functionen der beiden Recurrentes bedingt durch verschiedene intermittirende Ströme 69; Lähmung des 118; weitere Untersuchungen üb. d. Physiologie des 140.

Reflexe des Acusticus, e. seltener Fall von 133.

— des Ohres bedingt durch Ansammlung von Cerumen im äusseren Gehörgang 97.

Regio subglottica, Lymphgefässe der, Lymphgefässe des Larynx, Ganglion prälarungeum 68.

Regio subhyoidea, Beitrag zur Lehre der chronischen in der regio subhyoidea sich befindenden Abscesse 239.

Reisner'sche Membran, Verhalten der bei intracraneller Drucksteigerung 248.

Respirations-Centrum, Verhältniss des Schling-Centrum zum 161.

Retronasale Schlinge zur Entfernung der Tumoren des Nasenrachenraumes 160.

Rhinitis, e. Fall v. professioneller 293.

— **arsenicalis**, e. Fall von 65.

— **atrophicans chronica**, zur Aetiologie und z. Frage der Heilbarkeit der 210.

— Behandlung der atrophischen und der Ozaena 294.

— **atrophicans**, Thymol bei 65.

— **chronica** als Ursache der Gesichtsaene 65.

— **hypertrophica** 114.

— **hypertrophica**, die Beziehung des spasmodischen Asthma zur 188.

Rhinolithen 189.

Rhinolithenbildung, e. frühes Stadium der 293.

Rhinosclerom, üb. Einimpfung von auf Thiere 5.

—, e. Fall von 52.

Rhinoscopia posterior 30.

— **posterior**, eine neue Verbesserung der 113.

— **posterior** bei hängendem Kopf zum Zweck von Operationen im Nasenrachenraum 285.

Rinne's Versuch in seiner Bedeutung für die Diagnose der Labyrinth-Affectionen 62. 111.

Rupturen des Trommelfelles mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung 63.

— des Trommelfelles durch eine Ohrfeige, e. Fall von 262.

Salol bei Hals- u. Ohrenkrankheiten 20.

Sarcom d. Mandel, e. Fall von, entfernt durch äusseren Schnitt. Heilung 91.

—, **primäres der Mandel** 213.

— — **Fibro-**, ein Fall von d. rechten Nasenhöhle 66.

— **Cysto-** der Parotis 117.

Scarlatinöse Otitis media, ein Beitrag zur 12.

Schädelform, in ihrem Einfluss auf einige topographisch wichtige Verhältnisse am Schläfenbein, neue Untersuchungen über die 133.

Schädelverletzung (intensiver Stoss) als Ursache von Ausstossung e. grossen Theiles des linken Trommelfelles. Verschluss der Lücke binnen acht Wochen 64.

Schilddrüse, über Krebs der 299.

Schimmelmycose des Rachendaches, ein zweiter Fall von 73; Berichtigung dazu 120. (Siehe auch Pharynxmycoese 19.)

Schlingcentrum in seinem Verhältnisse zum Respirationscentrum 161.

Schlund, Fall von Fibrom des 119.

Schnecke, Beitrag z. Anatomie der 277.

Schwammgewächse d. Nasenhöhlen 160.

Schwerhörigkeit, progressive (Sclerose) u. ihre Behandlg. durch Tenotomie des Tensor tympani 87.

Schwindel, der Menière'sche und die halbcirkelförmigen Canäle 290.

—, **laryngealer** 190.

Sclerose s. Schwerhörigkeit.

Seeluft, üb. den Einfluss der auf Ohrenleiden 290.

Septum 'narium, fibröser Tumor des, multiple Papillome des Velum, ungewöhnlich grosser fibröser Tumor d. Tonsillen 269.

—, **Perforationen** des 292.

Shrapnell'sche Membran, üb. Veränderungen der Paukenhöhle bei Perforation der 262.

Sinus maxillaris, Eiterung des und Heilung durch Argent. nitricum 298.

— **transversus**, Vorlagerung des in vier Fällen von Caries im Mittelohre 39.

Soor bei Gesunden 268.
Spasmodisches Asthma, die Beziehung des z. chron. hypertroph. Rhinitis 188.
Spasmus glossolabialis auf einer Seite bei Hysterie. Diagnose zwischen herdartiger u. hysterischer Lähmung 140.
Spastische Lähmung d. unteren Extremitäten, congenitale Atrophie der Zunge 91.
Speiseröhre, durch vier Monate eine Münze zurückhaltend 72.
Sperrhaken zum Auseinanderhalten d. Weichtheile bei Aufmeisselung des Warzenfortsatzes 188.
Spezialistenthum, üb. das moderne 273.
Spontanes Aushusten von Polypen 215.
Statistische Ergebnisse üb. d. diagnost. Verwendbarkeit des Rinne'schen Versuches (s. R.'scher Versuch).
Steigbügel in seiner Bedeutung für die Hörfunktion 12.
Stenose s. Verengung.
Stimmband:
Blutegel unterhalb der 270; recidivirende Blutungen aus d. linken 141; Fixirung des linken in der Medianlinie mit Heiserkeit 270; Lähmung der Zunge, des weichen Gaumens u. des 116; hysterische Motilitäts-Störungen der 269; Cyste im linken falschen 213; Fibrom am linken durch Galvanocanistik behandelt 214; hyalines Myxom des rechten wahren 215; Werth der laryngoscop. Diagnose bei einem Falle von Lähmung des Adductor d. linken wahren 117; Larynxstenose durch Entfernung eines geheilt 213.
Stimmbandpolypen, Beitrag z. Histologie der 201.
Stimm-Chorea, ein Fall von 44.
Stimme, ein Fall von Eunuken 44.
—, Physiologie d. u. des Gesanges 44.
Stimmgabelprüfung, über eine Fehlerquelle bei der 224.
Stimmritzenkrampf, üb. phonischen 21.
Stomatitis aphthosa confuens und ihre Behandlung 190.
— gangraenosa 43.
— mercurialis 89.
Stoss auf den Schädel, intensiver als Ursache der Anstossung e. grossen Theiles des linken Trommelfelles. Verschluss der Lücke binnen acht Wochen 64.

Stummsein, hysterisches, mit theilweiser Zungencontraction 211.
— —, zur Lehre des 116.
Sulfurosa, über die bei Larynx-Tuberculose 93.
Sutura thyroidea, metallische 270.
Syphilis der Paukenhöhle 292.
Syphilis laryngis. Bemerkungen üb. die tertiäre syphilitische Laryngis 212.
— — Differential-Diagnose zwischen tuberculösen und syphilitischen Vegetationen 46.
Syphilome der Nasenhöhle, üb. operative Entfernung von 209.
Tabetiker, Bemerkungen über die Bedeutung des Wortes Larynxcrisen der 72.
Tast- und Temperatur-Sinn der Gesichtshaut, Einfluss von Trigemiusreizen auf den, kritische Bemerkungen und Erwidrerung 40. 41.
Tanbtheit der Kesselschmiede 278.
—, ein Fall von plötzlich entstandener mit dem Ausgange in Heilung 241.
Temperatursinn und Tastsinn der Gesichtshaut, Einfluss von Trigemiusreizen auf den, kritische Bemerkungen und Erwidrerung 40. 41.
Tenotomie des Tensor tympani, über progressive Schwerhörigkeit (Sclerose) und ihre Behandlung durch 87.
Thymol bei Rhinitis atrophicans 65.
Thyreotomie und Tracheotomie b. e. Falle von Kehlkopfgewächsen, Entfernung der Gewächse, Heilung 240.
Thyroidectomie, üb. e. Fall von 46.
Tonbildung ein Muskelsinn 3.
Tonsille siehe Mandel.
Tonsillitis 297.
Trachea, anormales Geräusch in der 302.
—, Fremdkörper in der 215.
Tracheal- und Bronchial-Drüsen-Erkrankung 96.
Tracheotomie:
Croupoperationen mit Ausgang in Heilung, Bemerk. üb. die Tracheotomie, welche nach der schnellen Methode ausgeführt wird 189; Chloroform und 212; Extraction einer Muschel aus dem Larynx mittelst 142; Fall eines im Ventrikel des Kehlkopfes eingekleiteten Fremdkörpers, entfernt durch, Heilung 168.

Tracheotomie:

Gefahren und Nutzlosigkeit der mit einem Schnitt 92; ein Fall von Kehlkopfgewächsen, Tracheotomie, Thyreotomie und Entfernung der Gewächse, Heilung 240; allgemeine papillomatöse Laryngitis, totaler Glottisverschluss, Tracheotomie, Heilung 68; bei Phthisis laryngis 70; und Chloroform 300.

Trepanation des Felsenbeines, 22 Präparate von Felsenbeinen mit Bezug auf 139.

Trigeminusreize in ihrem Einflusse auf Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut und Erwiderung 40. 41.

Trommelfell (siehe auch Shrapnell'sche Membran):

Ein Fall von Ausstossung eines grossen Theiles des linken in Folge intensiven Stosses auf den Schädel. Verschluss der Lücke binnen acht Wochen 64; Fistelöffnungen am oberen Pole des 262; üb. e. Verfahren Gypsabgüsse vom Hörgang und Trommelfell des Lebenden zu gewinnen 49; ein künstliches aus Celloidin 209; Heilung veralteter Perforationen des 135; Rupturen des mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung 63; Fälle von ZerreiSSung der Membrana tympani durch eine Ohrfeige 262.

Tubage des Larynx, Asphyxie wegen Verstopftsein des Rohres 70; siehe auch Kehlkopf und Larynx.

Tuberkelmassen, verfaulte u. gefrorene, experimentelle Untersuchungen üb. die Virulenz der 93.

Tuberculose des Kehlkopfes:

Eine Abductor-Lähmung vortäuschend 47; Allgemeines üb. und der jetzige Stand ihrer Behandlung 125. 152. 180; die locale Behandlung der tuberculösen Larynxphthise 22; Verengerung des Kehlkopfes mit ausgedehnten Vernarbungen in Folge von 141; Differentialdiagnose zwischen und syphilitischen Vegetationen 46; üb. die Sulfurosa bei 93.

Tuberculose des Larynx, einige ungewöhnliche Erscheinungen bei 301.

— des Mundes 297.

—, üb. e. Fall von Nasopharyngeal- 294.

Tumoren des Larynx, neue Methode um gewisse zu entfernen 190.

Tumoren der Nasenhöhlen 66.

— der Nase und des Nasen-Rachenraumes 66.

— des Nasenrachenraumes, retronasale Schlinge zur Entfernung der 160.

— der Tonsillen fibröser von ungewöhnlicher Grösse und des Septum narium etc. 269.

— wegen Verstopftsein des Warthon'schen Canales 91.

— an der Zungensbasis 268.

Ulcus, eingebildetes der Zunge 269.

Unterleibsbrüche, zur Aetiologie der 16.

Untersuchungen des Gehörs der Schulkinder in den Petersburger Stadt-schulen 265.

Untersuchungsmethode, eine modificirte des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes 9.

Uterushusten 191.

Varices der Nase, z. Lehre von den 114.

— der Zunge 44.

Vasomotorischer Effect von Reizungen der Nasenschleimhaut 211.

Vegetationen, adenoide des Nasenhöhlenraumes und die Laryngitis tuberculosa 188.

—, adenoide im Nasenrachenraum, ein Instrument z. Behandlung der 292.

— syphilitische, Differential-Diagnose zwischen tuberculösen und 46.

Velum siehe Gaumen, weicher.

Verengerung der Glottis, durch Dilatation geheilt 271.

— des Kehlkopfes, congenitale 92. 141.

— des Kehlkopfes, Laryngotomie in einem Falle von, Heilung 71.

— des Kehlkopfes in Folge d. Druckes eines Kropfes 215.

— des Kehlkopfes, durch Entfernung eines Stimmbandes geheilt 213.

— des Kehlkopfes mit ausgedehnten Vernarbungen in Folge von Tuberkelgeschwüren 141.

Verhältniss der Diphtheritis beim Thiere zu der beim Menschen 20.

— des Schluckcentrums zum Respirationscentrum 161.

Verstopfung der Nase, neue Fortschritte in der Behandlung der 114.

Virulenz der getrockneten, verfaulten und gefrorenen Tuberkelmassen, experimentelle Untersuchungen ü. d. 93.
Voltolini's Durchleuchtungsmethode 33.

— † 194.

—, Necrolog 217.

Warthon'scher Canal, congenitaler Tumor wegen Verstopftsein des 91.
Warzen der Nasen- und Gesichtshaut, zur Behandlung der 283.

Warzenfortsatz-Anatomie mit Rücksicht auf die Aufmeisselung desselben 249.

Was vermag das menschliche Ohr ohne Steigbügel zu hören? 12.

Weicher Gaumen siehe Gaumen.

Wert der laryngoscopischen Diagnose bei einem Falle von Lähmung des Adductor des linken wahren Stimmbandes 117.

Wood's Metall zur Injection der Knochenanäle des Aquaeductus vestibuli et cochleae verwendet 85.

Worttaubheit, ein Fall von 209.

Zerreissung der Membrana tympani durch eine Ohrfeige. Fälle von 262.

Zerstäubungs-Apparat mit Unterbrechungsvorrichtung z. Application von Cocainlösungen für Nase etc. 281.

Zungen-Atrophie, congenitale, spastische Lähmung der unteren Extremitäten 91.

— Contraction, theilweise bei hysterischem Stummsein 211.

— Epitheliom, sowie Epitheliom des Mundbodens und des Arcus palatoglossus 189.

— Fibrolipom congenitales 90.

— Lähmung sowie Dysphonie und Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels 95.

— Lähmung, sowie Lähmung des weichen Gaumens und der Stimmbänder 116.

— Tumor, 268.

— Ulcus, eingebildetes 269.

— Varices 44.

II. Namen-Register.

Abate 44.
Albertin 299.
Andry 89.
Annandale 43.
Anton 209.
Ariza 68. 212.
Arnozan 294.
Archambault 69.
Astier 298.
Audubert 213.

Baber 113.
Ball 269.
Barth 138. 277.
Baron 95.
du Basty 192.
Beach 141.
Bean 297.
Beaunis 24.
Beehag 94.
Beerwald 12.
Benedict 39.
Bergeron 212.
Berthold 12. 135. 208.
Beschornor 22. 103.
Bezold 37. 62. 262.
Blair 116.
Blau 12. 134.
Bleyer 118.
Bojew 52.
Boucsein 297.
Bressler 15.
Bronner 277.
Brothers 240.
Brown 119.
Bryan 296.

Birkner 11.
Butlin 190.

Cadéac 93.
Cartaz 65.
Casadesus 46.
Charcot 140.
Cholewa 87. 186.
Cleland 114.
Cohen 141. 214. 270.
Colles 187.
Collier 48.
Corradi 292.
Coupard 188.
Coy 213.
Cozzolino 65. 66.
Cragin 213.

Dauchez 92.
Daumer 265.
Dauvin 190.
Delavan 298.
Delobel 239.
Delthil 20.
Deming 70.
le Dentu 46.
Descroizilles 189. 211.
Dionisio 30.
Donaldson 118. 139. 140.
189. 271.
Dorn 285.
Drouault 214.
Dubrenil 189.
Duranti 71.
Duret 113.
Dutil 211.

Eeman 215.
Eitelberg 64.
Enjabran 268.
Etienne 92. 141.
Ewald 61.

Fasano 45.
Favitzsky 121.
Fleischmann 298.
Folet 215.
Forbes 114.
Fort 190.
Fowler 302.
Frack 211.
Francotte 91.
Frendenthal 16.
Freund 83.
Fuller 91.
Fuselle 95.

Gahan 293.
Garel 67.
Gaucher 160.
Gellé 11.
de St. Germain 212.
Godet 270.
Goldscheider 40.
Gomperz 25. 145. 169.
Goodville 114.
Goris 160.
Gouguenheim 162.
Gradenigo 42. 89. 291.
Grancher 96.
Greene 15.

Gruber, Jos. 83. 84. 145.
156. 169. 184. 217.
Guelliot 46.
Guerra 302.
Guinard 91.
Guinier 93.

Habermann 64. 278. 279.
Hanot 142.
Hansberg 138.
Hartmann 137. 139. 249.
262. 281.
Heidenreich 160.
Herzog 97.
Hessler 39.
Heymann 142.
Hill 119.
Hirtz 190.
Hontang 66.
Hood 45.
Hooper 69. 294.

Jacobson 260.
Joal 159.
Johnston 299.
Juffinger 80.
Jurasz 120.

Kanthack 201.
Katz (Berlin) 209. 248.
Kessel 281.
Kidd 47. 70.
Kiesselbach 1. 58. 194.
Killian 248.
Kilner 71.
Kipp 14.
Kirchner 292.
Kobler 303.
Koch 21. 22.
Körner 88. 133. 291.
Kolischer 83.
Kretschmann 261. 262.
Krieg 116.
Kuhn (Strassburg) 245.
251.

Labat 272.
Lacoarret 214. 266.
Lavrand 113.
Lebeau 46.
Leffert 269.
Legroux 212.
Lejars 271.
Lemoine 302.

M'Leod 119.
Levy 246.
Léwy 92. 141.
Lober 19.
Löwe L. (Berlin) 49.
Loumeau 66. 300.
Luc 95. 294.
Lucet 92.
Ludewig 233.

Macdonald 213. 391.
Macinthyre 272.
Mackenzie 116.
Malet 93.
Manon 44.
Sainte Marie 189.
Markwald 161.
Martel 69. 90.
Martin 72.
Masini, O. 22.
Massei 21.
Masucci 44. 72. 141.
Mayer 65. 141.
Montaz 267.
Montefusco 20.
Moos (Heidelberg) 246.
Morra 70.
Moure 66. 238. 290.
Müller 191.
Muzzo 38.
Myles 161.

Natier 90. 115.
Newman 47. 300.
Noltenius 139.
Noquet 268.

Onodi 77.

Paté 215.
Patrzek 224.
Pedley 117.
Pick 168.
Poirier 68.
Polhérat 69.
Poncet 90.
Port 118.
Porter 298.
Potter 91. 209.

Reinhard 233.
Reverley 215.
Rice 301.
Richardson 91.
Richet 160.

Ringk 125. 152. 180.
Robert 236.
Robinson 116.
Roe 187.
Rohrer 111.
Rovsa 14.
Ruault 21. 115. 211. 213.
294.
Rüdinger 106.

Sainte Marie 189.
Schadle 188.
Schapring 293.
Scheffer 117.
Scheibe 158.
Schiffer 188. 262.
Schimmelbusch 235.
Schmidt, M. 17.
Schmiedt (Metz) 207.
Schrader 246.
Schwalbe 276.
Schwartz 299.
Secretan 300.
See 71.
Seiffert 268.
Seiler 65. 209. 239.
Seiss 65.
Shield 43.
Shirmunsky 210. 265.
Siebenmann, F. (Basel) 73.
85. 250.
Smith 15. 237.
Solis-Cohen 141. 300.
de la Sota y Lastra 46.
Spannuchi 270.
Spicer 114.
v. Stein 196. 226.
Steinbrügge 133. 248.
Steiner 290.
Stepanow 5.
Stewart 262.
Stoker 119.
Stucky 188.
Styx 13.
Swiderky 215.
Szenes 244. 273. 275.

Thompson 142.
Thorner 20.
Thrasher 292.
Tissier 67.
Treitel 63.
Trélat 189.
Trifiletti 44. 117.
Truckenbrod 139.
Tsakyrogious(Smyrna)149.

Urbantschitsch 40.	Walb 40. 136. 251. 262. 273.	Wise 71.
Vilato 95.	Wall 112.	Wolf, O. (Frankfurt) 246.
Villedary 114.	Warthon 43.	Wolfenden 190.
Vohsen 9. 280.	M'Weeney 114.	Wolf, Ludw. (Frankfurt) 256. 286.
Voltolini 33. 101. † 194. † 217.	Weill 95.	Wright 268. 298.
Voss 12.	Whittle 240.	
Wagenhäuser 112.	Windelschmidt 200.	
	Winternitz, Ludw. (Wien) 241.	Ziem 36. 150. 174. 239. 252. 283.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapring** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien
und

Dr. R. VOLTOLINI
Professor
an der Universität
Breslau

Professor Dr. **WEBER-LIEG**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, Januar 1889.

No. 1.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Monatsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

I. Originalien.

Die Hyperästhesie des Acusticus.

Besprechung einiger neuerer Arbeiten über dieselbe

von

Prof. Dr. **Kiesselbach**.

Bei Betrachtung der Resultate des Weber'schen Stimmgabelversuchs finden wir bei Gesunden eine Schallverstärkung 1) durch Bildung eines Resonanzraumes, 2) durch Erleichterung des Uebergangs der Schwingungen von den Wänden des Gehörgangs, event. der Paukenhöhle, auf den schalleitenden Apparat. Eine Verminderung oder selbst ein Verschwinden der Schallempfindung finden wir nur unter Umständen, durch welche die Schwingungsfähigkeit des schalleitenden Apparats behindert ist; — der Vorgang wäre also derselbe, wie beim Gähnen, wo ja durch die Contraction des Tensor tympani eine Verminderung der Schallstärke auch für Luftleitung bis zum vollständigen Verschwinden des Tones bewirkt werden kann.

Die durch das Experiment an Gesunden gefundenen Verhältnisse können wir bei Mittelohrerkrankungen nur dann zur Erklärung verwenden,

wenn die Perception des Stimmgabeltones im erkrankten Ohre herabgesetzt ist. Wir finden auch hier Fälle, in welchen die auf den Scheitel gesetzte Stimmgabel nur auf dem gesunden Ohre gehört wird, bei beiderseitiger Affection wird die auf den Scheitel gesetzte Stimmgabel mitunter gar nicht mehr gehört, während die Luftdouche die sogenannte craniotympanale Leitung sofort wieder herstellt. Wenn wir nun mit Bartsch¹⁾ annehmen wollen, dass die Schwächung des Stimmgabeltones ausschliesslich durch die Behinderung der Schwingungsfähigkeit des schalleitenden Apparates bedingt ist, so müssten uns die Fälle von vorübergehender, leicht zu beseitigender Aufhebung der Perceptionsfähigkeit für die craniotympanale Leitung die Frage aufnöthigen, ob es denn überhaupt eine craniotympanale Leitung in dem bisherigen Sinne giebt.

Nun finden wir aber bei den meisten, besonders acuten und subacuten Erkrankungen des schalleitenden Apparats, sowie bei Labyrinth-erkrankungen, eine Verstärkung des Stimmgabeltones in dem erkrankten Ohre. Die bisher zur Erklärung dieses Phänomens aufgestellten Theorien, selbst wenn man sie für manche Zustände gelten lassen will, genügen nicht, um Klarheit in diese schwierige Frage zu bringen, da wir immer wieder Fälle sehen, welche sich auf physicalischem Wege nicht erklären lassen. Z. B.: Fräulein N. B., 20 Jahre, hatte vor 8 Jahren eine Mittelohreiterung rechts; Trommelfell, Hammer und Ambos fehlen. Uhr rechts 1 Ctm., Sprachverständniss schlecht. Die Stimmgabel wird vom Scheitel im ganzen Kopfe gehört, bei Verschluss des rechten (kranken) Ohres nach rechts, des linken nach links. Auch wenn die Stimmgabel vor dem linken Ohre aufgesetzt wird, springt der Ton bei Verschluss des rechten Ohres nach rechts über, ebenso umgekehrt von rechts nach links. Vor 3 Jahren hatte Patientin eine leichte Eiterung, am oberen Theil der rechten inneren Paukenhöhlenwand eine kleine Granulation. Die Stimmgabel wurde während des Bestehens der Eiterung nach rechts gehört, Uhr und Sprache wie früher. Nach Aufhören der Eiterung ergab der Stimmgabelversuch die früheren Resultate.

Steinbrügge²⁾ hat nun den Versuch gemacht, die Verstärkung des Stimmgabeltones auf dem erkrankten Ohre in anderer Weise zu erklären, als dies bisher geschehen ist. Indem er sich, gestützt auf anatomische Gründe, gegen die bisher übliche scharfe Trennung von Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres ausspricht, kommt er zu der Ansicht, dass das Besserhören der Stimmgabel in dem erkrankten Ohre nicht auf physicalische Verhältnisse (Bildung eines Resonanzraumes) zurückgeführt werden könne, — noch weniger natürlich bei Labyrinth-erkrankungen. Am befriedigendsten lassen sich die Erscheinungen sowohl beim Weber'schen, wie beim Rinne'schen Versuche durch eine Hyperästhesie des percipirenden Apparats erklären, da v. Ziemssen eine solche sowohl bei Erkrankungen des Mittelohres, wie des Labyrinthes auf galvanischem Wege sehr häufig nachweisen konnte, und Schwabach in 94,4 pCt. der darauf untersuchten Erkrankungen des schalleitenden Apparates die

¹⁾ Bartsch, »Zur Schalleitung durch die Kopfknochen«, Monatsschr. für Ohrenheilk. 1885, pag. 298 u. 299.

²⁾ Steinbrügge, »Ueber Stimmgabelprüfungen«, Zeitschrift f. Ohrenheilkunde XVIII, pag. 10.

Perceptionsdauer bei Knochenleitung gegenüber gesunden Ohren verlängert fand.

Durch die Arbeit von Steinbrügge angeregt, prüfte Gradenigo³⁾ die Frage, ob sich in jedem Falle von einseitiger Verstärkung der Knochenleitung auch auf electricischem Wege eine Steigerung der Erregbarkeit des Acusticus nachweisen lasse. Er fand jedoch, dass eine Steigerung der electricischen Erregbarkeit nicht nothwendiger Weise eine Steigerung der functionellen Thätigkeit des Acusticus bedeute, der Hypothese Steinbrügge's somit eines der wichtigsten Argumente entzogen sei.

Trotz des anscheinend stricthen Beweises, welchen Gradenigo gegen die Annahme einer Uebereinstimmung der functionellen und electricischen Uebererregbarkeit gebracht hat, lassen sich doch Einwände gegen denselben erheben. Zunächst reicht die Anzahl der Versuche zur Begründung einer Regel nicht aus. Weiter verdient der Umstand berücksichtigt zu werden, dass die Leitungsverhältnisse für Schallwellen einerseits, für den electricischen Strom andererseits sehr verschiedene sind, dass z. B. bei Mittelohraffectionen durch Behinderung der Schalleitung eine Abschwächung oder Mangel der Perception für die sogenannte Knochenleitung auftreten kann, während die galvanische Reaction vorhanden ist.

* * *

In 3 weiteren Mittheilungen^{4) 5) 6)} giebt Gradenigo seine Erfahrungen über die galvanische Reaction, sowie über den practischen Werth der galvanischen Untersuchung und Behandlung des Hörnerven. Bei Gesunden konnte in 4,6 pCt. der Fälle eine Reaction hervorgerufen werden. Bei Kranken war Uebererregbarkeit fast immer vorhanden bei acuter oder subacuter Entzündung des Mittelohres und des Labyrinthes, bei den Ausgängen dieser Krankheiten war keine Reaction vorhanden. Zwischen beiden Kategorien stehen Sclerose, subacute und chronische catarrhalische Mittelohraffectionen, begrenzte und diffuse äussere Ohr-entzündung, krankhafte Vorgänge im Warzenfortsatz. Sehr häufig wurde eine Steigerung der electricischen Erregbarkeit bei endocraniellen Processen gefunden, welche sich einer acuten oder subacuten Entzündung des Sehnerven hinzugesellen (auch bei normaler Hörschärfe). Die Steigerung fehlte bei einigen Fällen von endocranieller Erkrankung, in welchen bei vorhandener Worttaubheit das Gehör für Geräusche und Töne (auch hohe) erhalten war.

Sehr interessant sind die Angaben über die Tonhöhe. Bei Ka S und D, An O und OD war dieselbe gewöhnlich wie beim Ohrenklingen, etwa $c^5 = 4096$, bei An S und D, Ka O und OD $C = 64$. In manchen Fällen

³⁾ Gradenigo, »Ueber das Verhältniss der einseitigen Wahrnehmung des Diapason-Vertex etc.«, Archiv f. Ohrenheilk. XXVII, pag. 1.

⁴⁾ Id., »Die electr. Reaction d. N. acusticus«, Centralbl. f. d. med. Wissenschaften 1888, No. 39, 40, 41.

⁵⁾ Id., »Die Erkrankungen d. N. acusticus«, Arch. f. O. XXVII, pag. 105.

⁶⁾ Id., »Ueber den pract. Werth der electr. Prüfung des Nerv. acusticus«, Allgem. Wiener med. Zeitung 1888, No. 44.

wurde auch ein dritter Ton vernommen: $c^2 = 512$. Während bei Steigerung der Stromstärke die tieferen Töne in die höheren übergehen, die 3 Töne sich gegenseitig vertreten oder in verschiedener Weise vereinigen können, kommen Uebergangsklänge nicht vor. — Ich glaube mit Gr., dass wir auf diesem Wege noch manche physiologisch wichtige Thatsache finden werden, doch würde es zu weit führen, hier näher auf die dadurch erweckten Hoffnungen einzugehen.

In Bezug auf die Reaktionsformel fand Gradenigo, dass der Acusticus in derselben Weise reagire, wie jeder andere Nerv.

Wir müssen zur näheren Begründung dieser Ansicht die versprochene grössere Publication abwarten, indessen möchte ich doch schon jetzt meine Bedenken dagegen aussprechen. Meines Wissens sind wohl alle Forscher von der Ansicht ausgegangen, dass es gelingen müsse, den Nachweis für die Uebereinstimmung der Reaction des Acusticus mit der anderer Nerven zu bringen. Die Aufstellung der sogenannten Normalformel ist aber dadurch begründet, dass es eben in Fällen von einfacher Hyperästhesie nicht gelingt, selbst bei leichter Erregbarkeit für Ka S und An O durch Steigerung der Stromstärke An S Kl zu erzielen. Ich selbst habe an mir, nachdem ich deutlichen Ka D Kl erzielt hatte, die Stromstärke um das 40fache gesteigert, ohne zu einem andern Resultate zu gelangen. Dass es aber viele Fälle von Erkrankungen giebt, in welchen auch bei den anderen Momenten der galvanischen Erregung eine Reaction ausgelöst werden kann, ist bekannt.

Während Gradenigo das Auftreten einer galvanischen Reaction ausschliesslich von der Uebererregbarkeit des Hörnerven abhängig macht, so dass er sogar annimmt, dass das Auftreten galvanischer Reaction bei normaler Hörschärfe als Zeichen einer endocraniellen Erkrankung anzusehen sei, geben Pollak und Gärtner⁷⁾ ⁸⁾ zwar zu, dass eine Uebererregbarkeit des Acusticus vorhanden sein könne, doch hänge das Auftreten der Reaction ausschliesslich von verbesserter Leitungsfähigkeit für den galvanischen Strom ab. Die Leitungsverhältnisse seien bei Gesunden meist sehr ungünstige, da die Endausbreitungen des Acusticus durch compacten Knochen und die trockenen Fenstermembranen isolirt seien. Bei Erkrankungen würden dagegen durch Hyperämie, Verlust des Epithels u. s. w. die Leitungsverhältnisse günstiger. — Ich denke mir, dass Gradenigo einerseits, Pollak und Gärtner andererseits sich dahin einigen werden, dass eine Verminderung der Leitungswiderstände von grossem Einfluss sein muss, dass aber auch Verhältnisse vorkommen, welche uns zur Annahme einer Uebererregbarkeit zwingen. Zu letzteren rechne ich ganz besonders das Auftreten der paradoxen Reaction auf dem gesunden Ohre.

Was nun den practischen Werth der galvanischen Untersuchung des Hörnerven betrifft, so vermag ich denselben einstweilen nicht sehr hoch zu schätzen, da hier mancherlei Factoren in's Spiel kommen, deren Bedeutung wir im einzelnen Falle noch nicht mit Sicherheit abzuschätzen vermögen. In Bezug auf die Behandlung stimme ich mit Gradenigo u. A.

⁷⁾ Pollak, »Ueber die electr. Erregbarkeit des Hörnerven«, Wiener clin. Wochenschrift 1888, No. 31, 32.

⁸⁾ Pollak und Gärtner, Ibid. 1888.

überein, dass dieselbe häufig einen vorübergehenden günstigen Einfluss ausübt. Dagegen habe ich in so vielen Fällen danach eine langdauernde oder bleibende Verschlechterung beobachtet, dass ich nur nach vergeblicher Anwendung aller anderen Mittel den galvanischen Strom zur Behandlung zu gebrauchen wage.

Ueber Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere.

Vorläufige Mittheilung ¹⁾

von

Eug. M. Stepanow in Moskau.

Seitdem Frisch den Nachweis geliefert hat, dass im Rhinoscleromgewebe eigenthümliche Microben vorhanden sind, wurden Seitens mancher Autoren mehrfach Versuche angestellt, um mittelst Impfungen mit Partikelchen der Neubildung oder mit den von Frisch entdeckten Microben die Entwicklung dieser Krankheit bei Thieren hervorzurufen. Bisher aber schlugen diese Versuche fehl; in gelungensten Fällen stellten sich bei den Versuchsthieren Abscesse, eitrige Pleuritis u. s. w. ein; einen charakteristischen Localprocess zu erzielen, gelang bisher noch Niemandem.

Da ich in meiner Behandlung 2 Rhinoscleromfälle hatte (einen in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Pawlow) und ausserdem über Reinculturen verfügte, welche Dr. M. Nikiforoff von einem an typischem Rhinosclerom leidenden Kranken des Dr. Bojew angelegt hatte ²⁾ und mir liebenswürdig zu Gebote stellte, so unternahm ich im verflossenen Sommer Uebertragungsversuche von Rhinosclerom auf Thiere; diese Arbeit ist in ihren sämtlichen Details noch keineswegs abgeschlossen, aber schon jetzt bin ich im Stande, diese Frage als im positiven Sinne endgiltig gelöst zu betrachten.

Die Misserfolge anderer Experimentatoren, die sich auf diesem Gebiete beschäftigt hatten, bewogen mich, als Impfstelle weder die Haut, noch das subcutane Bindegewebe, noch die Nasenschleimhaut, sondern die vordere Augenkammer zu wählen. Als Versuchsobjecte dienten verschiedene Thierspecies (Kaninchen, Meerschweinchen, Ferkel und ein kleiner Kater), aber von vornherein gewann ich die Ueberzeugung, dass das für meine Zwecke passendste Object das Meerschweinchen-Auge darstellt.

Die Impfungen wurden ausgeführt: 1) mit Partikelchen der aus der Nase meines Patienten (selbstverständlich unter allen üblichen Cautelen) entnommenen Neubildung, 2) mit der erwähnten Reincultur aus dem Falle des Dr. Bojew, welche mir Dr. Nikiforoff freundlichst zur Verfügung stellte, und 3) mit einer Reincultur, die ich selbst in reiner Form von meinem Kranken gewonnen habe.

¹⁾ Nach einem in der Gesellsch. Russischer Aerzte in Moskau am 21. October d. J. in extenso gehaltenen Vortrage mit Demonstrationen macro- und microscopischer Präparate.

²⁾ Cfr. seine Arbeit im Arch. für exp. Pathol. und Pharmacol., Bd. XXIV, Seite 424.

Ich beginne nun mit der Schilderung der einstweilen noch geringen Anzahl von Impfversuchen, wo ich Gelegenheit hatte, die Section der Thiere vorzunehmen und ihre Augen einer histologischen und bacteriologischen Untersuchung zu unterziehen.

Experiment I. Am 10. Juli wurden einem jungen Meerschweinchen Partikelchen der Neubildung, entnommen aus der Nase meines Kranken, in die vorderen Augenkammern implantirt. In den ersten Tagen nach der Inoculation entwickelte sich eine diffuse Keratitis, nach deren Schwinden in der Pupillengegend des linken Auges eine gelbliche, der Cataracta ähnliche Masse zum Vorschein kam; mit der Zeit begann diese Masse sich zu vergrössern und zur Hornhaut heranzurücken, es entwickelten sich auf der Cornea Gefässchen, und schliesslich bot sie selbst stellenweise gelbliche, undeutlich contourirte Trübungen. Das rechte Auge kehrte allmählig zur Norm.

Am 15. September wurde dem Thiere in Chloroformnarcose die linke Cornea angeschnitten und aus der Vorderkammer in üblicher Weise Material zu Verimpfungen auf Gelatine und Agar-Agar entnommen. Das enucleirte Auge wurde auf kurze Zeit in Flemming'sche Flüssigkeit eingelegt und darauf in Alcohol aufgehoben. In sämtlichen Reagensgläsern entwickelten sich nach einigen Tagen Reinculturen von charakteristischem Aussehen³⁾ (abgesehen von zufälliger Verunreinigung einiger Röhrchen). Nach 2 Tagen wurde das Auge behufs microscopischer Untersuchung in der Frontalebene, gleich hinter der Cornea, durchschnitten, und nun trat folgender, höchst bemerkenswerther Befund in der Hinterkammer zu Tage: Sein ganzer Hohlraum war von einer weissen, in grobe und feinere Schollen zerfallenden Masse prall gefüllt. In dieser Masse konnte man bei aufmerksamer Untersuchung eine mit der Augenwand zusammenhängende, periphere Zone und einen, durch ungefähr radiäre Spalten in Schollen verschiedener Grösse eingetheilt, centralen Theil wahrnehmen. Im Allgemeinen stellt der Durchschnitt eine entfernte Aehnlichkeit mit der Iris-Diaphragme an den neuesten Microscopen dar. Bei macro- und microscopischer Untersuchung stellte sich das Fehlen der vorderen Augenkammer heraus, was dadurch bedingt ist, dass durch das neugebildete Granulationsgewebe die Zerfallmasse der Linse, die Iris und Cornea in ein Ganzes vereinigt sind. Die Rundzellen-Infiltration dringt in das Gewebe der Linse hinein, deren Elemente sich im Zustande starken Zerfalls befinden. Von hinten ist die Linse von einer ziemlich dicken Lage feinen Bindegewebes bedeckt, welches die ganze Hinterkammer auskleidet. Bei entsprechender Tinctio und starker Vergrösserung (Zeiss, Apochr. 1,30, Ocul. 4—8) ergiebt sich, dass die Elemente des neugebildeten Binde- und Granulationsgewebes relativ selten keine charakteristischen Microben enthalten, dass viele dieser Elemente einer vollständigen oder mehr minder starken hyalinen Entartung anheimgefallen sind, wobei hin und wieder freiliegende, hyaline Schollen angetroffen werden. Die Mikulicz'schen Zellen, deren Bedeutung durch die Arbeit von Dittrich ganz besonders in den Vordergrund hervor-

³⁾ Von den mit dieser Cultur geimpften Thieren kam gegenwärtig eines zur Section, wobei das macroscopische Verhalten des Auges eine erfolgreiche Uebertragung vermuthen lässt.

gehoben wurde, werden auch ziemlich oft, und zwar in verschiedenen Entwicklungsstadien, beobachtet. In der Linse sind äusserst schöne Microbennester mit ihren durch Hämatoxylin gut tingirten Capseln zu sehen. Auf Präparaten von einem kleinen Segmente, welches aus dem Augengrunde so entnommen wurde, dass dadurch die Demonstrativität dieser Augenhälfte nicht etwa einbüßen könnte, wurde neugebildetes, ziemlich feines Bindegewebe wahrgenommen, das die Retina ersetzte (welche sich vielleicht centralwärts nach innen abgelöst hat). Die Chorioidea ist verdickt; um die Gefässe befinden sich starke Anhäufungen rundzelliger Elemente; eine mässige Infiltration ist auch stellenweise an der Sclera vorhanden; mehr nach Innen gewinnt das neugebildete Gewebe den Character eines Granulationsgewebes. Die Veränderungen der zelligen Elemente sind den oben geschilderten identisch.

Ich fand somit in diesem Auge das classische Bild der in Rede stehenden Neubildung, welche sich in verhältnissmässig kurzer Frist in äusserst üppiger Form entwickelt hat, und folglich wird die Frage über die Virulenz des Rhinoscleromgewebes und über die Möglichkeit, einen identischen Process bei Thieren zu erzeugen, durch dieses Experiment endgiltig gelöst. — Das rechte Auge und die inneren Organe dieses Thieres, welche keine macroscopische Veränderungen aufweisen, sind noch einstweilen keiner microscopischen Untersuchung unterzogen.

II. Experiment. Ein junges Meerschweinchen wurde am 12. August an beiden vorderen Augenkammern mit einer Reincultur (zweite Generation), welche aus der Neubildung meines Kranken gewonnen wurde, geimpft. Solch' eine frühe Generation wurde deshalb gewählt, weil ich eine Abschwächung der Virulenz späterer Generationen befürchtete (was sich nachträglich als grundfalsch herausstellte). Etwa 10 Tage nach der Inoculation wurde ein Auftreten und Wachstum von gelblichen Trübungen hinter der Cornea wahrgenommen. Das Thier wurde am 30. September mit Chloroform getödtet. Durch Einschnitt in die Cornea wurden Culturen auf Agar-Agar und Gelatine angelegt; es entwickelte sich aber eine Reincultur nur in einem Reagensglase, alle übrigen blieben steril. Die Ursache dieses glücklicher Weise relativen Misserfolges lag, wie sich nachträglich herausstellte, darin, dass ich beim Culturlegen die Cornea nur angeschnitten, aber nicht durchschnitten und mithin das betreffende Impfmateriel aus der an Microben armen Corneawand und nicht aus der Vorderkammer entnommen hatte. Aber, wie dem auch sei, gelang es doch auch von diesem Thiere gleich von vornherein Reinculturen zu erzielen. Die macro- und microscopische Untersuchung des durchschnittenen Auges nach vorausgegangener Fixation in Flemming'scher Flüssigkeit und Alcohol zeigte nun, dass die vordere Augenkammer von einem Granulationsgewebe erfüllt ist, welches sich auch auf die Linse fortpflanzt. Die inneren Cornealschichten sind mit Rundzellen infiltrirt. Die hintere Augenkammer ist frei. Bei entsprechender Tinction und starker Vergrösserung lassen sich hier dieselben Veränderungen, wie im vorigen Versuche wahrnehmen, nur stellen dieselben ein früheres Entwicklungsstadium dar, so zum Beispiel werden die Mikulicz'schen Zellen seltener angetroffen und ist die hyaline Zellenentartung minder prägnant, als dort ausgesprochen.

Dieser Befund beweist nun, dass die specifische Neubildung durch

Inoculation von Reinculturen der Frisch'schen Microben erzeugt werden kann. Da in diesem Falle eine zweite Generation zur Verimpfung benutzt wurde, so können darüber etwaige Bedenken auftauchen, welche nur durch erfolgreiche Impfungen mit älteren Generationen definitiv beseitigt werden können. Dieser Forderung leistet Genüge folgendes

III. Experiment. In diesem Falle wurde eine mehr als $\frac{1}{2}$ Jahr früher von Dr. Nikiforoff angelegte Cultur (aus dem Falle des Dr. Bojew) benutzt. Dieselbe wurde nach Mittheilung des Dr. Nikiforoff mindestens 7 Mal von ihm und überdies 2 Mal von mir umgezüchtet. Mit dieser alten Cultur wurde nun am 12. Juli ein junges Meerschweinchen geimpft. Das Thier wurde am 16. October getödtet und lebte also bedeutend länger, als beide ersten. Impfungen mit dem Inhalte der Vorderkammer auf Agar-Agar und Gelatine ergaben sofort Reinculturen.

Auch in diesem Falle ist die Neubildung nur auf die Vorderkammer beschränkt, füllt sie aber nicht aus, sondern zieht sich längs der Iris und dem Corpus ciliare und verdeckt die Pupille. Das Gewebe zeigt das charakteristische Verhalten eines wohlorganisirten Bindegewebes mit reichlicher, feinfaseriger Zwischensubstanz; die Linse ist atrophisch; in ihrem Innern sind bindegewebige Inselchen und Maschen zu sehen; ihre Capsel ist geschrumpft. Bei starker Vergrößerung fällt ein ausserordentlicher Reichthum dieses Gewebes an Mikulicz'schen Zellen in die Augen. Mitunter werden grosse Microbenanhäufungen angetroffen, welche die Form dieser Zellen beibehalten. Hyalinentartete Zellen sind bedeutend weniger zu sehen, als im ersten Versuche. Entsprechend dem Character der Veränderungen ist eine sichtbare Abflachung der Cornea und eine Abnahme der Dimensionen des Auges zu verzeichnen.

Somit erzeugte auch eine alte, vielfach gezüchtete Reincultur in diesem Falle einen charakteristischen Localprocess und kann folglich kein Zweifel obwalten, dass namentlich die Frisch'schen Microben und nichts Anderes als Ursache des Rhinosclerom anzusprechen sind.

Beiläufig möchte ich die Bemerkung machen, dass ich auch in dem den Augapfel umgebenden Gewebe solche Befunde zu sehen Gelegenheit hatte, welche mir etwa anzunehmen gestatten, dass die Infection von der Augenhöhle sich auch auf die Nachbartheile fortpflanzen kann.

Die Untersuchung der inneren Organe und der augenscheinlich unversehrt gebliebenen Augen, sowie das ausführliche Studium der Histogenese dieser Neubildung behalte ich mir bis zur völligen Bearbeitung meines Themas vor.

Vorliegende Experimente wurden im anotomo-pathologischen Institute an der Universität Moskau ausgeführt, und ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. J. Klein für die gütige Erlaubniss, die Räume und Hilfsmittel des Instituts zu benutzen, sowie den Herren Prosector Dr. Nikiforoff und seinem Gehilfen Dr. Dahl, die mir fortdauernd mit Rath und That zu Hilfe standen, meinen tiefsten Dank auszusprechen.

Eine modificirte Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.

Von

Dr. **Karl Vohsen** in Frankfurt a. Main.

Die Untersuchung des Nasenrachenraumes hat uns in dem letzten Jahrzehnt viele Ueberraschungen bereitet und wird für Diagnose und Behandlung der Krankheiten der umliegenden Organe von immer grösserer Wichtigkeit. Eine wirklich naturgetreue Abbildung des Nasenrachenraumes aber hat uns erst Voltolini in seinem jüngst erschienenen Werke über Nasenkrankheiten gegeben. Die Abbildungen in den bis dahin erschienenen Handbüchern sind alle unvollkommen. Der schwächste Theil derselben sind die Tubenmündungen, die mitunter ganz abenteuerliche Gestalt annehmen, meist mit einem nach den Choanen zu offenen Winkel abgethan werden. Dies mag aber weniger an der individuellen Verschiedenheit dieser Gebilde liegen, welche den Lehrer ja zu einer mehr schematischen Wiedergabe nöthigen könnte, als vielmehr an dem Mangel einer Untersuchungsmethode, welche dieselben dem Auge vollkommen zugänglich macht. Der Voltolini'sche Gaumenhaken erfüllt seinen Zweck weit mehr in Bezug auf einen Einblick in die Choanen und die hintere Fläche des Gaumensegels, als die seitlichen Theile des Nasenrachenraumes, speciell die Tubenmündungen. Letztere sind, bei der Anwendung des Gaumenhakens, durch die krampfhaftige Contraction der Rachenmuskulatur, welche durch den Reiz des Instrumentes auf eine empfindliche Schleimhaut ausgelöst wird, oft kaum zu übersehen; selbst Cocain-Anästhesie führt nicht immer zum Ziele. Des Weiteren aber ist die Anwendung des Gaumenhakens immer eine für den Patienten unangenehme Manipulation, die wir gern vermeiden, wenn uns nicht zwingende Gründe dazu nöthigen.

Ich wende zur Untersuchung des Nasenrachenraumes eine Methode an, die in keinem der vorhandenen Lehrbücher erwähnt wird und die ich auch nie geübt sah. Sie soll die üblichen Methoden nicht ersetzen, wohl aber sie in einigen wichtigen Punkten ergänzen. Es wurde bis jetzt bei der Rhinoscopia posterior, wie bei der Laryngoscopia, nur auf die Beugung des Kopfes nach hinten und vorn Rücksicht genommen, nie aber die Drehung desselben um die Achse der Wirbelsäule zu diagnostischen Zwecken verwerthet. Diese Drehung im Atlas-Epistropheus-Gelenk bei fixirter Wirbelsäule ist aber bei der Untersuchung des Nasenrachenraums von grösstem Vortheil.

Der Patient sitzt schräg vor dem Arzt und wird angewiesen, seine Schultern in der gegebenen Haltung zu lassen, was für das Gelingen der Untersuchung von besonderer Wichtigkeit ist, da sonst die Drehung des Kopfes nach dem Arzt hin nicht allein im Atlas-Epistropheus-Gelenk erfolgt, sondern Hals und Brustwirbelgelenke sich daran beteiligen; letzteres würde den beabsichtigten Effect aber aufheben. Die Vorwölbung, welche auf der Seite der hinteren Rachenwand entsteht, nach welcher der Kopf gedreht wird, ist der Contraction des Musculus longus atlantis zuzuschreiben. Nur dann wirkt sie manchmal störend, wenn die Drehung eine zu excessive ist. Die Drehung des Kopfes im Atlas-

Epistropheus-Gelenk beträgt höchstens 45° ; was darüber hinausliegt, ist für unsere Untersuchungsmethode ohne besonderen Werth. Es entsteht nun bei der besprochenen Drehung zwischen dem am Kopfe befestigten und sich mit demselben bewegenden Gaumensegel einerseits und der breiten Fläche der Wirbelkörper resp. der hinteren Rachenwand andererseits ein dreieckiger, häufig ausserordentlich weiter Raum, in den sich bequem, ohne jede Belästigung des Patienten, ein Spiegel grösseren Calibers einführen lässt. Mit grosser Deutlichkeit lässt sich zunächst das Ostium tubae der gegenüberliegenden Seite zu Gesicht bringen, in dessen Mündung man bei entsprechender Spiegeldrehung leicht hineinsehen kann, während es an dem Ostium tubae derselben Seite gelingt, die ganze Fläche der Randwülste klar zu beobachten. Führt man den in seiner Bewegung gar nicht behinderten Spiegel höher und stellt ihn ganz aufrecht, so kann man tiefer in die Choanen sehen, als bei gerader Kopfhaltung.

Einige Male habe ich bei Patienten auf der erweiterten Seite die Rosenmüller'sche Grube fast verstreichen sehen, immer aber wird sie durch die Drehung seichter. Ich benützte dies Verhalten mehrfach, um bei reichlicher Faltenbildung in der Rosenmüller'schen Grube sicherer die Tuba zu catheterisiren. Der Schnabel des Catheters fand dann weniger Hindernisse und gestattete, das Hinwegstreichen über den hinteren Tubenwulst deutlicher zu erkennen. Einen Einfluss auf die Isolirung des Politzer'schen Verfahrens nach einem Ohre hin, an den ich bei excessiver Drehung dachte, hat dieselbe nicht, da das Tubenlumen der verengerten Seite durch die Drehung nicht beeinflusst wird.

Einen weiteren Vortheil aber bietet die Methode bei der Untersuchung des Kehlkopfes. Der Sinus pyriformis ist bis auf den Grund sichtbar, was zur Diagnose kleiner Fremdkörper in demselben, wie zur Extraction solcher, von besonderer Bedeutung sein kann. Bei der Untersuchung des Kehlkopfes kann auch eine über 45° hinausgehende Drehung des Kopfes verwendet werden. Alsdann erscheint eine grössere Fläche des Stimmbandes der Seite, nach welcher der Kopf gedreht wird, im Spiegel, und es können eventuell Erkrankungen des Sinus Morgagni besser erkannt werden.

Die bei zufälligem schrägem Sitzen des Patienten physiologische, scheinbare Schiefstellung der hinteren Rachenwand hat schon zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben. Dr. Moritz Schmidt theilte mir mit, dass sie schon für Retropharyngealabscess gehalten worden sei. Anomalien der Wirbelkörper oder Erkrankungen derselben können vorgetäuscht werden.

Die Verwerthung dieses Verhaltens zur Untersuchung bietet nach dem Gesagten folgende Vortheile:

- 1) Einen besseren Einblick in die Choanen, das Ostium tubae und die Rosenmüller'sche Grube.
- 2) Eine, in manchen Fällen sehr willkommene Erleichterung des Catheterismus.
- 3) Einen vollständigen Einblick in den Sinus pyriformis, eventuell auch ein Hilfsmittel zur Erkenntniss einer im Sinus Morgagni vorhandenen Erkrankung.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische*):

Ueber einige Gehörstörungen in verschiedenen Lebensaltern. Von Gellé. (Sitzungsberichte der Société de Biologie zu Paris, 1888.)

Auf Grund seiner Untersuchungen ist G. zu folgenden Schlüssen gelangt:

1) Eine schnelle Abnahme des Vermögens, die Worte des Anderen zu verstehen, kann ihren Grund ebensowohl in einer Abschwächung der cerebralen Functionen, wie in einer im Gehörorgan selbst gelegenen Störung haben. 2) Das Erhaltenbleiben der Fähigkeit, die articulirte Sprache gleichsam abzulesen, kann — wenigstens beim Erwachsenen — eine bereits vorhandene Taubheit verdecken resp. dazu beitragen, die bereits bestehenden organischen Störungen prognostisch viel zu günstig zu beurtheilen. 3) Gleichzeitig deutet diese Fähigkeit darauf hin, dass der Sitz einer Läsion im gegebenen Falle nicht im Centrum, sondern im Ohre selbst gelegen ist; ist beim Erwachsenen also günstiger zu beurtheilen, als beim Kinde. 4) Hier involvirt der Verlust der Fähigkeit, das Wort des Gegenüber zu hören, fast unfehlbar gleichzeitig den Verlust der Sprache überhaupt, d. h. die betreffenden Personen, die in so früher Kindheit des Gehörs verlustig gegangen waren, werden gleichzeitig stumm, verlieren also die Fähigkeit, ihren Gedanken in genügend deutlichem Maasse Ausdruck zu geben. Trotzdem ist auch dieser in früher Kindheit erworbene Mangel heilbar. Besteht dagegen bei einem Erwachsenen ausser dem Verluste des Hörvermögens noch ein Mangel in der Fähigkeit, die Wortbilder aufzufassen, so deutet dies auf eine schwerere cerebrale Affection. Besteht diese nicht, so kommt die Intelligenz den Patienten zu Hilfe, so dass dieselben ohne grössere Schwierigkeit die Worte ihres Gegenüber gewissermaassen abzulesen vermögen. L.

Bericht über die in der Zeit vom 1. Januar 1887 bis 31. März 1888 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Von Prof. Dr. K. Bürkner.

Im angeführten Zeitraume von $\frac{5}{4}$ Jahren kamen 1428 Personen in Behandlung; davon waren 609 Kinder, 819 Erwachsene, männlich 852, weiblich 576 Personen. Es kamen auf die

Krankheiten des äusseren Ohres	24,8 pCt.,
" " Trommelfelles	10 "
" " Mittelohres	68,2 "
" " inneren Ohres	4,7 "

Geheilt wurden 51,4 pCt., gebessert 12,2 pCt., ungeheilt blieben 1,8 pCt., aus blieben 16,5 pCt., in Behandlung verblieben 8,9 pCt., gestorben sind 0,3 pCt. — Die Zahl der ausgeführten Operationen betrug 199. Gomperz.

*) Das in No. 12 der Monatsschrift 1888 enthaltene Referat: »Ueber die Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung« von J. Kessel (Jena) ist dem Centralbl. f. Chir. No. 50, 1888, entnommen und hat Herrn Dr. Koll (Aachen) zum Verfasser.

Apparat zur Luftdouche. Von Dr. Beerwald.

Unterscheidet sich von den üblichen Doppelballons mit Tretvorrichtung dadurch, dass der Tretballon von schwarzem Gummi gefertigt ist und der umspinnene Ballon grösseren Umfang hat. Gomperz.

Otitis durch Infection. Von Dr. L. Blau. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 26, XIX.)

Bl. findet grosse Aehnlichkeit zwischen den von Hessler mitgetheilten Beobachtungen über „Otitis durch Infection*“) mit den von ihm selbst beschriebenen Fällen einer besonderen Form der Otitis externa circumscripta**). Bl. hat bei seinen Patienten an das Vorliegen einer Infection nicht gedacht, ist jedoch nicht im Stande, diese Aetiologie von der Hand zu weisen. Gomperz.

Ein Beitrag zur scarlatinösen Otitis media. Von Dr. Voss in Riga. (Ibidem.)

Verf. weist darauf hin, dass der Verlauf der Otitiden bei Scarlatina nicht allein davon abhängt, ob frühzeitig die nothwendige Behandlung eingeleitet wurde oder nicht. Berücksichtige man die Zeit des Auftretens, so ergebe sich, dass die auf der Höhe der Scarlatina auftretenden Otitiden einen viel schwereren Verlauf haben, als die spät — erst in der dritten, vierten Woche — einsetzenden Formen. Unter diesen letzteren gäbe es wieder solche, welche in directer Abhängigkeit von einer scarlatinösen Nephritis stehen, bei Sinken der Harnmenge und Zunahme des Eiweissgehaltes exacerbiren, und welche heilen, wenn der Albumingehalt des Urins schwindet. Als vermittelndes Glied bei solchen Schwankungen denkt sich Verf. die Hyperämie der Rachenschleimhaut, die in ihrem Entwicklungsgrade von der bestehenden Nephritis abhängt. Gomperz.

Was vermag das menschliche Ohr ohne Steigbügel zu hören? Von E. Berthold in Königsberg. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XIX, 1.)

Zur Beantwortung vorstehender Frage liefert der Autor einen casuistischen Beitrag in der Krankengeschichte einer 38jähr. Frau, welche früher an doppelseitigem Ohrenflusse leidend, seit längerer Zeit beiderseits hochgradig schwerhörig war; im hinteren Abschnitte des rechten, zur Zeit unperforirten Trommelfells fand sich eine knochenharte Stelle, neben welcher bei Vornahme der Luftdouche die Membran einriss. Um die diagnosticirten Verwachsungen derselben mit der Labyrinthwand zu lösen, ging B. mit einem Synechotom an der Einrissstelle ein, wobei die vermeintlich verknöcherte Stelle im Trommelfelle eine Drehung schräg zur Fläche der Membran machte; das hierauf entfernte Knochenstückchen

*) Archiv für Ohrenheilkunde, Band 26, III.

**) Archiv für Ohrenheilkunde, Band 19, IV. Heft, Seite 206.

erwies sich als der vollständige Steigbügel, welcher mit der Platte im Trommelfelle angewachsen gewesen war; ein wässriger Ausfluss war nicht zu constatiren, dagegen stellte sich hochgradiger Schwindel unmittelbar nach der Operation ein, so dass P. nach Hause gefahren werden musste; die Coordinationsstörungen verloren sich nach 2 Tagen. Was nun das Hörvermögen anbetrifft, so ergab sich, dass die P. nunmehr auf dem rechten, des Steigbügels beraubten Ohre laute Sprache in der Nähe, und, nachdem die kleine Trommelfellücke durch ein Eihautstückchen verschlossen worden, Flüsterstimme in 15 Fuss Entfernung hören und verstehen konnte; eine Täuschung war um so sicherer ausgeschlossen, als P. links fast völlig taub war. Keller.

Ein Fall von Otitis media muco-purulenta mit endocraniellen Complicationen. Bemerkungen über die Pathogenese der letzteren.
Von P. Styx in Hörter. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XIX, 3.)

Die Arbeit berichtet von einem neuen Falle von Neuritis optica bei Mittelohrentzündung (cf. diese Monatsschrift No. 6, 1888). Ein 21jähr. Patient, bei welchem unter deutlichen Symptomen von Hirnhautentzündung ein alter schleimig-eitriger Ohrenfluss neuerdings beiderseits, besonders stark aber rechts bei kleiner, ungünstig gelegener Perforation aufgetreten war, zeigte zu Anfang der 3. Krankheitswoche rechterseits Abducenslähmung sowie Neuritis optica mässigen Grades, welche Erscheinungen unter Nachlass des Fiebers und der Otorrhoe sich mit der 4. Woche wieder völlig verloren; links, wo die Entzündung des Mittelohres eine geringere und der Ausfluss ein unbehinderter war, fehlte jede weitere Complication. Der Autor glaubt, für das Zustandekommen der rechtsseitigen Hirnerscheinungen eine Fortleitung der Entzündungserreger von der mit Secret übermässig angefüllten Paukenhöhle her durch die vielleicht dehiscente oder sehr dünne Knochenwand nach dem carotischen Canal und längs der Carotis int. nach der Dura sowohl, als auf den Sinus cavernosus annehmen zu dürfen; die Lähmung des Abducens erkläre sich durch seine Lage an der Aussenseite der Carotis, während die Neuritis opt. auf eine Stauung in den Venae ophthalm. in Folge Thrombose des Sinus cavern. zurückzuführen wäre. Diese letztere Annahme dürfte zwar durch den von Sesemann geführten Nachweis, dass die Ven. ophthalm. sich nicht nur in den Sinus cavern., sondern auch zum grossen Theil in die Vena facial. ant. entleeren, so dass „selbst völlige und dauernde Compression des Sinus cavern. keine Blutstauung im Auge hervorruft“, hinfällig sein, jedoch bedarf es auch dieser Annahme um so weniger, als durch die Arbeiten von Leber und Deutschmann*) der Nachweis geführt sein dürfte, dass die sogen. Stauungspapille überhaupt nicht auf Stauung beruht, vielmehr stets entzündlicher Natur ist, insofern nämlich dieselbe allemal durch Hineingelangen entzündungserregender Stoffe in die Opticusscheidenräume hervorgerufen wird, eine Annahme, die für den vorliegenden Fall bei den ausgesprochenen Symptomen einer Meningitis ohne Bedenken Geltung finden dürfte. Keller.

*) Deutschmann, »Ueber Neuritis optica etc.«, Jena 1887.

Drei Fälle von vorübergehendem beiderseitigen horizontalen Nystagmus im Verlaufe von eitriger Mittelohrentzündung. (Three Cases of Transient Bilateral Horizontal Nystagmus Occurring in Connection with Purulent Inflammation of the Middle Ear.) Von Charles J. Kipp in Newark, N.-J. (Sep.-Abdruck aus den Transactions of the American Otological Society 1888, 18 Seiten.)

1. Fall. 28jähr. Mann. Chronische eitrige Entzündung des Mittelohrs beiderseits. Acute Exacerbation auf der linken Seite mit heftigem Schmerz im Warzenfortsatz und in der linken Kopfhälfte. Starkes Schwindelgefühl, Uebelkeit und Erbrechen. Durch vier Tage anhaltender binocularer horizontaler Nystagmus. Aufhebung des Riechvermögens. Genesung. — Es werden die einschlägigen Beobachtungen von Bürkner und Urbantschitsch citirt, ferner die Fälle von J. Hughlings Jackson, Jacobson, Gruber und Moos, bei welch' letzteren es sich jedoch um nichteitrige Prozesse handelte.

In diesem ersten Falle Kipp's war der Nystagmus spontan aufgetreten. In den nun folgenden zwei Fällen zeigte er sich nur während gewisser äusserer Manipulationen.

2. Fall. 28jähr. Mann. Acute eitrige Mittelohrentzündung auf der linken Seite. Grosser Abscess unterhalb des Warzenfortsatzes. Heftiges Schwindelgefühl. Beim Ausspülen des Abscesses tritt vorübergehend bilateraler horizontaler Nystagmus auf. Genesung.

3. Fall. 25jähr. Mann. Acute eitrige Entzündung des rechten Mittelohrs. Empyem des Warzenfortsatzes. Beim Hineinpresse des Tragus in den äusseren Gehörgang und später auch bei Druck auf den Warzenfortsatz bilateraler horizontaler Nystagmus, der beim Aufhören des Druckes noch 1—2 Minuten anhält. Genesung. — Fälle, bei welchen unter ähnlichen Umständen Nystagmus auf dieselbe Weise hervorgerufen werden konnte, sind von Schwabach, J. Hughlings Jackson und Bürkner veröffentlicht worden.

In allen drei Fällen K.'s ergab die vorgenommene Augenspiegeluntersuchung normalen Befund.

Zur Erklärung des Auftretens von Nystagmus unter den angegebenen Verhältnissen werden die Thierexperimente von Flourens und besonders die von Cyon und von Högyes herangezogen. (Vergl. auch die Arbeit von Bechterew: „Ueber die Verbindung der sogenannten peripheren Gleichgewichtsorgane mit dem Kleinhirn“, referirt in dieser Monatsschr., November 1884. Ref.)

A. Sch. (N.-Y.)

Die Differentialdiagnose zwischen peripherischen und centralen Erkrankungen des Gehörorganes. Von D. B. St. John Roosa in New-York. (In der neurolog. Section der N.-Y. Academy of Medicine gehaltenen Vortrag. — New-Yorker Medicin. Presse, Mai und Juni 1888.)

Verf. recapitulirt am Schluss:

„1) Man bestimme den Einfluss geräuschvoller Umgebung auf das Gehör und die Empfindlichkeit des Patienten. Wenn der Lärm die Hörfkraft verstärkt oder doch nicht verringert, so handelt es sich ausschliesslich um ein peripheres Leiden. Dasselbe ist jedoch centraler Natur, wenn Lärm das Gehör verringert.“ (Labyrinthkrankungen rechnet Verf. zu

den centralen Leiden.) „Wenn der Lärm dem Patienten wehe thut, so lässt dies ebenfalls sehr stark ein centrales Gehörleiden vermuthen.“

„2) Man beobachte, ob in einem stillen Zimmer die Taschenuhr schlecht, die Unterhaltung aber ziemlich gut gehört wird. Dies ist meistens bei centralem Gehörleiden der Fall.“

„3) Man prüfe die Luft- und die Knochenleitung mittelst einer Stimmgabel (C₁ oder C₂). Wenn die Schwingungen besser und anhaltender durch Knochenleitung gehört werden, so ist nur ausnahmsweise kein peripheres Leiden vorhanden. Wenn sie aber besser durch Luftleitung vernommen wird, so ist der Sitz des Leidens entweder im Labyrinth, im Nerven selbst oder in dessen Centrum im Gehirne.“

Diese Sätze gründen sich auf ausgedehnte und sorgfältige klinische Beobachtungen. A. Sch. (N.-Y.)

Abscess des Kleinhirns ex otitide. (On Abscess of the Cerebellum Following Suppurative Otitis Media.) Von F. C. Bressler. (Med. Times, Philadelphia, 1. August 1888. Ref. im Medical Analectic, 6. Dec. 1888.)

19jähr. Knabe, leidet seit früher Kindheit an Otorrhoe. Schmerz in der Gegend des linken Warzenfortsatzes, bedeutende Gehörbeeinträchtigung. Nach 4 Tagen Eröffnung eines Abscesses über dem linken Proc. mastoideus. Hierauf heftiger Stirnkopfschmerz, Anorexie, stark belegte Zunge. Am siebenten Tage Krämpfe auf der linken Seite des Halses, so dass Patient den Mund nicht gut öffnen kann. Facialisparesie links. Linke Pupille erweitert, Abducenslähmung. Anhaltende Obstipation, Temperatur niemals bedeutend erhöht. Klagt über heftige Schmerzen in der Gegend der Hals- und der oberen Brustwirbel. Keine Motilitätsstörung der Extremitäten nachweisbar. Tod nach 24stündigem Coma. — In der linken Kleinhirnhälfte fand sich ein hühnereigrosser Abscess, welcher mit der erodirten hinteren Oberfläche des Felsenbeins mittelst eines Fistelganges communicirte. In dem linken Sinus lateralis und der Vena jugularis interna organisirte Thromben. A. Sch. (N.-Y.)

Abscess des Kleinhirns ex otitide. (On Abscess of the Cerebellum Caused by Disease of the Ear.) Von T. C. Smith. (Journal of the Amer. Medical Assoc., 18. Februar 1888. — The Medical Analectic, 6. December 1888.)

15jähr., farbiges Mädchen, Otorrhoe seit früher Kindheit nach Masern. Leidet an häufigen Kopfschmerzen. Status praesens im August 1887: Beharrliche Obstipation, Temperaturerhöhung und herabgesetzte Pulsfrequenz. Gelegentlich Convulsionen. Am 15. September Coma und bald darauf Tod. — Bei der Obduction fand man das Felsenbein in der Gegend des Porus acusticus internus necrotisch, die Dura mater hier adhärent. Im Grosshirn nichts Abnormes. Die linke Kleinhirnhemisphäre war in einen Abscess verwandelt. A. Sch. (N.-Y.)

Abscess des Kleinhirns ex otitide. (On a Case of Abscess of the Cerebellum from Ear Disease.) Von J. O. Greene. (Boston Med. and Surg. Journal, 31. Mai 1888. — The Medical Analectic, 6. Decbr. 1888.)

Pat. war vor 15 Jahren durch einen Pferdehufschlag in der rechten Schläfengegend verletzt worden; seither Otorrhoe. Während der letzten

5 Monate, welche verflossen waren, ehe er in Behandlung trat, hatte er viel an Schmerzen in der rechten Schläfegegend zu leiden. Facialisparese, Erbrechen. Appetit vermindert, Sensorium frei, keine Stuhlverstopfung. Nach Entfernung von Ohrpolypen hörten Kopfschmerz und Erbrechen 2 Tage lang auf. Keine Druckempfindlichkeit über dem Warzenfortsatz. Kopfschmerz und Erbrechen kehrten wieder. Somnolenz, leichte Delirien. Rechte Pupille reagirt nicht prompt. Temperatur fortwährend normal, Puls von 52—85 variirend. In den letzten 8 Tagen vor dem Tode beharrliche Obstipation. — In der rechten Kleinhirnhemisphäre fand sich ein wallnussgrosser, glattwandiger Abscess. Das Gehirn sonst normal. Die Zellen des Warzenfortsatzes waren in einen grösseren Hohlraum verschmolzen, der von einer grauen, übelriechenden, krümeligen Masse angefüllt war. Das Felsenbein war in der Gegend der Eintrittsstelle des Facialis cariös.

A. Sch. (N.-Y.)

b) Rhinologische:

Zur Aetiologie der Unterleibsbrüche. Von W. Freudenthal in New-York. (New-Yorker med. Presse, October 1888)

In seinem Aufsatz: „Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und. des Nasenrachenraumes mit Unterleibsbrüchen“, welcher in dieser Monatsschrift erschien (1887, No. 11 u. ff.), hat F. den statistischen Beweis des genannten ätiologischen Zusammenhanges angetreten. In einer Besprechung der F.'schen Arbeit im „Medical Record“ wurde ihm vorgehalten, dass, wenn seine Behauptungen richtig wären, dann müssten in den Ländern, wo Nasenerkrankungen häufiger sind, auch die Unterleibsbrüche eine grössere Frequenz aufweisen. Dies sei aber in Bezug auf Nord-Amerika, wo der Retronasalcarrh bekanntlich eine so grosse Rolle spielt, nicht zutreffend, denn hier wurden während des Bürgerkrieges unter 1000 Rekruten nur 50 wegen Bruchschadens zurückgewiesen, während die entsprechende Durchschnittszahl in Deutschland 82, in Frankreich 65, in Italien 76 beträgt.

Da in Deutschland keine officiellen Berichte über diesen Gegenstand veröffentlicht werden dürfen, so bleibt es räthselhaft, woher die betreffende Angabe im „Med. Record“ stammt. Nach amtlichen Berichten, die F. reproducirt, ist das Verhältniss der wegen Hernie zurückgestellten Rekruten in Oesterreich nur 14 : 1000, woraus mit grosser Wahrscheinlichkeit zu schliessen ist, dass die vom „Med. Record“ für Deutschland angegebene Ziffer (82 : 1000) viel zu hoch gegriffen ist. Ueber die Frequenz der Hernien in Frankreich und Italien hat F. nichts in Erfahrung gebracht. Andererseits aber citirt er de Garmo in New-York, der sich speciell mit Brüchen viel befasst hat, und welcher die Anzahl der mit der einen oder der andern Form von Unterleibsbrüchen behafteten Menschen in Nord-Amerika auf nicht weniger als 5 Millionen schätzt. Hier-nach müssen also die vom „Med. Record“ vorgebrachten Ziffern modificirt werden, und dadurch wird der von diesem Blatte postulierte Beweis in der That geliefert.

Durch Zusammenstellung der Resultate der Untersuchungen von Semeleder, Zuckerkanal, Theile, M. Mackenzie, P. Heymann,

Delavan, E. C. Morgan, F. Donaldson jr. und J. N. Mackenzie einerseits, und Knox und John A. Kingdon, ferner des Berichtes des Provost-Marshal-General der Ver.-Staaten-Armee andererseits kommt F. zu der interessanten Schlussfolgerung, dass Neger, nordamerikanische Indianer und andere Menschenrassen, bei deren Schädeln keine Verkrümmungen der Nasenscheidewand vorzukommen pflegen, auch so gut wie gar nicht an Hernien leiden.

Zum Schluss bemüht sich F. nachzuweisen, dass es nicht die körperlich schwer arbeitenden Volksclassen sind, die speciell zu Unterleibsbrüchen disponiren, wie das noch vielfach angenommen wird, sondern dass es gerade diejenigen Leute sind, deren Beschäftigung zugleich eine Disposition zu chronisch-catarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege schafft, also Leute, deren Beruf sie den grössten Theil ihres Lebens an geschlossene, schlecht ventilirte Räume fesselt, oder aber auch solche, die von früher Kindheit an mit Catarrhen behaftet waren. Er führt nach Knqx (Edinb. Med. and Surg. Journal, 1836) das Beispiel der äusserst trägen Capcolonisten an, bei welchen aber doch jeder dritte Mann mit einer Hernie behaftet ist. Nach den Tabellen des Provost-Marshal-General der Ver.-Staaten-Armee wurden unter je 1000 Untersuchungen wegen Hernien abgewiesen: Gerber 29,4, Kupferschmiede 32,7, Eisenarbeiter 32,0, dagegen Gastwirthe 101,5, Redacteurs 95,8, Graveure 98,1, Zahnärzte 79,0 etc., woraus hervorgeht, dass der alte Glaube, wonach anstrengende Arbeit, die viel Muskelthätigkeit erfordert, die hauptsächlichste Disposition zu Hernien abgiebt, unrichtig ist, und dass hierbei vielmehr ganz andere Factoren ausschlaggebend sind.

(Es liegt hier der Einwand nahe, dass Leute, welche zur Zeit ihrer Berufswahl schon an einer Hernie laboriren, sich wohl kaum je dazu entschliessen, Kupferschmiede oder dergl. zu werden, wohl aber Graveure u. s. w. Dann ist es also die Hernie, welche sozusagen den Graveur creirt, und nicht umgekehrt der Graveurberuf, welcher die Hernie hervorbringt. Da die Tabellen aus dem Berichte des Provost-Marshal-General keine Angaben über den Zeitpunkt des ersten Auftretens der Hernie enthalten, so sind sie zur Entscheidung der von F. angeregten Frage von zweifelhaftem Werthe. Ref.)

A. Sch. (N.-Y.)

c) Pharyngo-laryngologische:

Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori. Von Dr. Moritz Schmidt. (Berl. klin. Wochenschr. No. 50, 1888.)

Verf. hat seit einiger Zeit behufs Feststellung von Eiteransammlung im Antrum Highmori ein Verfahren angewendet, das seiner Ansicht nach allen diagnostischen Anforderungen entspricht; es ist dies die Probenpunction durch die fast ohne Ausnahme sehr dünne Scheidewand zwischen Antrum und Nase.

Sein Verfahren ist folgendes: Er legt zunächst in den unteren Nasengang unter das vordere Ende der unteren Muschel einen ganz kleinen Wattebausch, trinkt ihn dann mit 20 procentiger Cocainlösung und lässt ihn so 10 Minuten liegen. Mit einer Pravaz'schen Spritze hebt er dann

das vordere Muschelende etwas in die Höhe und sticht in schräger Richtung, in der Richtung etwa nach der äusseren Ohröffnung zu, ein. Gelingt es an der einen Stelle nicht gleich, so versucht er es an einer nahen, etwas höheren oder weiter hinter gelegenen Stelle. In den meisten Fällen kann man an einer oder der anderen Stelle sehr leicht durch die Wand bohren und dann sofort dem Patienten den Inhalt seiner Kieferhöhle ad oculos demonstrieren. — Selbstverständlich muss die Spritze sorgfältig desinficirt sein. — Verf. nahm zuerst gerade Canülen, etwa doppelt so dick und so lang, wie die gewöhnlichen, und ging dann also schräg ein, indem er die Canüle möglichst an das Septum andrängte. Später fand er es für practischer, besonders bei Verbiegungen des Septums, eine vorne etwa wie ein Ohrcatheter gekrümmte Canüle anzuwenden; er liess dieselben auch noch dicker machen, da mitunter die Scheidewand doch auch dicker sein kann und eine etwas grössere Kraftanwendung dazu gehört, um durchzustossen. Die Spitzen dieser Canülen dürfen nicht zu fein sein, sondern mehr rundlich und scharf, wie mit einer kleinen abgerundeten Schneide versehen, sonst brechen die äussersten Spitzen leicht ab.

Schmerzen macht die in dieser Weise ausgeführte Operation fast keine, ebensowenig hat Verf. sonstigen Schaden davon gesehen. In den meisten Fällen wird man Eiter erhalten, vielleicht auch kleine Stückchen von Geschwülsten behufs microscopischer Untersuchung dabei gewinnen.

In den letzten 5 Monaten hat Verf. in 16 Fällen die Diagnose Empyem gestellt, darunter ein doppelseitiges, einmal hat er colloide Flüssigkeit gefunden, 12 Mal die Probepunction mit negativem Erfolg ohne nachfolgenden Schaden gemacht. In Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens kann Verf. die bezüglichen Angaben Ziem's bestätigen.

Die Erscheinungen, welche den Verdacht auf Erkrankungen der Kieferhöhle erwecken, sind nach Verf. vor Allem Kopfschmerzen, halbseitige, meist in der Stirn über der Nasenwurzel, so dass man eher an eine Erkrankung der Stirnhöhle zu glauben geneigt wäre, zeitweilig auftretende, manchmal nur sehr kurz dauernde subjective, üble Geruchsempfindungen, objectiv Eiteransammlungen im mittleren Nasengang und im Hiatus semilunaris.

Betreffs der Aetiologie der Erkrankung neigt Verf. zu der Ansicht, dass das Uebel in den meisten Fällen von schlechten Zahnwurzeln ausgeht, da gerade auch die seit längerer Zeit zahnlosen Kranken sicher schlechte Zähne gehabt haben. In einem Falle war der zweite Schneidezahn die Ursache. Die Fortpflanzung einer Entzündung der Nasenschleimhaut auf die Kieferhöhle ist nach Verf. zwar sehr gut denkbar, doch hat er keinen beweisenden Fall gesehen.

Die Behandlung besteht darin, dass man dem Eiter möglichst freien Abfluss und den desinficirenden Einspritzungen Zugang verschafft. Da dieselbe eine meist Monate lang dauernde ist, so sollte sie nach Verf. so eingerichtet werden, dass der Patient die Einspritzungen selbst machen kann, wie das z. B. für auswärts wohnende Patienten unbedingt nothwendig ist, da sonst für dieselben die Monate lang dauernde Behandlung kaum durchführbar ist. Aus diesem Grunde, und weil die Entleerung nie so vollständig sein kann, hält Verf. die von Störck und Hartmann empfohlenen Einspritzungen durch die natürliche Oeffnung des Antrums nicht für gut, vielmehr empfiehlt er das Eingehen durch den unteren

Nasengang und die Alveolen. Das Anlegen einer Oeffnung im unteren Nasengang mittelst des Mikulicz'schen Instrumentes hat Verf. mehrfach ausgeführt, dasselbe giebt aber eine zu gerissene Oeffnung, und das Instrument ist bei engen Nasen überhaupt nicht zu gebrauchen. Er hat nun mit Erfolg einen Lochbohrer von 5 Mm. Durchmesser mit 2 Schneiden, ähnlich den bei Schreibern zum Löcherbohren in Holz üblichen, in einem Drillbohrer gebraucht. Die Ausspülungen kann man sehr gut mittelst eines Ohr catheters machen. Der Nachtheil besteht darin, dass es selbst intelligenten Patienten schwer fällt, die Einführung des Catheters in die gemachte Oeffnung zu lernen, und die Ausspülungen daher immer vom Arzte selbst gemacht werden müssen. Selbst Collegen, die nicht gewohnt sind, sich mit derartigen Nasenoperationen zu beschäftigen, lernen es oft nicht, den Catheter einzuführen. In den letzten Fällen ist Verf. daher wieder zu der alten Methode zurückgekehrt, die Oeffnung im Alveolarfortsatze anzulegen. Dies habe jedenfalls den grossen Vortheil, dass die Ausflussöffnung an der tiefsten Stelle zu liegen kommt, und dass die Pat. die Ausspülungen selbst und dadurch auch mehrere Male am Tage machen können. Vor Allem soll man die Oeffnung nicht zu klein machen, sondern 3—4 Mm. gross. Ferner hält Verf. es für zweckmässig, von der Alveole des krankmachenden Zahnes aus, wenn er zu finden ist, einzugehen. Die Operation ist sehr einfach mittelst eines Drillbohrers, noch besser mit einer amerikanischen Bohrmaschine zu machen. Schwieriger ist es bei zahnlosen Kiefern. Dann macht Verf. in der Gegend des zweiten Bicuspidis, nach Cocainisirung, einen Querschnitt, präparirt die Lappen etwas los, und da ein grösserer Bohrer schwerer haftet, so bohrt er mit einem kleinen erst einen schräg etwas medianwärts gerichteten Richtungs canal und dann den endgiltigen, 4 Mm. weiten. Nachher legt er ein rein silbernes Röhrrchen mit kleiner Platte unten ein. Dasselbe muss 2 Ctm. lang sein und darf seitlich keine Löcher haben, da in diese Granulationen hineinwachsen, welche das Lumen verstopfen. Die Weite beträgt auch 4 Mm. In der unteren Platte ist ein kleines Loch, um das Röhrrchen mittelst eines Drahtes oder Fadens an einen Nachbarzahn anbinden zu können. — Noch zweckmässiger ist, um das Röhrrchen einerseits in der Lage zu erhalten und andererseits das Eindringen von Speisen zu verhindern, vom Zahnarzte eine geeignete Platte für jeden Fall machen zu lassen, welche die untere Oeffnung schliesst.

Statt des Röhrrchens die Zahnplatte mit einem Stifte zu versehen, der den Gang offen hält, das hält Verf. nicht für so gut; die Einführung der Platte sei schwerer und reize die Umgebung des Ganges unnöthiger Weise.

Auf diese Art ist es jedem Patienten leicht möglich, sein Antrum 2 auch 3 Mal am Tage auszuspülen mit einer körperwarmen, desinficirenden Flüssigkeit, welche mittelst eines spitzen Spritzchens oder Irrigators eingespritzt wird. Verf. benutzt meist Bor- oder Kali hypermanganicum-Lösungen. . . . r.

Ueber Pharyngomycoosis. (Contribution à l'étude de la pharyngomycoose.) Von Dr. Lober. (Bulletin médical du Nord No. 6, 1888.)

Eine übrigens gesunde Frau klagte seit 6 Monaten über leichte Schlingbeschwerden. In den Fossis glossoepiglotticis, zwischen den

grossen Zungendrüsen, lagen 15 — 20 hellweisse, mit breiter Basis aufsitzende, nach oben zugespitzte, ungefähr 3 Mm. lange, nadelförmige Gebilde; sie wurden mit einer Larynxpincette mit Gewalt entfernt; die Basis wurde mit Jodglycerin gepinselt; ein Recidiv trat nicht ein.

Die Präparate wurden in einer schwachen Kalilösung erweicht und klar gemacht; auseinandergezerrt, wurden sie mit Fuchsin oder Methylblau gefärbt, dann durch Alcohol entwässert und in Canadabalsam untersucht. Andere Präparate wurden ohne vorherige Färbung direct in Glycerin untersucht.

Fränkel (1873) hat das Leiden zuerst als parasitäres, durch den Leptothrix bedingtes Leiden beschrieben; Hering's Versuche der Impfung sind misslungen, die Contagiosität ist nicht bewiesen, obwohl sie wahrscheinlich ist.

Dr. P. K.

Salol bei Hals- und Ohrenkrankheiten. Von Max Thorner in Cincinnati. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 10. December 1887.)

Verf. hat Salol mit gutem Erfolge bei acuter Pharyngitis, namentlich derjenigen rheumatischen Ursprungs, ferner bei Tonsillitis follicularis und parenchymatosa angewandt. In allen Fällen wurden die subjectiven Symptome bald gebessert, das Schlucken ging oft schon nach 2 Dosen ohne Schmerzen vor sich, und die gegen Abend sich einstellende Ruhelosigkeit machte meistens ruhigem Schläfe Platz. In Fällen von Torticollis rheumatica verschwand der Schmerz in den Halsmuskeln bald und der steife Hals war innerhalb 18—24 Stunden wieder gut beweglich.

In Fällen von Otagia nervosa ohne Complicationen bewährte sich Salol gleichfalls. Auch in einem Falle von chron. Otitis media purulenta, in welchem die Patientin an hartnäckigen, reissenden Schmerzen in und hinter den Ohren litt, trat die schmerzlindernde Wirkung des Salols nach zweitägigem Gebrauche ein.

Die Dosen waren 0,65 bis 1,0 drei bis vier Mal täglich. Von localer Anwendung als Gurgelwasser in 6 pCt. alcoholischer Lösung hat Verf. keinen Vortheil gesehen.

—r.

Ein Fall von Diphtheritis mit Manie. (Sur un cas de diphthérie avec manie.) Von Dr. Montefusco. (Archivii italiani di Laringologia und Revue mensuelle de laryngologie No. 5, 1888.)

Eine 33jährige Frau bekommt am 4. Tage der Diphtheritis psychische Störungen, welche von der Melancholie in Tollwuth ausarteten. Dabei war die Temperatur fortwährend gesunken; die Heilung der Diphtheritis ging mit dem Schwinden der psychischen Störungen gleichen Schritt. Patientin wusste bei ihrer Heilung nichts von dem Vorgefallenen.

Dr. P. K.

Verhältniss der Diphtheritis beim Thier zu der beim Menschen. (Relation de la diphthérie de l'animal avec celle de l'homme.) Von Dr. Delthil. (Société de médecine pratique, Februar 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 7, 1888.)

Gestützt auf 13 Fälle, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die Identität der Thierdiphtheritis und der Menschendiphtheritis ist sehr

wahrscheinlich. 2) Die Uebertragung vom Thier auf den Menschen ist wahrscheinlich. 3) Es ist unmöglich, dass die Diphtheritis von einer dritten Person, welche nicht angesteckt und folglich gesund geblieben ist, auf eine zweite übertragen wird.

Dr. P. K.

Ueber phonischen Stimmritzenkrampf. (Sur le spasme phonique de la glotte.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies du larynx No. 3, 1888.)

Verf. erzählt 2 Krankengeschichten, eine 63jährige Schulschwester und ein 18jähr. Mädchen betreffend; beide waren ausgesprochene Fälle des Leidens; letzteres ist leicht, ja ohne Laryngoscop, zu erkennen; ob die sehr oft nebenbei bestehende Hypertrophie der Glandula thyroidea in ursächlichem Verhältniss zu dem Leiden steht, ist nicht bewiesen; jedenfalls fällt das häufige Zusammentreffen der beiden auf. Die Ueberanstrengung der Stimme gilt jedenfalls nicht als alleinige Ursache, weil bei der zweiten Kranken gar keine Ueberanstrengung des Larynx stattgefunden hatte. Folgt die Beschreibung der Krankheit im Allgemeinen und der 2 Krankheitsfälle im Besonderen. Die Prognose ist schlecht. Die beiden Kranken des Verf.'s wurden ebenfalls nicht geheilt.

Dr. P. K.

Primäre circumscripste oedematöse Epiglottitis. (Epiglottite oedémateuse circonscrite primitive.) Von Dr. Albert Ruault. (Arch. de laryngologie, de rhinologie etc. No. 2, 1887.)

Eine 26jährige Frau zeigte an der hinteren Epiglottisfläche eine umschriebene oedematöse Entzündung, welche Anfangs mit einer Cyste verwechselt wurde; da die Punction der vermeintlichen Cyste nicht gelang, wurde mehrmals mit dem Galvanocauter gebrannt, worauf Heilung erfolgte.

Das acute und subacute Larynxoedem ist selten an dieser Stelle localisirt; gewöhnlich ist die Epiglottis als Ganzes, und sind namentlich die aryepiglottischen Falten, besonders nach Verbrennungen, oedematös angeschwollen. Dasselbe gilt von der phlegmonösen Epiglottitis. Verf. glaubt, dass die in Rede stehende Affection viel häufiger ist, als allgemein angenommen wird, weil bei leichten Larynxstörungen nicht immer laryngoscopirt wird. Der rasche Verlauf und der Schmerz beim Schlingen würden dann die Differentialdiagnose mit Epiglottiscyste erlauben; übrigens sitzen die Cysten dem freien Epiglottisrande näher. Die galvanocaustische Behandlung scheint in solchen Fällen die beste zu sein.

Dr. P. K.

Ueber Larynxerysipel. (De l'érysipèle du larynx.) Von Dr. Massei. (Il Morgagni, November 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4.)

Verf. betont die relative Häufigkeit des primären Larynxerysipels; solche Fälle sind fälschlich als acutes Glottisoedem bezeichnet worden. Verf. unterscheidet zwei Formen: Die erste, bei welcher die localen Erscheinungen die einzigen Symptome bilden, die zweite, bei welcher die allgemeinen Symptome vorherrschend sind. Eis innerlich und äusserlich, starke Drastica, Excitantien (wenn nöthig), Scarificationen, Tracheotomie bilden die Hauptfactoren der Behandlung.

Dr. P. K.

Acute Laryngitis subglottica. (Sur la laryngite sous-glottique aigue.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des mal. du larynx No. 3, 1888)

Chronische Beispiele obigen Leidens sind öfters beschrieben worden; acute Fälle sind sehr selten; es wird ein solcher acuter Fall bei einem 35jähr. Mädchen beschrieben. Das ursächliche Moment war eine starke Erkältung; das laryngoscopische Bild war pathognomonisch; Bepinselungen mittelst Chlorzink (1:30) und Inhalationen von Chlorzink (Zinci chlorati 0,50, Acid. muriat. 2 gtt., Glycerin. 30, Aqu. dest. 300) brachten Heilung. Folgt eine genaue Beschreibung des Leidens, welches in den meisten Handbüchern, ja selbst den Specialwerken kaum angedeutet ist. Diese Symptomatologie wird am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

Ueber die Neubildung der Lymphgefäße im Kehlkopf. (Sur la néoformation des vaisseaux lymphatiques dans le larynx.) Von Dr. O. Masini. (Archivii italiani di laringologia, Januar 1888 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Verf. sucht diese dunkle Frage durch Experimente auf der an Lymphgefäßen so reichen Epiglottis des Hundes zu beleuchten. Die Lymphgefäße bilden sich erst lange nachdem sich die Blutcapillare gebildet haben, wenn das Bindegewebe schon längst ausgebildet ist. Also in Granulationsgewebe dringt die durch die benachbarten Lymphgefäße injicirte, mit Berliner Blau gefärbte Flüssigkeit nicht. Die Lymphgefäße bilden sich in den Interstitien des Bindegewebes, dessen Zellen sich anhäufen, um das Endothelium der Lymphgefäße zu bilden, in dem Moment blos, wo sich eine Lymphcirculation gebildet hat.

Dr. P. K.

Die locale Behandlung der tuberculösen Larynx-Phthise. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 3. November 1888 von Dr. Beschorner.

Nach einem historischen Rückblick auf Entstehung und Feststellung des Begriffes „tuberculöse Larynx-Phthise“, aus welchem ersterem hervorgeht, dass man von einer „tuberculösen Larynx-Phthise“ nur erst sprechen kann, seit namentlich Hasse 1841 und Rokitansky 1842 den miliaren Tuberkel in der Kehlkopfschleimhaut sicher nachgewiesen und seinen deletären Einfluss nicht nur auf diese allein, sondern unter Umständen auf sämtliche Gewebe aller Kehlkopfgebilde betont haben, präcisirt Redner seinen diesbezüglichen Standpunkt dahin, dass er unter genannter Krankheit „einen zumeist an Lungentuberculose anschliessenden Zerstörungsprocess im Kehlkopfe versteht, der nach Invasion von Koch'schen Bacillen in die Gewebe durch einen Zerfall dieser letzteren in Folge von Bildung miliarer Tuberkel und tuberculöser Infiltration hervorgerufen wird“.

Hierauf geht B. auf die verschiedenen Behandlungs-Methoden über, wie sie seit Trousseau und Belloc bis auf die neueste Zeit geübt worden sind und kritisiert dieselben zumeist auf Grund eigener Erfahrungen. Eine besondere Würdigung lässt er der chirurgischen und Milch-

säure-Behandlung zu Theil werden, als deren Autoren insbesondere Moritz Schmidt, Heryng und Krause angesehen werden müssen. Mit ihr erzielte auch B. schöne Erfolge, nur beklagt er, bei ersterer namentlich, dass sie sich weniger für die ambulante, sondern weit mehr und unter Umständen nur allein für die Lazareth-Behandlung eigene, ein Mangel, von dem er Abhilfe durch nach und nach sich mehrende Einrichtung von Special-Abtheilungen in Krankenhäusern erhofft.

Redner verbreitet sich weiter über die Prophylaxe der Kehlkopfphthise bei bestehender Lungentuberculose, wobei die Allgemeinbehandlung (deren umfassendste Berücksichtigung bei jedweder Behandlungsmethode selbstredend eine *Conditio sine qua non sei*), insbesondere auch die mit Creosot, eingehender besprochen wird, ferner über primäre Larynx-Phthise, über Statistik der Larynx-Phthise überhaupt, der Möglichkeit und Art ihrer Heilung, der Spontanheilung und ihrer Beständigkeit.

Nach kurzer Besprechung der Diagnose, insbesondere deren Schwierigkeit bei Coexistenz von Syphilis, welche unter allen Umständen eine antisiphilitische Kur erheische, geht er zu den chirurgischen Eingriffen über, wie sie namentlich im dritten Stadium der Larynx-Phthise, dem der Eiterung und Necrose sich nothwendig machen, und illustriert seine Schilderungen mit Beispielen aus eigener Thätigkeit auf diesem Gebiete während zweier Jahrzehnte. Vortreffliche Resultate sah B. von den submucösen Cocain- bzw. Morphium-Injectionen bei quälenden Schlingbeschwerden in Folge ödematöser Infiltration und Ulceration der Epiglottis oder Aryknorpel, wie sie von Heryng empfohlen wurden.

Endlich erwähnt der Vortragende noch die tuberculösen Larynx-Tumoren, aus Tuberkel-Conglomeraten gebildeten Geschwülsten mit intacter Schleimhaut, davon auch ihm ein Fall in seiner Praxis vorgekommen, widmet ferner seine Aufmerksamkeit der Larynx-Phthise bei Kindern, der Seltenheit ihres Vorkommens bei diesen, der Schwierigkeit ihrer Behandlung, der Ungunst ihrer Prognose und kommt zu dem Schlusse:

Durch die locale, namentlich chirurgische Behandlung der Kehlkopf-Phthise sind wir eventuell im Stande, Heilung zu erzielen. Da aber eine energische und wirksame derartige Behandlung, als Prärogative des Specialisten, der Natur der Sache nach unter jetzigen Verhältnissen nur einem kleinen Procentsatze der grossen Zahl von Larynx-Phthisikern, nicht aber der Allgemeinheit, den breiten Schichten des Volkes, insbesondere der Landbevölkerung, zu Gute zu kommen vermag, diese zudem, wenn sie wirklich erfolgreich sein soll, untrennbar ist von einer gleichzeitigen rationellen Allgemeinbehandlung, welche nach heutigem Stande der Tuberculosen-Frage der Hauptsache nach in Transferirung der Kranken in geeignete atmosphärische und Ernährungs-Verhältnisse zu bestehen hat — dies aber wiederum Postulate sind, welche für die Allgemeinheit und Armuth zumeist unerfüllbar — so müssen wir Mittel und Wege ausfindig zu machen suchen, diesen weitgehendsten Desideraten zu entsprechen, und dürften als solche: Volks-Sanatorien auf dem Lande oder in waldreicher, hochgelegener Gegend, oder an der See zu erachten sein, nach Art und Einrichtung der bereits existirenden, jetzt aber zumeist nur Wohlhabenden zugänglichen, geschlossenen Heilanstalten für Lungenkranke, deren Heilerfolge

Stadthospitälern naturgemäss niemals erreichbar sein können, — und dann erst, nach Erreichung dessen werden wir uns berufen fühlen dürfen, von einem bahnbrechenden Fortschritte in der Phthisiotherapie, speciell der localen Behandlung der Larynx-Phthise, zu sprechen.

Der Vortrag wird demnächst ausführlich zur Veröffentlichung gelangen. Autoreferat.

Muskelsinn. (Sens des muscles.) Von Prof. Dr. Beaunis. (Revue philosoph., XII, 3 und Humboldt No. 1, 1888.)

Um Beiträge zur Kenntniss des Muskelsinnes zu liefern, hat Verf. einem Sänger Cocain auf die Larynxschleimhaut applicirt. Er fand, dass, während die Stimmritze gegen Contact unempfindlich war, die Fähigkeit, die Töne richtig zu treffen, sich nicht vermindert hatte. Die Sensibilität der Schleimhaut ist es demnach nicht, welche uns über den jedesmaligen, die Tonhöhe bestimmenden Spannungsgrad der Stimmbänder unterrichtet. Verf. schliesst daraus, dass die Sensibilität der Muskeln selbst — resp. ihrer Adnexa — für das Treffen der Töne massgebend sei. Er macht dabei die stillschweigende Voraussetzung, dass uns bei der Tonbildung das Gefühl des Spannungsgrades der Stimmbänder leitet, und nicht etwa das Ohr — was in der That durch eine bei Prof. Hensen angeführte Untersuchung von Klünder schon 1879 bewiesen ist.

Dr. P. K

I n h a l t.

I. Originalien: Kiesselbach: Die Hyperästhesie des Acusticus. — Stepanow: Ueber Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere. — Vohsen: Eine modificirte Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Gellé: Ueber einige Gehörstörungen in verschiedenen Lebensaltern. — Bürkner: Bericht über die in der Zeit vom 1. Januar 1887 bis 31. März 1888 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. — Beerwald: Apparat zur Luftdouche. — Blau: Otitis durch Infection. — Voss: Ein Beitrag zur scarlatinösen Otitis media. — Berthold: Was vermag das menschliche Ohr ohne Steigbügel zu hören? — Styx: Ein Fall von Otitis media muco-purulenta mit endocraniellen Complicationen. Bemerkungen über die Pathogenese der letzteren. — Kipp: Drei Fälle von vorübergehendem beiderseitigem horizontalen Nystagmus im Verlaufe von eitriger Mittelohrentzündung. — Róosa: Die Differentialdiagnose zwischen peripherischen und centralen Erkrankungen des Gehörorganes. — Bressler: Abscess des Kleinhirns ex otitide. — Smith: Abscess des Kleinhirns ex otitide. — Greene: Abscess des Kleinhirns ex otitide. — b) Rhinologische: Freundenthal: Zur Aetiologie der Unterleibsbrüche. — c) Pharyngo-laryngologische: Schmidt: Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori. — Lober: Ueber Pharyngomycosis. — Thorner: Salol bei Hals- und Ohrenkrankheiten. — Montefusco: Ein Fall von Diphtheritis mit Manie. — Delthil: Verhältnisse der Diphtheritis beim Thier zu der beim Menschen. — Koch: Ueber phonischen Stimmritzenkrampf. — Ruault: Primäre circumscripte oedematöse Epiglottitis. — Massei: Ueber Larynxerysipel. — Koch: Acute Laryngitis subglottica. — Masini: Ueber die Neubildung der Lymphgefässe im Kehlkopf. — Beschorner: Die locale Behandlung der tuberculösen Larynx-Phthise. — Beaunis: Muskelsinn.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freyung 7, und **pharyngo-laryngologische** **nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die **Expedition**, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Rittenstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubimski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schaplinger** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziemi** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. Jos. Gruber
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. Rüdinger
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. Schrötter
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien
und

Dr. R. Voltolini
Professor
an der Universität
Breslau

Professor Dr. **WEBER-LIEB**,
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes. Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, Februar 1889.

No. 2.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Monatsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

I. Originalien.

(Aus der Klinik des Herrn Prof. Dr. Jos. Gruber.)

Ein Fall von weichem papillärem Fibrom der unteren Nasenmuschel combinirt mit Otitis media hyperplastica.

Von

Dr. B. Gomperz,

Assistenten der K. K. Universitätsklinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

In der rhinologischen Literatur sind Beschreibungen papillärer Geschwülste der Nasenhöhle nur sehr spärlich vertreten. Zuckerkanndl führt in seinem Werke über die normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle einen Tafel 9, Fig. 37 abgebildeten Tumor als Papillom an, und Michel¹⁾ beschreibt einen von ihm operirten Fall von Papillom. Erst Hopmann in Cöln hat diesen Neubildungen grössere Aufmerksamkeit geschenkt und, gestützt auf ein umfangreiches Material, sie bezüglich ihrer Stellung in der Reihe der Geschwülste, ihres Aufbaues und der Symptome, die sie erzeugen, ausführlich abgehandelt.²⁾ Derselbe

¹⁾ Die Krankheiten der Nasenhöhle, Berlin 1876.

²⁾ Virchow's Archiv, Bd. 93.

Autor hat noch in späteren Arbeiten³⁾ in verdienstlicher Weise unsere Kenntniss dieser Form der Nasengeschwülste bereichert. Auf Grund seiner microscopischen Untersuchungen weist er nach, dass das übermässige Wachstum der Oberflächen- und Drüseneithelien ihre charakteristische Formentwicklung bedinge und fordert, auch in Hinsicht auf ihren eigenartigen Sitz und die durch sie hervorgerufenen Symptome, für die gelappten Geschwülste der Nasenhöhle die Sonderstellung und den Namen: „Papillome“.

Ein von mir operirter papillärer Tumor zeichnet sich so sehr durch auffallende Grösse, die im Verhältnisse zu derselben geringen Beschwerden, sowie durch seinen histologischen Aufbau aus, dass ich seine Krankengeschichte mitzuthellen mich bewogen finde.

Anfangs August 1888, als ich in Vertretung meines verehrten Chefs, des Herrn Prof. Gruber das Ambulatorium leitete, suchte Johann Peter, 60 Jahre alt, Zimmermann, unsere Klinik wegen Ohrensausens und Schwerhörigkeit auf. Es wurde beiderseits chronischer Mittelohr-catarrh constatirt und der Patient einem unserer Hilfsärzte behufs Vor-nahme der Luftdouche zugewiesen. Da hierbei der Catheter linkerseits gleich im vordersten Abschnitte der Nase auf ein unbesiegbares Hinderniss stiess, suchte der genannte Herr Collega die Ursache und constatirte das Vorhandensein einer Neubildung. Bei der nunmehr vorgenommenen Rhinoscopia anterior fand ich in der linken Nasenhöhle, etwa einen halben Centimeter vom Naseneingange entfernt, und denselben vollständig obturirend, einen von blassröthlicher, glänzender Schleimhaut überzogenen gefurchten Tumor, der sich weich elastisch anfühlte und nur geringe Beweglichkeit zeigte. Die Beschwerden des Patienten beschränkten sich — abgesehen von der Schwerhörigkeit — auf das Unvermögen, Luft durch die linke Nasenseite zu blasen; da er mit der Entfernung des Tumors einverstanden war, ging ich sogleich an die Operation.

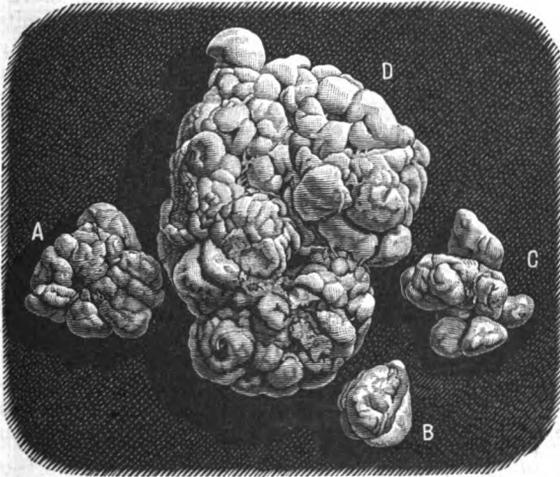
Vor der Exstirpation von Nasenpolypen, die wir natürlich nur mit der kalten oder galvanocaustischen Schlinge, nie mit der Zange vornehmen, pflege ich eine 5% Cocaïnlösung in die betreffende Nasenhöhle mittelst des Zerstäubers einzubringen, auf welche Weise die Anaesthesie der Nasenschleimhaut viel ausgiebiger zu erreichen ist, als mit blosser Pinselung und dem Zwecke viel vollständiger entsprochen wird, die bei Berührung der Schlinge mit den Nasenwänden entstehenden Schmerzen dem Kranken zu ersparen.

In unserem Falle konnte von einer gründlichen Anaesthesirung keine Rede sein, da der Tumor überall den Nasenwänden anlag und nur minimale Partien der Schleimhaut für die Cocaïnlösung zugänglich waren.

Zur Exstirpation wählte ich meine weiter unten genauer beschriebene Schlinge, die ich theils glühend, theils kalt benutzte. Ohne die geringste Blutung konnte ich die in nebenstehender Figur abgebildeten Theile *A*, *B* und *C* und noch zwei, *A* an Grösse gleiche Stücke (die zur microscopischen Untersuchung verwendet wurden) abglühen. Da aber die Nase noch von Geschwulstmassen erfüllt schien, schob ich die Schlinge möglichst hoch hinauf, torquirte mehrmals und förderte mit einem Ruck das Stück *D* zu Tage; die unbedeutende Blutung stand auf Jodoformgaze-

³⁾ Monatsschr. f. O. 1885, 6, 8; 1887, 6, 7, 8, 9.

tamponade augenblicklich. Die Abbildung zeigt die Dimensionen des in absolutem Alcohol gelegten Tumors in natürlicher Grösse. Vor der Schrumpfung hatte er den imponirenden Umfang eines Hühnereies, in seinen Umrissen sich ebenfalls der Eiform nähernd, war aber derart zer-



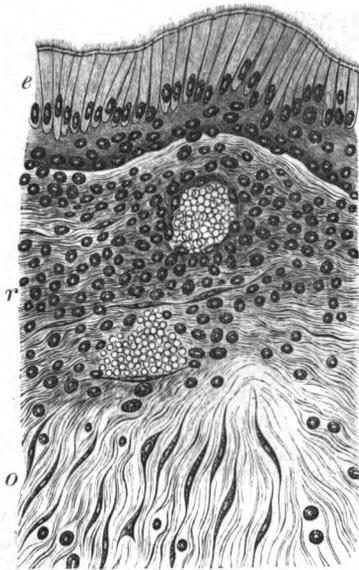
klüftet, dass er einer Traube nicht unähnlich sah. Die den Beeren entsprechenden Stücke präsentirten sich hirsekorn- bis kirschgross, standen theils enge gedrängt, theils locker, waren blassröthlich und, besonders die grösseren, gallertig durchscheinend. Die Oberfläche der, durch seichte und tiefere Furchen von einander abgeschnürten Beeren war grösstentheils durch secundäre Lappung himbeerartig, drusig.

Trotz der bedeutenden Schrumpfung in absolutem Alcohol hat die Geschwulst *D* noch jetzt eine Länge von 48, eine Breite von 34 und eine Dicke von 20 Millimetern. Die kleineren Stücke waren frisch haselnuss- bis wallnussgross.

Am nächsten Tage wurde constatirt, dass Geschwulstreste nicht mehr in der Nase vorhanden seien, eine genauere Untersuchung derselben musste jedoch wegen fest anhaftender Krusten verschoben werden. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass der Tumor von einem geschichteten Flimmerepithel *e* bekleidet ist, welches besonders in den Furchen wohl-erhalten, an der Oberfläche aber stellenweise verhornt ist und eine Dicke von 0,04—0,06 Mmtr. besitzt. Besonders in den Vertiefungen zeigt sich die Begrenzungslinie der einzelnen Papillen gefältelt; das Stroma besteht aus fibrillärem, stellenweise ödematösem Bindegewebe *o*, in welches bald in grösseren, bald in geringeren Abständen *r* Rundzellen, ferner spindel- und sternförmige Zellen bei *o* eingestreut sind, deren Ausläufer mit ein-ander communiciren; spärliche, erweiterte und mit Blut gefüllte Gefässe ergänzen das Bild der gewöhnlichen Schleimpolypen.

Die Geschwulst erwies sich demnach als durchaus gutartig und konnte die Prognose auch günstig gestellt werden. Dies erwies sich als richtig, als ich Gelegenheit hatte, den Patienten wiederzusehen. Am

10. October 1888, über zwei Monate nach der Operation, konnte ich bei der Untersuchung des Patienten folgenden Befund aufnehmen: „Capacität der linken Nasenhöhle bedeutend erweitert, untere Nasenmuschel mässig hypertrophisch, von normaler Schleimhaut überzogen. Mittlere Nasen-



muschel von sehr stark geschwollener, bei Berührung mit der Sonde luftpolsterartig eindrückbarer Schleimhaut überzogen, an ihrem vorderen Ende eine linsengrosse, gut umschriebene, gallertig durchscheinende Hervorragung. In der Tiefe ist die Umrandung der Choanen per rhinoscopiam anteriorem deutlich zu sehen, dahinter das Rachendach und die hintere Rachenwand, von mässig gerötheter, glänzender Schleimhaut überzogen. Die Contractionen der Constrictoren während der Schlingbewegungen deutlich zu beobachten, der Tubenwulst durch die untere Nasenmuschel verdeckt. Aus der Gegend des Orificium antri Highmori kommt eitrigter Schleim.

Rechts. Septum nach rechts gedrängt, so dass zwischen unterer Nasenmuschel und Septum nur eine 1 Mm. breite Spalte übrig bleibt. Bei

der Rhinoscopia posterior sieht man rechts das normale Bild, links die mittlere Muschel erst in grösserer Tiefe, am hinteren Ende der unteren, von auffallend rother Schleimhaut überzogenen Nasenmuschel zwischen derselben und der Hakenfalte eine etwa bohngrosse, gallertartige Wucherung. Die von rückwärts sichtbare Wucherung ist per rhinoscopiam anteriorem nicht zu sehen. Kehlkopfbefund negativ. Das Trommelfell ist beiderseits etwas nach einwärts gezogen, getrübt. Hörweite für laute Sprache R. 5 Cm., L. 40 Cm., Rinne beiderseits negativ. Beim Catheterismus zeigen sich die Tuben beiderseits gleich und gut durchgängig, nach demselben lässt sich rechterseits keine Besserung constatiren, links hört Patient die Sprache $1\frac{1}{4}$ Mtr. Ein Einfluss des Nasentumors auf das bestehende Ohrenleiden (chronische hyperplastische Mittelohr-Entzündung) konnte demnach nicht nachgewiesen werden, ist jedoch in Berücksichtigung des Sitzes der zurückgebliebenen Geschwulstreste als sehr wahrscheinlich anzunehmen. Seitdem hat sich der Patient nicht wieder vorgestellt.

In seiner schon anfangs erwähnten Abhandlung fordert Hopmann die strenge Unterscheidung zwischen den Schleimpolyphen und den papillären Tumoren der Nasenschleimhaut. Erstere fand er stets sehr arm an Drüsensubstanz und hat bei seinen vielen Schleimpolyphen niemals die Drüsenbildungen getroffen, die Billroth⁴⁾ an ihnen beschrieb, nach welcher

⁴⁾ Ueber den Bau der Schleimpolyphen, Berlin 1865.

Beschreibung die Schleimpolypen der Nase lange zu den Adenomen gezählt wurden. Die Schleimpolypen seien weiche oedematöse Fibrome.

Dagegen konnte Hopmann in der überwiegenden Mehrzahl seiner Fälle von „Papillomen“ Drüsen-Neubildungen antreffen und zählt daher diese Geschwülste, bei denen die Wucherung der Drüsen und des Epithels im Vordergrund stehe, zu den Adenomen. Auch weist Hopmann darauf hin, dass der Sitz der Schleimpolypen stets der obere Abschnitt der Nase sei, das Papillom aber bisher nur von der unteren Nasenmuschel ausgehend gefunden wurde. In diesem letzteren Punkte stimmt meine Beobachtung mit der Hopmann's und der anderen Autoren, die sich seitdem ihm angeschlossen haben, wie Moldenhauer und Voltolini, überein. Man konnte den Rest der Geschwulst an der unteren Muschel, an deren hinterem Ende finden. Nicht übereinstimmend jedoch mit den Normen, die Hopmann für den histologischen Aufbau der Papillome aufstellte, ist der microscopische Befund an meinem Tumor.

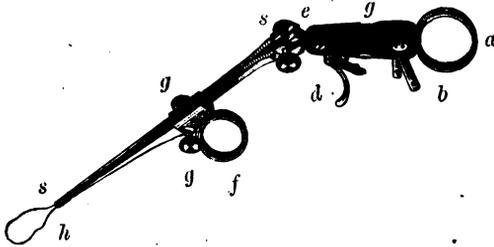
Von den tiefen, mehrfach verzweigten, von flimmerndem Cylinder-Epithel ausgekleideten Buchten, die stellenweise fast abgeschlossene Hohlräume bilden, abgesehen, bietet er das Bild des weichen, ödematösen Fibromes, das besonders an den, der Basis nächstgelegenen Theilen ausgeprägt ist, wo das zarte fibrilläre Bindegewebe nur von äusserst spärlichen Zellen durchsetzt ist. In den vielen Schnitten, die ich durchsah, konnte ich nicht eine Drüse vorfinden. Auch konnte ich nirgends Anzeichen einer Epithelwucherung finden, vielmehr gewinnt man bei dem bedeutenden Ueberwiegen der bindegewebigen Grundmasse des Tumors den Eindruck, dass die ungleichmässige Wucherung des bindegewebigen Stroma's ausschlaggebend für die Form der Geschwulst war. Ich finde in diesem Bilde nur die Bestätigung der Virchow'schen Ansicht, das sogenannte „Papillom“ sei vor Allem zuerst Bindegewebs-Geschwulst.

Ich möchte mir nun noch erlauben, über den hier in Anwendung gebrachten Schlingenschnürer Einiges anzufügen. Seit Middeldorpf die Galvanocaustik in die chirurgische Therapie eingeführt hat, sind speciell für die Nase keine eigenen Glühschlingen construiert worden. Dieselben Griffe, welche für den Kehlkopf angegeben waren, wurden auch für Operationen in der Nase verwendet, angefangen vom Middeldorpf'schen und Voltolini'schen, bis zum neuesten Schech'schen Griffe.⁵⁾

Den Aerzten, die mit diesen Instrumenten in der Tiefe des Kehlkopfes zu operiren gewohnt sind, ist es bei Operationen in der Nase durch die eigenartige Ausbildung ihrer Handfertigkeit eben ein Leichtes, die bei kleinsten Bewegungen des hinteren Endes, am vorderen Ende des Instrumentes entstehenden Ausschläge auf ein Minimum zu reduciren. Wer aber, wie der Otiaer, gewohnt ist, mit kurzen Schlingenschnürern, wie dem Wilde'schen, Blake'schen und Gruber'schen zu hantiren, wird sich bei Operationen in der Nase nicht gerne an die üblichen galvanocaustischen Schneideschlingen gewöhnen, deren Hauptfehler die grosse Entfernung des die Schlinge zuziehenden Fingers vom Angriffsobjecte ist. Die Leichtigkeit und Sicherheit, mit der Schleimpolypen der Nase sich z. B. mittelst des Gruber'schen Ohrschlingenschnürers operiren

⁵⁾ Nachträglich lernte ich den Schlingenschnürer von Jakoby-Breslau für die Nase kennen, der schon viel practischer ist, als die genannten.

lassen, kam mir erst recht zum Bewusstsein, als ich zur Entfernung derber Nasenpolypen und polypöser Hyperplasien der Muschelschleimhaut die üblichen Glühschlingen in Anwendung bringen musste.



Das bewog mich zur Construction dieses Instruments, wobei mir besonders der schon mehrfach erwähnte Gruber'sche Schlingenschnürer vorschwebte. Er besteht aus zwei Theilen, dem Griffe *g* und dem eigentlichen Schlingenschnürer *ss*. Letzterer, 11 Cm. lang und bei *e* in den Griff mittelst

Schrauben einstellbar, besteht aus zwei nebeneinander laufenden, durch eine Elfenbeinschicht isolirten vierkantigen Leitungsstäben, welche an ihrem oberen Ende *h* je in eine bloß 4 Mm. lange Röhre auslaufen; durch diese werden die Drahtenden gezogen und an den Schrauben *g* des Schiebers *f* befestigt, der, durch Elfenbeinplatten gut isolirt, auf den vierkantigen Leitungsstäben schleift. Am Griffe, der einschliesslich des Ringes *a* eine Länge von 8 Cm. hat, sind die zwei, von einander isolirten Oesen, in welche mittelst Schrauben *e* der Schlingenschnürer und nach Bedarf Brenner für Ohr, Nase und Rachen eingeschaltet werden können, ferner der Contacthebel *d* und die Klemmpole *b* angebracht. Der Daumen der operirenden Hand kommt in den Ring *a*, die Spitze des Mittelfingers in den Ring des Schiebers *f*, die des Zeigefingers auf den Contacthebel *d*. Bei Einschaltung von Brennern sind zur Dirigirung des Instrumentes bloß Daumen (bei *a*) und Zeigefinger (bei *d*) nothwendig. Bei keinem der bis nun bekannten galvanocaustischen Schlingenschnürer arbeitet der die Schlinge zuziehende Finger so nahe dem Angriffsobjecte.⁶⁾

Ueber die Rhinoscopia posterior.

Gaumenhaken und Zungenspatel.

Von

Dr. Ignazio Dionisio in Turin.

Die Hauptschwierigkeit bei der Untersuchung des Nasen-Rachenraumes von hinten her hängt von der Lage des Gaumensegels und von der Länge des Zapfens ab. Es giebt nämlich solche Patienten, bei denen man, wegen des Abstandes des Gaumensegels von der hinteren Pharynxwand, sehr leicht das Bild des Nasen-Rachenraums auf den Spiegel bekommen kann; bei anderen Fällen dagegen wird in Folge der schlechten Lage des Gaumensegels die Untersuchung bedeutend erschwert, sogar manchmal ganz unmöglich. Czermak schlug vor, um das Gaumensegel von der hinteren Pharynxwand während der Untersuchung fern zu

⁶⁾ Das Instrument wird von Mayer u. Wolf, Wien IX., Van Swieten-gasse, gefertigt.

halten, den Patienten stark gehaltene Vocale nasal anlauten zu lassen; Türk versuchte dasselbe zu erreichen, indem er den Patienten schnelle und kurze Respirationsbewegungen machen liess; Moura B. und Löwenberg liessen den Patienten ausschliesslich durch die Nase athmen. Sehr oft kommt man mit solchen Hilfsmitteln doch nicht zum Ziele.

Czermak¹⁾ hat oben vorgeschlagen, das Gaumensegel nach vorne zu ziehen, mittelst eines Gaumenhakens.

Das Verfahren von Türk²⁾ besteht darin, dass er mit einem besonderen Instrument durch einen Faden das Zäpfchen umschnürt, dann den Faden nachzieht und denselben am Kopf des Patienten befestigt.

Ein Instrument liegt von Lori aus Budapest vor, welches dasselbe erreicht.

Voltolini³⁾ hat einen Gaumenhaken erfunden, mit welchem man das Gaumensegel stark nach vorn ziehen, und zugleich das Zäpfchen heben kann; so dass dadurch ermöglicht wird, eine vollständige Uebersicht über das Cavum pharyngo-nasale zu erlangen. Dr. Luc⁴⁾ aus Paris modificirte diesen Gaumenhaken, in so fern, als er mit einer dazu gebrachten beweglichen beiderseitigen Branche noch den Rachensack nach der Seite hin ausdehnt.

Der Gaumenhaken von Voltolini leistet nicht nur einen vorzüglichen Dienst bei der Diagnose, sondern erleichtert wesentlich den chirurgischen Eingriff.

Bei Operationen ist es nothwendig, wenn man sich des Gaumenhakens bedienen will, sich an eine der verschiedenen Methoden zu halten, damit dem Arzte eine Hand beim Operiren frei bleibe. Zu dem Zwecke wurden von Störk⁵⁾, Bant⁶⁾ und Dupley⁷⁾ mehrere und sinnreiche Instrumente erfunden, bei denen der rhinoscopische Spiegel und der Zapfenhalter an demselben Griffe vereinigt sind.

Störk⁸⁾ schlug vor, mit der Belloq'schen Sonde ein Bändchen durch die Choanen hinein zu schieben, dasselbe durch den Mund heranzuziehen, und die zwei Hauptenden des Fadens zusammen zu binden. Wales⁹⁾ verbesserte diese Methode.

B. Fränkel¹⁰⁾ modificirte den Mundsperrerr von Whitehead so, dass man auf demselben einen Gaumenhaken befestigen kann.

Voltolini benützt die Methode von Bensch¹¹⁾ in Berlin; bei dieser Methode wird der Voltolini'sche Gaumenhaken durch eine besondere Vorrichtung auf dem Zungenhalter von Asch befestigt.

Von Hartmann und Krause in Berlin wurden weiter solche Gaumenhaken angegeben, welche sich selbst im Rachen halten.

¹⁾ Der Kehlkopfspiegel etc. Leipzig 1860.

²⁾ Pract. Anleitung zur Laryngoscopie, Wien 1860, p. 65.

³⁾ Voltolini, Rhinoscopie und Pharyngoscopie, 1879.

⁴⁾ Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 3, 1887.

⁵⁾ Zur Laryngoscopie, Wien 1859.

⁶⁾ Berl. clin. Woch. 1870, No. 28.

⁷⁾ Traité clin. de pathologie ext., Paris 1877, t. III, p. 752.

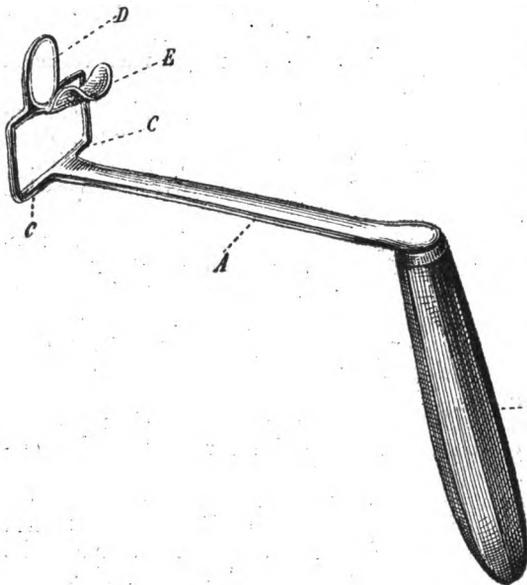
⁸⁾ Billroth und Pitha, Chirurgie.

⁹⁾ New Methode of rhinoscopie exploration, Washington 1877.

¹⁰⁾ B. Encyclopädie der gesammten Heilk. Rhinoscopie B. Fränkel.

¹¹⁾ Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5, 1884.

Nun kam ich auf die Idee, ein Instrument zu verfertigen, welches sowohl den Gaumenhaken von Voltolini, als auch den Zungenhalter in sich vereinigt. Dasselbe besteht in einem metallischen Spatel, dem Zungen-



halter von Fränkel ähnlich; dieser (A) ist auf der einen Seite auf einen hölzernen Griff (B) festgestellt; auf der anderen theilt sich derselbe in zwei horizontale Branchen, welche lateralwärts gerichtet sind. Dieselben (CC) biegen sich dann rechtwinklig nach oben, und zuletzt noch einmal medianwärts, so dass sie sich in der Mitte treffen. So also wird ein verticales Rechteck begrenzt, von 30 Mmtr. breit und 18 Mmtr. hoch, dessen unterer Rand gerade auf der Endigung des Spatels sitzt; am oberen Rande dagegen ist eine Einrichtung angebracht, welche

dem gebogenen Theile des Voltolini'schen Gaumenhaken vollständig entspricht; erstens der nach oben gebogene Theil desselben, welcher das Gaumensegel zieht (D), zweitens der nach vorn sich streckende Zapfenhalter mit den seitlichen flügelartigen Platten (E).

Um sich des Instrumentes zu bedienen, soll man zuerst die Zunge nach unten etwas herabdrücken, eventuell mit dem gewöhnlichen Kehlkopfspiegel-Handgriff. Das Instrument wird dann so hineingebracht, dass das vertical sitzende Rechteck auf den Zungenrücken so lange in paralleler Richtung hineingeschoben wird, bis die Spitze des Gaumenhaken rückwärts des Zapfen gelangt. Jetzt wird auf einmal der Griff des Instrumentes nach unten und nach vorne gezogen. So wird die Zunge niedergedrückt, das Gaumensegel nach vorne gezogen, das Zäpfchen hinauf und in Ruhe gehalten und man bekommt einen rechteckigen Raum, durch welchen Rachenspiegel und Instrumente bequem hineingeführt werden können. Bei Operationen kann man dem Patienten selbst das Halten des Griffes überlassen, oder eine ähnliche Vorrichtung benutzen wie die von Asch, womit das Instrument am Kinn festgestellt wird. Man könnte auch bei der Operation, am Griffe des Instrumentes, den Handgriff des Kehlkopfspiegels einklemmen.*)

(Lieferant Marconi, IX Garnisongasse, Wien.)

*) Bei D wird das Zäpfchen durchfallen! Wäre es nicht zweckmässiger, D ungenfenstert zu lassen? Voltolini.

Zu meiner **Durchleuchtungs-Methode.**

Von

Prof. Dr. **Voltolini.**

Kaum habe ich in meinem Vortrage in hiesiger medicinischer Section der Vaterländischen Gesellschaft („Die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers“; cfr. diese Monatschrift No. 11, 1888; Allgem. Wiener med. Zeitung No. 47 u. 48, 1888; Intern. clin. Rundschau 1888, No. 48 und 49; Breslauer ärztl. Zeitschrift No. 22, 1888) und in meinem Buche über Nasenkrankheiten („Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes nebst einer Abhandlung über Electrolyse für Specialisten, Chirurgen und practische Aerzte“, Breslau 1888) meine Durchleuchtungsmethode bekannt gemacht, so erheben sich schon Stimmen, die eine Priorität der Methode zu beanspruchen scheinen — denn so erkläre ich mir die Zusendung von Schriften, die ich erhalten habe. So schickte mir der Mechaniker und Optiker Gehricke in Jena eine Abbildung mit Beschreibung zu („Electricischer Beleuchtungsapparat für den Nasenrachenraum mit Wasserkühlung nach Professor Kessel“), in welcher es heisst: „Obiger Apparat wird seit einem halben Jahre mit gutem Erfolge in hiesiger Klinik verwandt.“ Ebenso sendete mir Herr Prof. Vincenzo Cozzolino aus Neapel den Abdruck eines Vortrages, den er auf dem Internat. otolog. Congresse in Brüssel gehalten hat, in welchem eine ganz ähnliche Lampe abgebildet ist, wie in meinem oben citirten Buche, Fig. 47 und 48, Seite 467 und 468.

Ich habe hiergegen Folgendes zu erwidern:

Meine Durchleuchtungsmethode habe ich bereits im Sommersemester 1888 in dem Cursus über Laryngoscopie und Rhinoscopie, den ich an hiesiger Universität den Studirenden gebe, demonstirt. Mein obengenanntes Buch ist bereits im October in Buchhandel erschienen, selbstverständlich also der Text schon eher geschrieben und gedruckt. Cozzolino hielt seinen Vortrag auf dem genannten Congresse: „September 1888“. Die obengenannte Abbildung aus Jena erhielt ich Ende Januar 1889.

Dies ist das Eine, welches ich zu bemerken habe; das Andere ist folgendes:

Cozzolino nennt seine Methode „Rino-Tubo-Faringoscopia diretta anteriore a luce posteriore, nuovo metodo per osservare le fosse nasali, le coane, il cavo naso-faringeo, la tuba“, woraus klar und deutlich hervorgeht, dass hier nicht von der Durchleuchtung, sondern von der Beleuchtung die Rede ist — nirgends kommt in seinem Aufsatze der Ausdruck: *tralucere* oder *trasparere* vor.

Ganz dasselbe gilt von dem Apparate von Kessel, der ja gradezu „electricischer Beleuchtungsapparat“ — also nicht Durchleuchtungsapparat — genannt wird. An dem Kessel'schen Apparate ist gar noch eine Vorrichtung, d. i. Doppelröhre (s. Figur) für Wasserkühlung angebracht; hierdurch wird das Instrument, welches ohnehin schwierig in das Cavum pharyngo-nasale einzuführen ist, noch plumper, und mit diesem plumpen Instrumente soll man nun jenes Cavum beleuchten. Wie soll das vor sich gehen? Wenn dieses plumpe Instrument wirklich in das Cavum

phar.-nasale eingebracht ist, nimmt es mit sammt dem sich contrahirenden Gaumensegel den Raum ganz fort, so dass nicht daran zu denken ist, jetzt mit dem Rhinoscope (Spiegel) vom Munde aus etwas im Cavum zu sehen, höchstens würde man die brennende Lampe dort sehen; nun, dieses Vergnügen kann man einfacher haben, wenn man die Lampe aus dem Munde des Patienten herausnimmt! Man kann mit solchen Manövern allenfalls Leuten imponiren, die von der Rhinoscopie nichts verstehen, aber nicht Sachverständigen! Auch ist die Kühlvorrichtung ein ganz unnützer, -überflüssiger Ballast, und ich wende niemals eine solche an, da ich auch ohne diese so lange die Lampe ruhig im Cavum phar.-nasale liegen lassen kann, bis die Untersuchung vollständig durchgeführt ist; ich umgebe nämlich die kleine Lampe mit einer ziemlich dicken Kappe von Crystallglas, die freilich allein 9 Mk. kostet. Also mit der Beleuchtung des Cavum pharyngo-nasale auf die angegebene Weise, und dabei die Rhinoscopie vom Munde aus vollführen zu wollen, wäre pure Täuscherei.

Ein wenig besser stellt sich allerdings die Sache, wenn man das mit den angegebenen Apparaten beleuchtete Cavum phar.-nas. von vorn, von der Nase aus, betrachtet — d. h. wenn es wegen des Baues der betreffenden Nase möglich ist! — aber in günstigen Fällen sieht man wenigstens Theile des Cavum, niemals so viel, als wie bei der gewöhnlichen Rhinoscopie bei guter Beleuchtung, namentlich bei Sonnenlicht und mit meinem Gaumenhaken!

Das Instrument von Cozzolino nimmt nicht so viel Raum fort und ist darum leichter zu handhaben, es ist aber ebenfalls nur für die Beleuchtung berechnet und bietet deshalb gleichfalls nur eine unvollkommene Betrachtung des Cavum dar, denn in wenigen Fällen wird man von vorn bis in das Cavum sehen können.

Mein Apparat ist nun aber nicht für die Beleuchtung berechnet — diese kommt nebenbei ganz von selbst zu Stande, wie selbstverständlich bei jeder Durchleuchtung auch eine Beleuchtung stattfindet —, sondern für die Durchleuchtung des Cavum phar.-nasale, und ich gebe dabei ganz den Gedanken auf, etwa vom Munde aus durch Spiegel das so erleuchtete Cavum zu untersuchen: ich durchleuchte auf das Trefflichste das ganze Gaumensegel bis in den Nasenboden, die Nasenmuschel und beleuchte natürlich dabei auch die Choanen, Tuben und Theile des Cav. phar.-nas., wenn man wegen des Baues der Nase im Stande ist, von vorn durch die Nase jene Theile zu betrachten.

Ich durchleuchte ferner mit grösseren Lampen auf das Prächtigste den ganzen harten Gaumen vom Munde aus, so dass nun der ganze Boden der Nasenhöhle und diese selbst völlig durch- und beleuchtet ist; ebenso das Antrum Highmori und die Ossa nasi bis in die Augenhöhlen.

Der Unterschied meiner Durchleuchtungsmethode zwischen jedweder Beleuchtungsmethode ist gerade so gross, wie der Unterschied der Untersuchung der Augen vor Erfindung des Augenspiegels und nach derselben. Früher beleuchtete man bei der Untersuchung des Auges dasselbe, jetzt durchleuchtet man es mit dem Augenspiegel und sieht nun Dinge, von denen man sich vorher nichts träumen liess. Gerade so

ist der Unterschied meiner **Durchleuchtungsmethode** gegenüber jedweder **Beleuchtungsmethode**.

Sonach „Suum cuique!“ — und ich gönne sowohl Herrn Kessel seine Beleuchtungsmethode mit Wassercanalisation, als Herrn Cozzolino die seinige ohne Wasserleitung; aber ich muss zugeben, der Gedanke der Methoden war nicht übel und kann die Sache weiter ausgebildet werden.

Es laborirt das Instrument von Cozzolino aber an einigen physikalischen Mängeln. Bei Einführung der gedachten Instrumente in das Cavum pharyngo-nasale muss man nämlich ganz besonders daran denken, dass die Hitze der Lampe sich so steigern kann, dass man bald mit der Untersuchung aufhören muss, welcher Umstand ja auch Kessel darauf führte, die Wassercanalisation anzubringen, und Cozzolino selbst sagt (l. c. S. 2): „S'intende che tutto ciò si deve fare nel più breve tempo possibile“. Nun hat erstens Cozzolino keine Edison'sche Lampe, wie ich sie gebrauche, in Anwendung gebracht, welche einen Kohlenfaden zum Glühen bringt, sondern eine gewöhnliche Platinschlinge mit einer galvanocaustischen Batterie; Platina aber giebt jedenfalls eine grössere Hitze, als der Kohlenfaden und nicht so helles Licht, als letzterer.

Eine galvanocaustische Batterie bringt aber nur Kohlenfaden zum Glühen mit sehr kleinen Schlingen, grössere Schlingen werden gar nicht oder kaum rothglühend. Die Worte Cozzolino's sind: „Situata così la lampadina, si fa passare l'elettricità di una pila a galvano-caustica, e così l'ansa di platino contenuta nel globetto di vetro...“

Ausserdem umgiebt Cozzolino die untere Hälfte der Glaskugel der Lampe (l. c. Fig. A) mit einer Metallkapsel, um sowohl der Lampe mehr Festigkeit, Helligkeit und weniger Hitze zuzuthemen („con la semicapsolletta metallica che la rende non solo più solida, ma più luminosa e meno calda“).

Nun ist aber doch Metall ein sehr guter Wärmeleiter und es wird dadurch eher das Gegentheil erzielt, als was beabsichtigt wurde; eine Capsel von Holz wäre zweckmässiger, und will man partout einen Reflector an der Lampe haben, kann der untere Theil der Glaskugel mit Silber oder Quecksilber amalgamirt werden, wie ich es an meinen Lampen ausgeführt habe, an den Stellen, wo die Lampe überhaupt von den Gebilden des Körpers bedeckt ist, also das Licht hier keinen Zweck hat, z. B. der Theil der Lampe, der auf der Zunge aufliegt bei Durchleuchtung der Mundhöhle.

Die Absperrung des Lichtes von der Hälfte der Lampe durch die „semicapsolletta metallica“ ist aber physicalisch auch nicht wohl gerechtfertigt. Wir können auf einen kleinen Punkt ein sehr helles Licht concentriren und sehen die betreffenden Theile doch nicht besser, als wenn wir ein weniger concentrirtes Licht auf eine grössere Fläche verbreiten; hierauf beruhen unsere sämtlichen laryngoscopischen Erleuchtungssysteme. Das hellste Licht haben wir (relativ) bei der Laryngoscopie, wenn wir die betreffende Lampe ohne alle Linsen gebrauchen und nur mit dem Augenspiegel das Licht in den Larynx werfen; wir haben dann das grelle reine Flammenbild, aber nur auf kleinem Punkte. Bringen wir nun an der Lampe Linsen an und gebrauchen dann den Augenspiegel, so wird eine grössere Fläche beleuchtet, aber nicht intensiver wie vorher,

denn jede Linse absorbiert auch wieder Licht; da aber eine grössere Fläche beleuchtet wird, können wir uns doch besser orientieren als bei dem kleinen, obgleich helleren Lichte. Ebenso ist es also im Cavum ph. nas.: ohne die Metallcapsel, die Cozzolino angebracht hat, wird mehr Licht in das Cavum geworfen d. h. das ganze Cavum wird erleuchtet, während mit der Capsel nur das halbe Cavum beleuchtet wird.

Ich hatte bei meinen ersten Versuchen den unteren Theil der Glaskugel mit Spiegelamalgam belegen lassen, bin aber aus dem vorhin angegebenen Grunde davon zurückgekommen und führe die freie Glaskugel in das Cavum, überdeckt von der Crystallglas-Kappe. Selbstverständlich gebrauche ich bei der Einführung der Lampe in das Cavum phar. nas. meinen Gaumenhaken, weil dieser die Einführung ausserordentlich erleichtert: ich ziehe mit dem Gaumenhaken das Velum nach vorn und oben, führe die Lampe schnell dahinter und ziehe den Haken alsdann wieder aus dem Pharynx heraus.

Nebenbei bemerkt ist es lächerlich, wenn man behaupten hört, ohne den Gaumenhaken sehe man ebensoviel wie mit demselben. Diese Aeusserung ist mir nur erklärlich, wie eine andere Täuschung, wenn nämlich Jemand (z. B. im Norden, wie man es erlebt hat), noch niemals eine Nachtigall hat singen hören; hört er nun einmal eine Grasmücke, ist er ganz entzückt über diese „Nachtigall“!

Entgegnung

auf die Abwehr des Herrn Suchanek in No. 12 d. Monatsschrift 1888.

Von

Dr. **Ziem.**

Mein Irrthum, die Habilitationsrede von S. für seine Habilitationschrift zu halten, war um so leichter möglich, als derselbe seine „durchaus anspruchslose“ Rede für druckwürdig befunden hat.

Wenn S. es unternimmt, meine Bemerkung: „auch das von mir festgestellte Auftreten einer Iritis im Gefolge von Nasenleiden scheint der Verf. noch anzweifeln zu müssen“ — für eine „unwahre Behauptung“ zu erklären, so sei der betreffende Passus aus S.'s Rede wörtlich hierhergesetzt: „ich erinnere noch daran, dass Ziem auch Binnenkrankheiten des Auges, z. B. Iritis, unter Umständen von Nasenleiden ausgehen oder wenigstens mit ihnen zusammenhängen lässt. Ob sich diese Beobachtungen bestätigen werden, muss die Zukunft lehren. . .“ (S. 32.)

Meine Bemerkungen über Ausspritzen der Nase vor, Tamponiren derselben nach Operationen in der Nase mögen nicht so aufgefasst werden, als ob ich derartige, seit Jahren von mir selbst angewandte Maassregeln überhaupt verwerfen wolle: ich wünschte nur gegen die übergrosse Vertrauensseligkeit auf so ein bischen Jodoform und auf so ein bischen Cocain mich zu wenden. Denn wenn die Anwendung des Galvanocauters bei gleichzeitiger Eiterung der Nase contraindicirt und wenn das unterschiedslose und phantastische Sengen und Brennen in der

Nase jetzt glücklich überwunden ist, so wird die „Jodoform-Gaze-Tampnade“ und das „5–10promillige Cocainpulver“ einen übel angebrachten Eingriff nicht besser machen.

Auf die für jeden Sachkenner äusserst befremdlichen Ansichten und Angaben von S., dass Naseneiterungen durch Racheneiterungen, durch Nasen- und Rachengeschwülste entstehen können, dass Eiterungen der Kieferhöhle und Alveolarperiostitis in Zürich oder doch in der Praxis von S. selten seien und auf weitere „exact wissenschaftliche“ Einzelheiten seiner Abwehr gehe ich, wenn überhaupt, doch natürlich hier nicht ein; das Eine sei in dieser Hinsicht jedoch noch bemerkt, dass aus einer Züricher Dissertation, ich glaube von Schlenker in St. Gallen, die Häufigkeit der Zahnkrankheiten gerade in Zürich schon seit Jahren mir bekannt ist.

Sonst kann ich mich kurz fassen. Also das ist keine Freibeuterei und auch keine Unwissenheit, crasse Unwissenheit, die Leistungen Anderer für sich oder dritte Personen zu annectiren bezw. nochmals zu leisten? Was ist das denn? Bequemlichkeit und zarte Rücksicht auf das Perceptionsvermögen der zu dem Anhören der „auf etwa 50 Minuten berechneten“ Rede anwesenden Personen, nach Angabe von S. natürlich! Aus Bequemlichkeitsrücksichten also ist anstatt Kussmaul, C. Ludwig, Voltolini, Ziem u. A. nur Sandmann, anstatt Hyrtl und Ziem — Sommerbrodt genannt, anstatt Ziem, Nieden — Nieden, Ziem gesetzt worden, es ist wirksamer erschienen anstatt Voltolini, Lucae, Politzer, Schwartze, Gruber u. a. A. Barth zu citiren! Die Kunst des Sophisten Protagoras, durch allerhand Scheingründe aus einer schlechten Sache die gute, durch schimmernde Mittelchen aus schwarz weiss zu machen, die Kunst, die Wahrheit zu übertünchen, hat, wie man sieht, in Herrn S. einen geeigneten Vertreter gefunden.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische):

Zur Behandlung der Fremdkörper im Ohre. Von Prof. Bezold (München).
(Berl. klin. Wochenschr. No. 26 und 27, 1888.)

Für das therapeutische Verhalten, welches fremden Körpern gegenüber, die in der Paukenhöhle festsitzen, eingeschlagen werden soll, giebt Bezold folgende Fingerzeige:

1) Die Entfernung der Fremdkörper aus der Paukenhöhle vom Gehörgang aus kann, abgesehen von Schwellung der Gehörgangswände oder Quellung von Fruchtkernen, allein in Folge ungünstiger Lagerungsverhältnisse ein Ding der Unmöglichkeit sein.

2) Unter diesen Umständen erlangt der Grad des vorhandenen Hörvermögens eine hohe diagnostische Bedeutung:

a) Wenn nämlich das Bestehen von hochgradigster Schwerhörigkeit oder Taubheit auf eine frische Verletzung an der Steigbügelfussplatte schliessen lässt, so liegt für die Entfernung des Fremdkörpers mittelst Abtragung der hinteren knöchernen Gehörwand, wenn

dieselbe auf anderem schonenden Wege unmöglich ist, eine *Indicatio vitalis* vor, da eine an die Anwesenheit des Fremdkörpers an dieser Stelle sich fast mit Sicherheit anschliessende Mittelohr-eiterung durch die Lücke in der *Fenestra ovalis* einen freien Weg in das Labyrinth und von hier durch den *Aqueductus cochleae* und den *Porus acust. int.* zu den *Meninges* findet.

b) Ist noch ein grösserer Rest von Hörvermögen vorhanden, welcher auf Intactheit der Steigbügelfussplatte schliessen lässt, so erscheinen vorerst Versuche berechtigt, nach *Zaufal* und *Heidinger* dem Fremdkörper, falls es ein Fruchtkern ist, Wasser mittelst Glycerin- oder Alcohol- und Aethereinträufelungen zu entziehen; auch eine forcirte Wasserinjection durch die *Tuba*, welche in mehreren früheren Fällen zum Ziele geführt hat, ist versuchsweise angezeigt, wenn an dem Fremdkörper überhaupt noch eine Spur von Beweglichkeit zu fühlen ist.

3) Treten in einem Fremdkörperfalle, mag noch ein Rest von Hörvermögen vorhanden sein oder nicht, neben Mittelohreiterung locale Entzündungserscheinungen in der Umgebung, insbesondere an der *Pars mastoidea* auf, so ist nicht, wie bei den einfachen Eiterungen, zunächst ein zuwartendes Verfahren (Kälte, Blutentziehungen etc.), sondern die sofortige operative Eröffnung des *Antrum* angezeigt.

4) Der Versuch, an diese Operation gleichzeitig die Entfernung des Fremdkörpers selbst anzuschliessen, indem man mit der Aussenwand der *Pars mastoidea* zugleich die hintere knöcherne Gehörgangswand bis zur Paukenhöhle mittelst *Meissels* und *Hammers* abträgt, ist berechtigt und erscheint, wenigstens bei Kindern in den ersten Lebensjahren, aussichtsreich.

Abscess des Kleinhirns ex otitide. (*Cerebellar Abscess Following Otitis media.*) Von A. T. Muzzy in New-York. (*The Medical Analectic*, 6. December 1888.)

Ein 17jähr. Knabe wird am 12. Mai 1888 in comatösem Zustande in's Hospital aufgenommen. Linksseitige Otorrhoe, welche schon seit 8 Jahren besteht. Die Krankheit hatte vor 2 Wochen mit starkem Kopfschmerz und obstinater Stuhlverstopfung angefangen, wobei der Ohrenfluss plötzlich versiegte, um sich aber bald wieder einzustellen. Pat. liegt auf der rechten Seite. Pupillen contrahirt, Temperatur meistens normal, gelegentlich subnormal. Druckempfindlichkeit über dem linken Schläfebein und dem unteren Theil des Scheitelbeins. Klonische Krämpfe. Am 17. Mai Trepanation der linken Schläfebeinschuppe $1\frac{3}{4}$ Zoll oberhalb und 1 Zoll hinter dem äusseren Gehörgang. Durchmesser der Trepankrone $\frac{1}{2}$ Zoll. Die Aspiratornadel wird in 3 verschiedenen Richtungen eingesenkt: kein Eiter. Die Trepanationswunde heilte gut. Der Zustand des Patienten blieb im Wesentlichen unverändert. Tod am 24. Mai, 7 Tage nach der Operation. — Bei der Section fand sich im vorderen Theil der linken Kleinhirnhemisphäre ein hühnereigrosser Abscess mit unebenen, rissigen Wandungen. Die *Dura mater* entsprechend dem *Porus acusticus internus* an der hinteren Oberfläche des Felsenbeins zerstört.

A. Sch. (N.-Y.)

Vier Fälle von Caries im Mittelohr bei Vorlagerung des Sinus transversus. Von Dr. Hessler in Halle a. S. (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 26, XV.)

H. bringt im Anschluss an 12 in der Literatur beschriebene Fälle von Blosslegung und Verletzung des Sinus transversus bei Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes 4 Fälle eigener Erfahrung.

Beim ersten, einem 12jähr. Knaben, wurde die Dura schon in einer Tiefe von 2—3 Mm. blossgelegt. Der Mangel pulsatorischer und respiratorischer Bewegungen verleitete H. zur Punction, nach welcher ein Blutstrahl 18—20 Cm. hoch emporstieg, der deutlich pulsirte. Der Sinus war angestochen worden. Glücklicher Weise verlief der Fall günstig.

Beim zweiten, einem 11jähr. Mädchen, meisselte H. den Warzenfortsatz nahe am Gehörgange an. In der Tiefe von 3 Mm. wurde die Dura blossgelegt und dabei ein subduraler Abscess gefunden, in den sich die Sonde 1 Ctm. weit einschieben liess. Während des Aufmeisselns wurde die Oeffnung aus der knöchernen Sinuswand durch Abspringen des Knochens zehnpfennigstückgross. Unterbrechung der Operation, Naht. Heilung per primam. Nach 7 Monaten sistirte auch die Eiterung aus dem Ohre.

Bei einem 18jähr. Mädchen musste H. die Operation unterbrechen, da er beim Versuche, längs des Gehörganges vorn oben zu in's Antrum vorzudringen, den Sinus transversus blosslegte. Heilung in 6 Tagen per primam. Die Ohreiterung wurde nicht gänzlich ausgeheilt. Bei der Schilderung H.'s: „Als ich noch nach der Warzenfortsatzspitze zu, wo sich der Knochen besonders erweicht zeigte, schräg nach vorn oben einmeisselte“, dürfte wohl nur ein Druckfehler unterlaufen sein.

Im vierten Falle konnte H. die Operation nicht vollenden, weil, trotzdem er sich an die hintere Gehörgangswand hielt, in einer Tiefe von 3 bis 4 Mm. die Dura blossgelegt wurde. Da der Sinus transversus fast bis an die hintere Gehörgangswand reichte, drang H. nicht weiter vor. Prima intentio nach 8 Tagen, wesentliche Besserung der Otorrhoe nach Gebrauch von Borsäure in Lösung.

H.'s Krankengeschichten sprechen wieder überzeugend für die Ungefährlichkeit der Eröffnung des Warzenfortsatzes bei vorsichtigem Operiren und strenger Handhabung der antiseptischen Cautelen.

Gomperz.

Die electricische Reizung und Behandlung der Hörnerven. Von Prof. Dr. Moriz Benedikt in Wien. (Separat-Abdruck aus der »Internationalen clinischen Rundschau«, 1888.)

Der Verfasser weist in Bezug auf eine von Gradenigo erschienene Abhandlung über das Verhalten des Acusticus gegenüber dem electricischen Strom auf seine schon vor Jahren gewonnenen und auch schon damals publicirten Erfahrungen hin, dieselben nochmals in dem Satze zusammenfassend, dass bei den schwankenden anatomisch-physicalischen Bedingungen der electricischen Acusticuserregung absolut kein Schluss auf seine Erregbarkeit im physiologischen oder pathologischen Zustande gezogen werden könne. Einen besonderen Werth kann Verf. demnach der Electrodiagnostik nicht beimessen. Ebenso wird auch die Bedeutung der Electrotherapie für die Erkrankungen des Ohres nicht hoch angeschlagen

und erblickt Verf. die Hauptursache für die unbefriedigenden Resultate derselben in der Thatsache, dass die Behandlung meist zu spät beginnt. Weit bessere Erfolge als mit der Galvanisation will Verf. mit der Electrostatik erzielt haben, die sich auch in veralteten Fällen als ein die lästigen Begleiterscheinungen der Gehörskrankheiten, wie Sausen, Schwindel etc. beseitigendes Mittel glänzend bewährt.

Dr. Grossmann.

Ueber Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfelles. Von Prof. Walb. (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 26, XVI.)

Der Autor giebt zwar zu, dass eine Anzahl von Fällen mit Fistelbildung am vorderen oberen Pole des Trommelfelles durch primäre Mittelohrentzündung entstehen können, nimmt jedoch, gestützt auf langjährige Beobachtungen, an, „dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Erkrankung des äusseren Ohres die Entstehung jener Fisteln veranlasst, und zwar in zweifacher Weise: 1) indem eine Otitis externa circumscripta gerade die Umrandung der Membrana flaccida befällt oder auch eine Otitis externa diffusa dieselbe mit umfasst und 2) indem eine mit Secretion einhergehende Erkrankung des äusseren Ohres, auch wenn sie diese Gegend zunächst nicht befallen hat, unter dem Vorhandensein einer abnormen Communication zwischen äusserem Gehörgang und jenen hinter der Pars flaccida gelegenen Hohlräumen eine Infection resp. ein Mitergreifen dieser Abschnitte des Mittelohres herbeiführt; eine weitere ätiologische Möglichkeit würde sich ergeben, wenn der in Rede stehenden Krankheit ein tuberculöser Herd zu Grunde läge und die hier so häufig gefundenen cariösen Zerstörungen nach der oberen Gehörgangswand hin wirkliche tuberculöse Caries repräsentirten.“

Bezüglich der Therapie bekennt sich W. als voll und ganz zu der Schwartze'schen Anschauung stehend, dass die Behandlung eine chirurgische sein müsse. Abtragung der Granulationen, Freilegen der kranken Knochenparthien, Abkratzen derselben, Entfernung eingedickter Exsudate und methodische antiseptische Ausspülungen der kranken Räume durch Eingehen mit passenden Canülen werden in einer Anzahl von Fällen zum Ziele führen. Tubare Ausspritzungen nützen oft nicht viel, da die Communication fehlt. Gelingt es nicht, auf diese Weise Herr der Sache zu werden, so müssen grössere Eingriffe gemacht werden. Unabhängig von Schwartze hat W. die Myringectomy in solchen Fällen für indicirt gefunden und ausgeführt, bevor noch Schwartze seine reiche Erfahrung auf diesem Gebiete mitgetheilt hat. Gomperz.

Bemerkungen zu dem im XXV. Band dieses Archiv's*) S. 280 erschienenen critischen Referate des Herrn Goldscheider über meine Abhandlung: „Ueber den Einfluss von Trigemiusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut.“ Von Prof. V. Urbantschitsch. (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXVI, H. 4.)

Urbantschitsch wiederlegt zuerst die Behauptung Goldscheider's, als halte er die Tastempfindlichkeit der Haut für absolut symmetrisch veranlagt. Er habe aus einer grösseren Reihe von Fällen mit einseitiger

*) Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXVI, H. 4.

Mittelohrentzündung an 10 Fällen das gegenseitige Verhältniss der Hautsensibilität an zwei symmetrischen Gesichtsstellen in den verschiedenen Stadien der Ohrentzündung bis zum vollständigen Ablauf dieser bestimmt und dabei gefunden, dass die während der Ohrerkrankung gewöhnlich bestehende Ungleichheit in der Intensität der Hautempfindlichkeit mit dem Ohrleiden allmählig zurückgeht und schliesslich vollständig schwindet.

Daraus glaubt U. mit Recht schliessen zu können, dass die ursprüngliche Verschiedenheit der Hautsensibilität durch die Ohrentzündung bedingt war.

Dass U. die Nachempfindungen zur Feststellung des Zustandes des Tast- und Drucksinnes als sehr verlässlich halte, sei ebenfalls nicht richtig, da er die primären Nachbilder im Falle ihres Auftretens nur zur Prüfung der Veränderung der Stärke des Tastsinnes für sehr verlässlich halte.

Auch den Vorwurf, bei den Untersuchungen des Temperatursinnes die physiologische Feststellung über den Schwellenwerth des Temperatursinnes ausser Acht gelassen zu haben, weist U. zurück; er habe den neutralen Temperaturpunct vorzugsweise zu seinen Untersuchungen benutzt, da die physiologischen Schwankungen an demselben geringer erscheinen, als ausser diesem. Die von Goldscheider angeführten Schwankungen am neutralen Temperaturpuncte bei einigen seiner Fälle bis zu 2° hätten sich nicht unmittelbar aufeinander, sondern an verschiedenen Versuchstagen ergeben.

Schliesslich bekämpft U. die Ansicht G.'s, der neutrale Temperaturpunct sei „durchaus abhängig von der Eigentemperatur der Haut.“

Gomperz.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen. Von Dr. Goldscheider.
(Ibidem Bd. XXVI, H. 4.)

G. führt aus, dass er die von Urbantschitsch gewonnenen Zahlen übersichtlich zusammengestellt und aus diesen nachgewiesen habe, dass seine Beobachtungsergebnisse keine genügende Constanz darbieten, um den auch unter pathologischen Verhältnissen inconstanten Ergebnissen gegenüber als pathologisch zu gelten. Speciell bei der Dauer der Nachempfindungen habe er gezeigt, dass die Schwankungen derselben nach unten und oben an den gesunden Stellen nahezu eben so gross sind, ja dass diese Dauer dort sogar kürzer sein kann, als an den entsprechenden kranken Stellen, worauf U. Nichts erwidern zu können scheinete.

Die Behauptung U.'s, man könne mit seiner Methode der Nachempfindungen zwar nicht den Zustand des Tastsinnes, dennoch aber die Veränderung der Stärke desselben nachweisen, lässt G. nicht gelten, indem er daran erinnert, dass, wer die Länge der Nachempfindung am gesunden Ohre als Prüfstein hinstelle, sie doch zugleich als Kriterium des normalen Zustandes annehme.

Bezüglich des Temperatursinnes führt G. aus, dass der, von U. erfundene „neutrale Temperaturpunct“ lediglich durch die Eigentemperatur der Haut bestimmt sei. An der Wange muss nun nach Eulenburg sowohl Kälte, wie Wärmereiz je um 0,4° C. im Mittel niedriger oder höher als die Hauttemperatur sein, um eine Empfindung des Kühlens oder Lauen zu erzeugen. Der „neutrale Punct“ habe also hier eine

Breite von $0,8^{\circ}$ C. Es sei daher die Behauptung U.'s unstatthaft, es wäre pathologisch, wenn dieser Punct von der einen Seite $\frac{1}{4} - \frac{1}{2}^{\circ}$ R. höher oder tiefer liege, als an der anderen und es wäre dies eine Anomalie des Temperatursinnes, was höchstens als Anomalie der Temperatur anzusehen sei.

Gomperz.

Ueber das Verhältniss zwischen der einseitigen Wahrnehmung des Diapason-Vertex, den functionellen Zuständen und der electricischen Erregbarkeit des Acusticus. Von Dr. G. Gradenigo. (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXVII, I.)

Veranlasst durch die Hypothese Steinbrügge's*), dass die hauptsächlichste Ursache der einseitigen Wahrnehmung des Diapason-Vertex im erkrankten Ohre in einer functionellen Hyperaesthesie des Acusticus bestehe, welche constant die Erkrankungen des mittleren und äusseren Ohres begleitet, und andererseits im Hinblick auf die Vermehrung der electricischen Erregbarkeit des Acusticus bei vielen Erkrankungen des Gehörorganes, versuchte es Gradenigo, die Verhältnisse klarzulegen, welche zwischen den verschiedenen Graden der electricischen Reizbarkeit des Acusticus und der einseitigen Wahrnehmung des Diapason-Vertex bestehen. Er versuchte, folgende Fragen auf Grund klinischer Beobachtungen zu lösen:

„1) Kann man in den verschiedenen Affectionen des Gehörorganes ein constantes Verhältniss zwischen der Functionsweise des Acusticus und dem Grade seiner electricischen Erregbarkeit feststellen?

2) Falls der Diapason-Vertex vorzüglich nur an einer Seite percipirt wird, begegnet man auch auf dieser Seite einer Vermehrung der electricischen Reizbarkeit im Vergleiche mit dem zweiten Ohre?

Was die erste Frage anbelangt, so konnte sich Gradenigo durch die Untersuchung von 16 Kranken überzeugen, dass sich die Steigerung der electricischen Reizbarkeit des Acusticus ebensowohl einer normalen und übernormalen, wie einer stark herabgesetzten Hörfkraft hinzugesellen kann, andererseits, dass bei gewissen Affectionen die Functionsfähigkeit des Acusticus bedeutend herabgesetzt sein kann, ohne dass man eine Steigerung der electricischen Erregbarkeit nachweisen könnte.

Es muss hieraus geschlossen werden, dass die letztere zu den Functionszuständen des Acusticus in keinem constanten Verhältniss steht.

Bezüglich der zweiten Frage fand Gradenigo durch die Beobachtung von 28 Fällen, dass Steigerung der electricischen Erregbarkeit des Acusticus mit, aber auch ohne entsprechende einseitige Perception des Diapason-Vertex, und dass einseitige Perception des Diapason-Vertex ohne Steigerung der Erregbarkeit des Acusticus vorhanden sein könne.

Nachdem also eine Steigerung der electricischen Erregbarkeit des Acusticus nicht nothwendiger Weise eine Steigerung der functionellen Thätigkeit des Acusticus bedeutet, erweise sich eines der wichtigsten Argumente der Hypothese Steinbrügge's vor der klinischen Prüfung als unhaltbar.

Gomperz.

*) Ueber Stimmgabelprüfungen. Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. XVIII, H. 1.

b) Rhinologische:

Ueber die operative Entfernung von nasopharyngealen Geschwülsten. (On the removal by operation of nasopharyngeal tumors.) Von Thomas Annandale, Edinburgh. (Lancet, 26. Jan. 1889.)

Nach kurzer Erwähnung der anderen Operationsarten dieser Geschwülste beschreibt Verf. sein Verfahren. Er löst zunächst die Oberlippe und die untere Nase vom Knochen, Schnitt durch die Schleimhaut, dann trennt er das Septum am Boden der Nase ab, er trennt dann die Weichtheile in der Mitte des harten Gaumens und sägt die Platte desselben am Alveolarfortsatz und in der Mittellinie los, das Gaumensegel wird nur wenn nöthig durchschnitten, dann werden die zwei Kieferknochen auseinander gedehnt, was nicht schwer und bis zu einem Zoll möglich ist, dann wird der Tumor in geeigneter Weise entfernt, die Wunde antiseptisch tamponirt, die beiden Kiefer wieder aneinander gedrückt und der Knochen vorne mit einer Drahtnaht, hinten die Weichtheile mit Pferdehaarnähten vereinigt. Verf. rühmt an dem Verfahren, dass es viel Raum gebe, keine Entstellung hinterlasse und eine weitere Fortsetzung der Operation zur Kieferresection nicht hindere, falls man sich während derselben überzeugen sollte, dass man mit ihr nicht zum Ziele gelangte. Drei Fälle werden beschrieben. Dr. M. Schm.

c) Pharyngo-laryngologische:

Acute Glossitis bei einem kleinen Mädchen. (Cas de glossite aigue chez une petite fille.) Von Dr. Shield. (Société de méd. de Londres, Séance du 7. Novembre und Semaine médicale, Novembre 1887)

Nach einem Halsübel entstand bei einem 6jährigen Kinde eine acute Glossitis, welche das Athmen bedeutend störte. Vier tiefe Einschnitte brachten Erleichterung und erst am 14. Tage konnte das Kind die Zunge wieder in den Mund zurückbringen. In solchen Fällen ist die Arteria lingualis nach vorne gedrängt und man läuft Gefahr, selbe beim Scarificiren anzuschneiden. Dr. P. K.

Gangränöse Stomatitis. (Stomatite gangréneuse.) Von Dr. Warthon. (The Med. and Surg. Reporter, September 1887 und Revue mensuelle de laryngol. No. 5, 1888.)

Verf. giebt 7 Krankengeschichten von 2—5jährigen Kindern, wovon 2 starben. Die Behandlung bestand in Tonicis und localer Anwendung von Acid. nitricum.

Das Leiden entsteht nur bei schwächlichen Kindern nach allgemeinen Krankheiten, wie Masern, Scharlach, Typhus, selten spontan; den betreffenden Micrococcus hat man in letzter Zeit zwar beschrieben, doch bedarf es noch weiterer Untersuchungen. Diarrhoe, Lungenentzündung, Blutungen sind die gewöhnlichen Complicationen, welche zum Tode führen. Dr. P. K.

Ueber Zungenvarices. (Des varices de la langue.) Von Dr. Manon. (Thèse de Bordeaux 1887 und Revue mensuelle de laryngol. No. 5, 1888.)

Sie sind häufiger, als allgemein angenommen wird. Englische Autoren nehmen an, sie ständen in einem gewissen Verhältniss mit der Erkrankung der Hirngefässe; jedenfalls ist ihr Zusammentreffen mit Leiden des Kehlkopfes, der Lungen, des Herzens, des Mundes nicht zu läugnen; selten beim Kinde, werden sie meist im späteren Alter bei Advokaten, Sängern, Glasbläsern, Ausrufern, Alkoholikern beobachtet; sie kommen meist auf der Dorsalfäche der Zunge hinter dem V linguale oder unter der Zungenspitze vor. Kein Schmerz, Steifheit der Zunge, Trockenheit im Halse. Sie können cylindrisch oder ampullenartig sein. Wenn selbe mechanisch zu sehr hindern oder bluten, soll man sie mit dem Galvano-cauter brennen oder mittelst der Cooper'schen Scheere ausschneiden.

Dr. P. K.

Ein Fall von Eunuchenstimme. (Un cas de voix eunuchoïde.) Von Dr. Trifiletti. (Archivii ital. di laringologia, Juli 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Ein 41jähriger Mann, dessen Larynx die Mutation, vom anatomischen Standpunkte aus betrachtet, durchgemacht hatte, behielt dennoch die Stimme eines Knaben; beim Phoniren zeigte der Larynx das Bild der Falsettöne: Verschwundensein der Glottis interarytenoidea, elliptischer Spalt zwischen beiden Stimmbändern; dieser Befund stimmt nicht mit dem seiner Zeit von Fournié für die Eunuchenstimme angegebenen überein.

Dr. P. K.

Physiologie und Hygiene der Stimme und des Gesanges. (Physiologie et hygiène de la voix et du chant.) Von Dr. Masucci. (Revue mensuelle de laryngol. No. 5, 1888.)

Anatomie des Organes, Physiologie des Tones, Physik und Kunst der Musik; acustische Eigenschaften der menschlichen Stimme beim Sprechen, Singen und Tonangeben; Störungen, welche bei Menschen, welche ihre Stimme viel gebrauchen, auftreten können. Dies sind die 3 Kapitel des Buches, welches mit einigem Nutzen gelesen werden kann.

Dr. P. K.

Ein Fall von Stimmchorea. (Un cas de chorée vocale.) Von Dr. Abate. (Archivii ital. di laringologia, Januar 1888 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Eine nervöse, nicht menstruirte, mit einem Tic convulsif behaftete Frau bekam in Folge einer Aufregung eine Stimmchorea. Larynx normal, die Stimmbänder zittern während der Phonation. Kaum hat Pat. ein Wort gesprochen, so ist sie gezwungen, ein anderes Wort auszusprechen, welches in keinem Zusammenhang mit dem Begriffe steht, welchen sie ausdrücken will. Statt einen Reflexkrampf der Adductoren anzunehmen, nimmt Verf. eine Chorea vocalis an; dies ist eine Krankheit sui generis, denn die von den Autoren beschriebene Chorea laryngea ist von krampfhaftem, fortdauerndem, klangvollem, im Schlaf aufgehörendem Husten begleitet.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von primärem Larynxerysipel. (Deux cas remarquables d'érysipèle primitif du larynx.) Von Dr. Fasano. (Bolletino delle malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso No. 5, 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Der interessanteste von beiden Fällen, bei welchem in der Section der Streptococcus nachgewiesen wurde, ist ein Prototyp von primärem Larynxerysipel. Rylandt war der Erste, welcher das Verdienst hat, auf gewisse, fälschlich als Glottisoedem gedeutete Larynxaffectionen aufmerksam zu machen, welche Larynxleiden erysipelatöser Natur sind; nachher hat Massei verschiedene Fälle beschrieben, aber nicht microscopisch nachgewiesen.

Dr. P. K.

Klinische Bemerkungen über Diphtherie. (Clinical Notes on Diphtheria.) Von Donald W. C. Hood, M. D., London. (Lancet, 12. u. 19. Jan. 1889.)

Die Kranken, über welche die Bemerkungen gemacht werden, sind alle in den letzten 5 Jahren in Behandlung des Collegen gewesen, theils im West London Hospital theils in der Privatpraxis. Es wurden alle nicht specifischen Fälle ausgeschlossen, dagegen einzelne sog. einfache Anginen aufgenommen, welche, wie sich durch Entstehung oder Verlauf ergab, der Ausdruck einer diphtherischen Infection waren.

Die Behandlung war, individuelle Anpassungen ausgenommen, immer die gleiche, örtlich bestand sie aus einer Glycerinboraxsolution, welche stündlich heiss angewendet wurde. Er legt darauf grossen Werth, sowohl was die Wirkung als auch die baldige Erleichterung des Patienten anlangt, was er aus persönlicher Erfahrung bestätigt. Kälte war lange nicht so erleichternd. Je intensiver die Entzündung, desto grösser der Nutzen der heissen Applicationen. Bei Kindern, die nicht gurgeln können, verordnet er ein Pulver von Borax und Zucker, alle Stunden einige Decigramm in den Mund zu geben oder einige Tropfen der Boraxglycerinlösung. Er fürchtet gewaltsames Pinseln des Halses, schon die häufigere Untersuchung, da sie Anlass zu Autoinfection, Aspiration diphtherischer Massen in Larynx und Trachea geben können. Er habe Uebergang auf den Larynx nicht beobachtet. (Liegt leider oft wohl auch an der Epidemie! Ref.) Dagegen giebt er reichlich Brandy als Klystier, alle 3—4 Stunden 15 Gramm. Vor Allem aber legt er grossen Werth auf reichliche Zufuhr frischer Luft, er empfiehlt grosse Säle als Isolirräume für derartige Kranke, oder im Hause Oeffnen der Fenster.

Er führt nun eine grosse Zahl Krankengeschichten kurz an. In diesen bespricht er auch die Aetiologie, die Infection durch mangelhafte Drainage des Hauses, die verschiedenen Formen der Krankheit bei Ansteckung aus einer Quelle, von den leichtesten bis zu den schwersten eine continuirliche Reihe bildend.

Verf. meint, dass manchmal die Diphtherie nur die Lymphdrüsen des Halses befallt und kommt nochmals ausführlicher auf verdorbene Luft, schlechte Drainage des Hauses als Ursache der Krankheit zurück.

Er meint, dass in einzelnen Fällen eine bestimmte Ansicht über die Natur einer Angina erst aus dem weiteren Verlaufe oder später auftretenden Lähmungen gewonnen werden könne, speciell die Angina follicularis sei nicht selten diphtherisch. In jedem Hospitale seien grosse Isolirbauten für Diphtherie zu errichten.

Dr. M. Schm.

Senkrechte Larynxfractur. (Fracture verticale du larynx.) Von Dr. Guelliot. (Union médicale et scientifique du Nord-Est, Juli 1868, No. 7.)

Ein Glasarbeiter fiel direct mit dem Kehlkopf auf den Griff einer Ofenschaukel. Es entstand ein senkrechter Bruch des Schildknorpels mit den gewöhnlichen, in solchen Fällen beobachteten Symptomen: Erstickungsanfall, Blutspeien, Stimmlosigkeit, Schmerz in der Höhe des Larynx, Schlingbeschwerden durch Druck auf den Oesophagus, Emphysem des Zellgewebes des Halses, seitlich der Mittellinie des Halses ein tiefer Eindruck, der Fractur entsprechend.

Dr. P. K.

Totale Larynxexstirpation. (Extirpation totale du larynx.) Von Dr. Le Dentu. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 18. Juillet 1868.)

Die Operation wurde unter schlechten Verhältnissen ausgeführt. Die Tracheotomie wurde 2 Tage vorher gemacht. Wegen der ausgesprochenen Grösse des Larynx (ein nie fehlendes Symptom bei Larynxkrebs, welcher auf den Knorpel übergegriffen hat; Ref.) musste eine bedeutende Hautwunde gesetzt werden; es musste ein Stück der Speiseröhre mitentfernt werden. Nach einem Monat trat ein Recidiv vom Mundboden aus ein und Patient ging cachectisch zu Grunde. Bei so vorgeschrittenen Fällen soll man blos die palliative Tracheotomie ausführen, während die Total-exstirpation bei wenig entwickelten Fällen anzurathen ist.

Dr. P. K.

Laryngitis haemorrhagica. (Laryngite hémorrhagique.) Von Dr. Ramon de la Sota y Lastra. (Revista medica de Sevilla und Annales des maladies du larynx No. 4, 1868.)

Eine schwangere Frau erkältet sich, wird heiser, hustet und wirft Blut aus. Beim Wegwischen der Coagula aus dem Larynx sieht man das Blut hervorrieseln an der Spitze der rechten Cartilago arytenoidea. Heilung in 3 Tagen mittelst Adstringentien.

Dr. P. K.

Larynxsyphilis, Differentialdiagnose zwischen tuberculösen und syphilitischen Vegetationen. (Syphilis laryngée; diagnostic différentiel entre les végétations syphilitiques et tuberculeuses.) Von Dr. Casadesus. (Revista de Laring., Otol. y Rinol. No. 16, pag. 72 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1868.)

Verf. versucht die Differentialdiagnose zwischen beiden Halsleiden durch das Laryngoscop allein zu stellen. Leider lehrt die tägliche Erfahrung jeden Laryngologen, dass man oft genug diese Diagnose durch das Laryngoscop allein ohne Anamnese und sonstige Untersuchungsmethoden zu stellen nicht im Stande ist.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Thyroïdectomie. (Une observation de thyroïdectomie.) Von Dr. Lebeau. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 7, 1868.)

Ein 10jähriges Mädchen litt an Athembeschwerden, welche durch einen pomeranzengrossen, parenchymatösen Kropf bedingt waren. Ein medianer Hautschnitt, geführt vom oberen Rande der Cartilago thyroidea bis zum Manubrium Sterni, Einschneiden der Capsel der Drüse, Aus-

schalen der Geschwulst mittelst einer stumpfen Spatel und der gebogenen Scheere, Unterbindung der Arteriae thyroideae, Entfernung der Geschwulst, Auswaschen der Wunde mittelst Sublimatlösung ($\frac{1}{2}$ 0/100), Silberdrahtnaht, Einführen zweier Drainageröhrchen, antiseptischer Verband, Fixiren des Kopfes. Heilung.
Dr. P. K.

Kehlkopftuberculose eine Abductorlähmung vortäuschend. (Laryngeal tuberculosis simulating abductor paralysis.) Von Dr. Percy Kidd, London. (Lancet, 26. Jan. 1889.)

Verf. hielt in der Royal medical and clinical Society einen Vortrag, in welchem er 6 Fälle von Fixation der beiden Stimmbänder in der Mitte mittheilte, welche er bei Phthisikern beobachtet. Drei kamen zur Section; als Ursachen wurden erkannt: 1) dichte tuberculöse Infiltration um die Aryknorpel, secundär das Perichondrium ergreifend und zu falscher Ankylose der Cricoarytaenoid-Gelenke führend; 2) Ulceration und krankhafte Verwachsung der krankhaft veränderten Stimmbänder; 3) eitrige cricoarytaenoide Arthritis.

Verf. hält in solchen Fällen die Tracheotomie für durchaus nothwendig. In der Discussion machte Dr. de Havillaud Hall Mittheilung eines Falles, in welchem bei grosser Athemstörung die Stimmbänder in Kadaverstellung befestigt waren. Er meint, dass in einigen Fällen Thyreotomie angezeigt wäre, wenn man alles Krankhafte entfernen könnte. Dr. Douglas Powell meint, man müsse die Fälle von Gelenkerkrankung trennen von den Verengerungen durch tuberculöse Wucherung. Taylor hat schwere Bedenken gegen die Thyreotomie in solchen Fällen, da die Wunde schwierig heilen und wahrscheinlich Necrose der Knorpel folgen würde. (? Ref.)
Dr. M. Schm.

Kehlkopfkrebs. (Laryngeal cancer.) (Lancet 1889, 19. Januar.)

In der Clinical Society of London fand am 11. Januar a. c. eine Debatte über Kehlkopfkrebs statt. Zunächst trug Dr. Newman über Autoinoculation vor, indem er über einen Fall berichtete, in welchem bei einem 49 Jahre alten Manne zuerst ein krebssiges Geschwür auf dem linken Taschenbände vorhanden war, etwa 5 Monate später zeigte sich gegenüber auf dem rechten Taschenbände ein eben solches, hintere und vordere Commissur waren frei. Patient starb an Herzverfettung. Die Diagnose konnte dann microscopisch bestätigt werden. Bei einem zweiten Falle zeigte sich eine Anschwellung einer Lymphdrüse, welche sich später als carcinomatös herausstellte. Bei einem dritten Falle zeigte die dem Larynx entnommene Probe papillomatöse Structur, später tiefer herausgenommene krebssige. F. Semon berichtete über einen Fall, der mit Blutungen, unter dem Bilde einer Perichondritis mit Exfoliation des grösseren Theils der Knorpel, verlief. Bei der Section fand sich an Stelle des Kehlkopfes eine 6,5 Cmtr. grosse zerfetzte Höhle. Vorher war es gelungen, die Diagnose durch Entnahme eines Theilchens der Schwellung festzustellen. Butlin erzählte einen Fall, in welchem 10 Monate nach theilweiser Exstirpation des Kehlkopfes Recidiv auftrat, 1 Jahr nach der Operation wurde der Luftröhrenschnitt nöthig, der Kranke

lebte nachher noch 14 Monate. Eine 27jährige Frau lebte 1 Jahr nach Thyreotomie mit Ausschabung ohne Rückfall. Ein weiterer Fall war einige Monate nach derselben Operation noch gesund. Havillaud Hall, Semon und Keetley berichteten dann noch über Fälle mit schwieriger Diagnose und über glückliche und unglückliche Operationsfälle.

Dr. M. Schm.

Fremde Körper in der Luftröhre. (Foreign bodies in the air passages.) Von Joseph Collier, Manchester. (Lancet, 19. Januar 1889.)

Verf. ist der richtigen Ansicht, dass man, wenn der Fremdkörper in der Luftröhre ist, sich durch scheinbare Ruhe der Symptome nicht von Tracheotomie abhalten lassen solle. Er berichtet einen Fall eines 6 Jahre alten Knaben, welcher ein Zündhütchen in der Luftröhre hatte; pfeifende Geräusche am Thorax rechts verriethen dessen Anwesenheit im rechten Bronchus. Der Fremdkörper fand sich 14 Tage nach gemachter Tracheotomie im Kehlkopfe und wurde von unten herausgeschafft. Er ist gegen zu vieles Sondiren in die Bronchien nach der Tracheotomie.

Dr. M. Schm.

Inhalt.

I. Originalien: Gomperz: Ein Fall von weichem papillärem Fibrom der unteren Nasenmuschel combinirt mit Otitis media hyperplastica. — Dionisio: Ueber die Rhinoscopia posterior. — Voltolini: Zu meiner Durchleuchtungs-Methode. — Ziem: Entgegnung. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bezold: Zur Behandlung der Fremdkörper im Ohre. — Muzzy: Abscess des Kleinhirns ex otitide. — Hessler: Vier Fälle von Caries im Mittelohr bei Vorlagerung des Sinus transversus. — Benedikt: Die electriche Reizung und Behandlung der Hörnerven. — Walb: Ueber Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfelles. — Urbantschitsch: Bemerkungen zu dem critischen Referate des Herrn Goldscheider über meine Abhandlung: „Ueber den Einfluss von Trigeminusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut“. — Goldscheider: Erwiderung. — Gradenigo: Ueber das Verhältnis zwischen der einseitigen Wahrnehmung des Diapason-Vertex, den functionellen Zuständen und der electricchen Erregbarkeit des Acusticus. — b) Rhinologische: Annandale: Ueber die operative Entfernung von nasopharyngealen Geschwülsten. — c) Pharyngo-laryngologische: Shield: Acute Glossitis bei einem kleinen Mädchen. — Warthon: Gangränöse Stomatitis. — Manon: Ueber Zungenvarices. — Trifiletti: Ein Fall von Eunuchenstimme. — Masucci: Physiologie und Hygiene der Stimme und des Gesanges. Abate: Ein Fall von Stimmchorea. — Fasanò: Zwei Fälle von primärem Larynxerysipel. — Hood: Klinische Bemerkungen über Diphtherie. — Guelliot: Senkrechte Larynxfractur. — Le Dentu: Totale Larynxextirpation. — de la Sota y Lastra: Laryngitis haemorrhagica. — Casadesus: Larynxsyphilis, Differentialdiagnose zwischen tuberculösen und syphilitischen Vegetationen. — Lebeau: Ueber einen Fall von Thyroidectomie. — Kidd: Kehlkopftuberculose eine Abductorlähmung vortäuschend. — Newman: Kehlkopfkrebs. — Collier: Fremde Körper in der Luftröhre.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freyung 7, und **pharyngo-laryngologische** nur an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die **Expedition**, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl **Separat-Abzüge** beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig)
Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach**
(Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg**
(Budapest), Dr. **Lubinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig),
Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M.**
Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald),
Dr. **Weill** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie
an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien
und

Dr. R. VOLTOLINI
Professor
an der Universität
Breslau

Professor Dr. **WEBER-LIEG**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, März 1889.

No. 3.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Monatsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz**.

I. Originalien.

Ueber ein Verfahren, Gipsabgüsse vom Gehörgang und Trommelfell des Lebenden zu gewinnen.

Z. 138.

Von

Dr. **Ludwig Löwe** in Berlin.

In meiner vorläufigen Mittheilung „Ueber eine neue Verbandmethode für's Ohr“ (siehe diese Monatsschrift No. 10, 1888) habe ich erwähnt, dass sich gleich bei den ersten Versuchen, einen aseptischen Occlusivverband für das Gehörorgan ausfindig zu machen, eine Methode, den Meatus auditorius externus und die äussere Trommelfelloberfläche des Lebenden in Gips abzuformen, ergeben hat. Da derartige Abgüsse in Fällen, in denen die Diagnose durch die bisherigen Hilfsmittel nicht mit Sicherheit gestellt werden kann, gute Dienste zu leisten geeignet erscheinen, so erachte ich es für angezeigt, mein Verfahren zu veröffentlichen. Die vom Lebenden gewonnenen Gips clichés lassen sich nämlich wie Leichenpräparate der Untersuchung durch directe Palpation unterwerfen und gewähren deshalb viel exactere Befunde über allerhand pathologische Veränderungen, wie Sitz und Ausdehnung cariöser Stellen des Gehörgangs, Lage und Grösse von Tumoren, Einwärtsziehung und Vor-

wölbung der Trommelfelloberfläche, Stellung der Ebene der Myrinx zur Gehörgangssaxe und über vieles Andere mehr, als sich durch Spiegel und Sonde erreichen lässt. Die Einzelheiten des Verfahrens sind folgende: Gehörgang und Trommelfell werden zuvörderst durch Ausspritzen von anhaftenden Unreinlichkeiten befreit. Sodann legt Derjenige, dessen Ohr abgeformt werden soll, den Kopf horizontal auf die Platte eines niedrigen Tisches, mit der abzuformenden Seite nach oben. Ein Gehilfe zieht mit der einen Hand den Rand der Ohrmuschel nach hinten und oben, mit der anderen den Tragus stark nach vorn, so dass die Krümmung des Gehörgangs ausgeglichen und die Eingangsöffnung desselben erweitert wird. Den nunmehr beinahe senkrecht von oben nach unten gehenden Canal träufelt man mit lauwarmem Olivenöl voll. Da dies nur bezweckt, die Haut einzuölen, so wird das Oel sofort wieder durch Ueberbeugen des Kopfes auf die andere Seite und durch energisches Schütteln desselben beseitigt. Nunmehr wird ein gleich näher zu beschreibendes, syrupartiges Gemisch, bestehend aus Gelatine, Agar-Agar, Glycerin und Wasser, langsam und vorsichtig in den Gehörgang gegossen, bis es im Grunde der Ohrmuschel zu Tage steht. Auf die richtige Zusammensetzung besagten Gemisches kommt Alles an. Die vier Ingredienzien desselben müssen nämlich so gemengt sein, dass das Ganze erst bei 60° C. flüssig wird, dass es aber, einmal liquid geworden, in diesem Aggregatzustande möglichst lange, selbst nachdem man die Temperatur bis unter 50° C. erniedrigt hat, verharret. Mischungen von Gelatine, Glycerin und Wasser haben nämlich die Eigenschaft, dass ihr Schmelzpunkt und ihr Erstarrungspunkt weit von einander liegen, d. h. es bedarf einer viel höheren Temperatur, um sie aus dem festen in den flüssigen Aggregatzustand überzuführen, als umgekehrt. Das ist übrigens keine vereinzelte, etwa nur der Gelatine allein zukommende Eigenschaft. Vielmehr scheint dieselbe mehr weniger allen Körpern inne zu wohnen. So muss man, um Eis zu schmelzen, die Temperatur etwas über 0° erhöhen, kann aber das erhaltene Wasser umgekehrt um mehrere Grade unter 0° abkühlen, ehe es wieder gefriert, vorausgesetzt, dass man es vollkommen ruhig stehen lässt. Dieser Unterschied zwischen der Erstarrungs- und der Verflüssigungstemperatur ist nun besonders stark bei Gelatinegemischen ausgesprochen und beträgt unter Umständen über 10°. Auf diese Eigenschaft leimartiger Körper gründet sich nachstehendes Verfahren.

Die genaue Zusammensetzung des zu den Gehörgangsabgüssen angewendeten Gemisches ist mir unbekannt. Ich beziehe dasselbe fertig aus der hiesigen Fabrik gelatinöser Capsules (Berlin C., Spandauerstrasse 77), deren Inhaber, Herr Apotheker Levisohn, sich in freundlichster Weise der Mühe unterzogen hat, die betreffenden, zahlreichen, zeitraubenden Vorversuche zu machen. Ehe die Fabrik im Stande war, ein brauchbares Gemisch von stets gleicher Güte herzustellen, sind mehrere Monate vergangen. Augenblicklich liefert sie dasselbe in Reagensröhrchen zu je 10 Grm., die für ungefähr 6 — 8 Abgüsse ausreichen, fertig zum Gebrauch zum Preise von 1 Mk. pro Stück. Dickflüssigere, also schwerer schmelzende Mischungen sind nicht brauchbar, weil der Gehörgang Temperaturen über 50° nicht verträgt und auch diese nur unter der Bedingung tolerirt, dass die Flüssigkeit tropfenweise eingeträufelt

wird. Düninflüssige Massen können zwar leichter bis an's Trommelfell gebracht werden, haben aber den Nachtheil, dass sie, einmal verflüssigt, zu schwer wieder fest werden. Beim Eingiessen der Gelatine-Mischung in den Meatus auditorius externus fangen sich häufig Luftblasen. Sie werden nach der bekannten Methode der Tragus-Pressse entfernt; man drückt den Tragus in den äusseren Gehörgang. Dann lässt man den Druck plötzlich nach, drückt wieder u. s. w. Die Luftblasen steigen in die Höhe und werden, sobald sie zu Tage treten, mit einer glühenden Nadel angestochen, wobei sie platzen.

Um die Gelatine-Mischung bis zum Grunde des Gehörgangs zu bringen, bedient man sich zweckmässig einer kleinen (1 Ccmtr.-) Glaspipette mit langem dünnen Stiel. Nachdem das Gemenge bis zum Reservoir der Pipette aufgesaugt ist, führt man letztere mit auf die äussere Oeffnung aufgelegtem Finger so tief in den Gehörgang ein, dass das untere Ende das Trommelfell berührt. Entfernt man dann den Finger, so fliesst die syrupartige Gelatinemasse tropfenweise aus der Pipette ab.

Würde der Patient den Kopf ohne Weiteres aufrichten, nachdem sein Gehörgang mit dem Gelatinegemisch gefüllt ist, so würde letzteres einfach abfliessen, da es bei den Temperaturverhältnissen des Meatus auditorius externus zähflüssig bleibt. Um es zur vollständigen Erstarrung zu bringen, muss man es noch besonders abkühlen. Dies geschieht dadurch, dass man stark abgekühlte Luft ca. 30 — 40 Minuten lang über die am Grunde der Ohrmuschel zu Tage tretende Oberfläche des Gemisches streichen lässt. Man bedarf zur Erzeugung der nothwendigen Kälte keines kostbaren Apparates, vielmehr kann man sich jeder Zeit mit Hilfe folgender einfachen Vorrichtung einen für den vorliegenden Zweck genügenden Strom kalter Luft verschaffen. Ein 10 — 15 Mtr. langes Bleirohr von 3—4 Mmtr. Lichtdurchmesser wird, schlangenförmig gewunden, in eine passende Porzellan- oder Thonschüssel gelegt. Das eine Ende des Rohres steht mit einem gewöhnlichen Doppelgebläse in Verbindung; an das andere ist ein ca. 40 Ctm. langes Stück Gummirohr angesetzt. Die Schüssel wird mit einem Gemenge von kleinen Eisstückchen und Kochsalz gefüllt. Der ganze Apparat kostet wenige Mark. Seine jedesmalige Füllung erfordert für 5 Pf. Kochsalz und für denselben Betrag Eis. Er liefert dafür ca. 4 Stunden lang abgekühlte Luft. Er fungirt, wie wohl ohne Weiteres verständlich ist, in der Art, dass die vom Doppelgebläse eingetriebene Luft während der Passage durch die Bleischlange an deren Wandungen Wärme abgiebt, also an der über der Oberfläche des Gelatinegemisches postirten Ausführungsöffnung abgekühlt austritt. Dadurch wird zuvörderst die Oberfläche und später auch der im Gehörgang steckende Theil des Gelatinegemisches zur Erstarrung gebracht.

Im Meatus auditorius externus steckt nun ein solider Gelatinecylinder, der bis in die feinsten Details alle Erhabenheiten und Vertiefungen des Trommelfelles wiedergiebt. Um ihn intact herauszubefördern, muss man dasselbe Verfahren einschlagen, das in der Ohrenheilkunde überhaupt zur Eliminirung von Fremdkörpern aus dem Gehörgang angewendet wird, d. h. man muss ihn ausspritzen.

Bei Anwendung der von mir angegebenen „forcirten“ Ausspritzungs-Methode (siehe diese Monatsschrift No. 1, 1887) erhält man ihn in toto

intakt in dem Spritzwasser schwimmend und kann ihn in dem untergehaltenen Becken auffangen.

Damit ist nun allerdings noch nicht viel, nämlich nur ein aus hinfälligem Material hergestellter negativer Abguss gewonnen. Derselbe sieht genau so aus wie die bekannten Bezold'schen Leichenabgüsse. Es kommt nun darauf an, von diesem Negativ ein aus widerstandsfähigem Stoffe (Gips) hergestelltes Positiv abzuklatschen. Dies geschieht in folgender Weise: Man begiesst den Boden eines schwedischen Streichholzschächtelchens mit einer Lage dick angerührten Gipsbreies und legt in dem Momente, wo dieser zu erstarren beginnt, den Gelatineabguss mit der Längsaxe parallel zu der des Kästchens darauf. Nun giesst man das ganze Kästchen voll. Nachdem der Gips erstarrt ist, löst man ihn aus dem Kästchen, schneidet die eine Schmalseite, entsprechend dem in der Ohrmuschel zu Tage tretenden Ende des Gelatinecylinders, an und sucht nun den Gelatinecylinder herauszubringen. Das ist in frischem Zustande nicht leicht. Am besten gelingt es, wenn man das Präparat ein paar Stunden stehen lässt. Der Gelatinecylinder trocknet durch Wasserabgabe zu einem Häutchen zusammen, das ohne Schwierigkeit entfernt werden kann. Gute Gipsabgüsse zeigen selbstverständlich alle grobmorphologischen Details des Originals. Es braucht wohl schliesslich nicht erst noch besonders betont zu werden, dass es nicht statthaft ist, Abgüsse an Ohren mit grösseren Trommelfellperforationen zu machen — ganz kleine, stecknadelspitzgrosse hindern nicht — da durch grössere Löcher leicht beim Einpinseln etwas von dem Gelatinegemisch in die Trommelhöhle gelangen und daselbst, namentlich in Bezug auf die Hörfunktion, unberechenbaren Schaden anrichten kann.

Ein Fall von Rhinosclerom¹⁾.

Von

Dr. G. Bojew in Moskau.

Das Rhinosclerom ist keine neue Krankheit, in Russland aber ist es noch so wenig bekannt, dass ich mir erlaube, zu den veröffentlichten Fällen auch den meinigen beizufügen, unsomehr, als dies der erste in Moskau diagnosticirte Fall ist.

Im Jahre 1870 hat Hebra zuerst das Rhinosclerom aus der Reihe der Hautkrankheiten ausgeschieden, und in demselben Jahre gab Kaposi eine anatomisch-pathologische Schilderung dieses Leidens. Er nimmt an, dass die Verhärtung der Haut beim Rhinosclerom von der kleinzelligen Infiltration des Coriums und der Hautpapillen herrührt und dass dasselbe dem kleinzelligen Sarcom am meisten nahestehe. Ein Gewebszerfall kommt hier nicht vor; die Ursache des Leidens ist unbekannt; eine anti-syphilitische Behandlung blieb erfolglos. Geber und Mikulicz betrachten als Grundlage des Processes eine chronische Entzündung, da sie

¹⁾ Nach einem in der Gesellschaft Russischer Aerzte in Moskau am 21. October 1888 gehaltenen Vortrage.

zwischen den Rundzellen Spindelzellen und Bindegewebsbündel fanden. Ausserdem bezeichnet Mikulicz als charakteristisches Merkmal des Rhinoscleroms grosse, in den Maschen der kleinzelligen Infiltration des Coriums gelegene Rundzellen. Er weist auf den Zusammenhang zwischen Rhinosclerom und Syphilis, und namentlich in deren hereditären Formen, hin. Denselben Standpunkt, in Bezug auf die anatomische Seite dieses Leidens, vertrat auch Billroth, welcher die Knochenconsistenz der Neubildung auf die Schrumpfung des Gewebes zurückführt. Der Fall von Zeissl²⁾ (1880) diente zur weiteren Aufklärung dieses Leidens, dahin, dass das Rhinosclerom nicht immer als stabile Neubildung auftritt und dass sie einer regressiven Metamorphose fähig ist.

Frisch³⁾ fand zuerst (im Jahre 1882) im Rhinoscleromgewebe eigenthümliche Bacterien in Form von Bacillen, welche in den grossen, im regressiven Stadium befindlichen Zellen des Infiltrats liegen.

Paltauf und Eiselberg⁴⁾ haben zuerst Reinculturen dieser Bacillen hergestellt und Thieren eingepft, aber ohne Erfolg. Ueberhaupt begann man nach Frisch immer öfter und öfter Rhinoscleromfälle zu veröffentlichen. Das Rhinosclerom erwies sich als ziemlich verbreitet und augenscheinlich von climatischen Bedingungen⁵⁾ keineswegs abhängig; so z. B. beobachtete Köbner⁶⁾ Rhinoscleromfälle in Berlin, Chiari und Riehl⁷⁾ in Wien, Pellizari in Italien; Alvarez und Cornil⁸⁾ haben Fälle aus Central-Amerika gesehen.

Cornil, der die Alvarez'schen Fälle untersucht hat, fand ausserdem eine hyaline Entartung der Rundzellen. Somit finden wir im Rhinoscleromgewebe eine Menge kleiner Rundzellen, darunter grosse, hyalin entartete Rundzellen, Bindegewebsbündel und Spindelzellen. Die Härte des Gewebes ist, nach Wolkowitsch, einerseits von der hyalinen Entartung, andererseits von der Bindegewebsentwicklung bedingt. In den letzten 2 Jahren wurden von Schulthess⁹⁾ ein Fall, von Dittrich¹⁰⁾ 2 Fälle und von Koehler¹¹⁾ 2 Fälle veröffentlicht, welche letzteren jedoch wegen Fehlens histologischer und bacteriologischer Untersuchung nicht beweisend sind.

Was die Literatur des Rhinoscleroms in Russland anlangt, so gehört der erste in Russland diagnosticirte Fall Prof. Brujew¹²⁾; es wird dessen im Berichte des Ambulatoriums am Kreuzerhöhungsstifte in St. Petersburg für das Jahr 1872 gedacht. Der betreffende Kranke war nur ein Mal

²⁾ Wiener med. Wochenschrift No. 22, 1880.

³⁾ Ibidem No. 32, 1882.

⁴⁾ Fortschritte der Medicin No. 19, 1886.

⁵⁾ Einige Autoren (Matlakowsky und Jakowsky — Gazetta lekarska No. 45 und 53, 1887) vertheilen das Vorkommen des Rhinoscleroms zwar nach gewissen Staaten, doch scheint es mir, wegen Mangel an Statistiken, verfrüht, Schlüsse in dieser Richtung zu ziehen.

⁶⁾ Deutsche med. Wochenschrift No. 26, 1885.

⁷⁾ Prager Zeitschrift für Heilkunde No. 4 und 5, Bd. VI, 1885.

⁸⁾ Le Progrès médical No. 30, 1883.

⁹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Medicin Bd. 41, 1887.

¹⁰⁾ Prager Zeitschrift für Heilkunde 251.

¹¹⁾ Monatsschrift f. Ohrenheilkunde No. 7, 1888.

¹²⁾ Medicinsky Wiestnik No. 26, 1874.

auf der Ambulanz. Von Dr. Mandelbaum¹³⁾ liegt eine klinische Darstellung eines Rhinoscleromfalles, mit Beilage einer histologischen und bacteriologischen Beschreibung von Dr. Kranzfeld, vor. Bald darauf erschien noch eine Arbeit von Dr. Wolkowitsch¹⁴⁾, der 6 Rhinoscleromfälle untersucht hatte. Aber schon im Jahre 1884 diagnosticirte Prof. Stakowenkow in Kijew den ersten Rhinoscleromfall; der zweite wurde von ihm in der Gesellschaft der Aerzte zu Kijew im Jahre 1886 vorgestellt. Seine sämtlichen 3 Fälle sind im Medicinskoje Oboscenie für das Jahr 1887, No. 20, publicirt. Ausserdem sind Rhinoscleromfälle von Matlakowsky und Jakowsky¹⁵⁾ und von Limanowsky¹⁶⁾ veröffentlicht.

In meinem Falle stellte ich die histologische und bacteriologische Untersuchung Herrn Prosector Dr. M. Nikiforoff zur Verfügung und lenkte meine Aufmerksamkeit nur auf die klinische Seite. Der Kranke stand in meiner Beobachtung im Laufe von 10 Monaten. Seine Historia Morbi ist wie folgt:

W. Busniakow, Reservist, 25 Jahre alt, Hausirer von Beruf, im Gouvernement Jaroslaw gebürtig, liess sich am 30. September 1887 in das Alt - Katharinen - Arbeiterspital aufnehmen.

Im Jahre 1884 trat er in den Militärdienst ein und brachte die erste Zeit in Rostou (Gouv. Jaroslaw) zu. 4 Monate nach seinem Eintritte in die Armee bekam er plötzlich ziemliche starke Nasenblutungen, die ca. 6 Mal im Laufe des Tages sich wiederholten, dann auf 1 — 2 Tage pausirten, um darauf wieder zu beginnen. Solche Blutungen mit Intervallen hielten 10 Tage an und wiederholten sich dann abermals. Eine 2monatliche Behandlung blieb vollständig erfolglos und fühlte Pat. sich daher veranlasst, in das Militärhospital einzutreten. Nach 2monatlicher Behandlung im Spital wurde er als geheilt entlassen; aber kaum war eine Woche verstrichen, als die Blutungen sich wieder einstellten, und da bemerkte er zum ersten Male, dass die Nase anzuschwellen begann, was ihn wieder das Spital aufzusuchen veranlasste. Dieses Mal wurde der Kranke wahrscheinlich als Syphilitiker angenommen, da er mit Frictionen und Jodkali beinahe 6 Wochen behandelt wurde. Trotz dieser Behandlung ging die Schwellung der Nase nicht zurück, sondern vergrösserte sich und der Kranke wurde ungeheilt entlassen.

Status praesens: Der Kranke ist von starkem Körperbau und guter Ernährung. Seitens der inneren Organe ist nichts Abnormes zu verzeichnen. Die Nasenspitze sammt den Nasenflügeln und das äussere häutige Septum erscheinen geschwellt, verdickt und beim Anfühlen hart. Die Nasenflügel sind nach aussen auseinandergeschoben, gleichsam plattgedrückt. Der rechte Nasenflügel ist von knochenharter Consistenz und lässt sich nicht zum Septum heranrücken; diese Verhärtung streckt sich sowohl längs des ganzen Septum, als der Schleimhaut des ganzen Nasenloches aus, so dass das Nasenloch gleichmässig verengt erscheint und kaum eine Gänsefeder von $\frac{1}{4}$ Ctm. im Durchmesser durchlässt. Die

¹³⁾ Wratsch No. 38, 1887.

¹⁴⁾ Wratsch No. 47, 1887.

¹⁵⁾ Russkaja Medicina No. 10, 1887.

¹⁶⁾ Wratsch No. 50, 1887.

Nasenmuscheln sind durch die Verdickungen vollständig verwischt; die Athmung durch dieses Nasenloch ist ziemlich frei; die Nasenschleimhaut ist dunkelrothblau und mit erweiterten Venen bedeckt; solche erweiterten Gefässe sind auch auf der die Neubildung bedeckenden Haut zu sehen. Der linke Nasenflügel ist auch geschwollen, aber noch verschiebbar, seine Schleimhaut ist zwar auch verdickt, aber weniger, als auf der rechten Seite, und ist die Oeffnung noch ziemlich weit. Zwischen dem Septum und dem rechten Flügel, auf dem Sulcus nasolabialis liegen 2 höckerige Verdickungen, welche diesen ganzen Raum einnehmen, von denen eine die Grösse einer kleinen Wallnuss besitzt, die andere etwas kleiner ist. Die Verdickungen an dem linken Sulcus nasolabialis bilden unregelmässige Höcker, welche kleiner als auf der rechten Seite sind. Die Hautfläche dieser Verdickungen ist von dunkelrother Farbe, besitzt weder Haare noch Follikel. Das Gewebe dieser Bildungen ist dem schneidenden Messer leicht nachgiebig, abscedirt nicht und fällt dem Zerfalle nicht anheim; die Schnittwunde blutet aber stark und wird nach Sistirung der Blutung mit einer Borke bedeckt; sie vernarbt regelmässig. Die Neubildung ist gegen die benachbarte gesunde Haut scharf begrenzt.

Die Veränderungen sind aber nicht auf die Nase allein beschränkt: ganz dieselben Veränderungen finden wir im Pharynx, aber bereits von destructivem Character. Beim ersten Einblick in den Pharynx ersieht man, dass die Uvula vollständig fehlt, die Gaumenbögen gleichsam verdickt und in Stränge umgewandelt sind; sie sind uneben, von matter Farbe. Bei genauerer Besichtigung lassen sich längs der Gaumenbögen einzelne verdickte Stellen, in Form von Plaques, etwa von der Grösse einer Erbse, wahrnehmen; auf dem rechten Bogen sitzen 2 solcher Plaques, auf dem linken eines, ausserdem einige kleinere; stellenweise sind Exulcerationen in Form von Excoriationen der Schleimhaut zu sehen. Beide Gaumenbögen fühlen sich ziemlich hart an. An der hinteren Pharynxwand sind ebensolche Inseln sclerosirter Schleimhaut, aber weniger bemerkbare und in geringerer Zahl vorhanden. Was die Inspection der Nasenrachenregion anlangt, so konnte dieselbe nicht gemacht werden, weil das Gaumensegel in Folge von Contractionsverlust zu nahe zur hinteren Pharynxwand stand und die Oeffnung für eine solche Untersuchung zu geringfügig war.

Die Hals- und Ellenbogendrüsen sind nicht angeschwollen; Syphilis war nie dagewesen.

Ich will noch erwähnen, dass Thränenfluss ganz besonders im Freien und mehr aus dem rechten Auge beim Kranken beobachtet wird. Die Sprache ist nselnd.

Bei der Aufnahme des Kranken in's Spital war ich nicht wenig erstaunt, als ich diese Nasengeschwulst sah; nachdem ich aber den Pharynx untersucht hatte, zweifelte ich nicht mehr, dass ich es mit einer syphilitischen Affection der Nase und des Rachens, und zwar in gummosem Stadium zu thun hatte, und ordinirte daher Jodkali 2,0—4,0 pro die. Am 15. Tage entwickelte sich eine Conjunctivitis sinistra mit starkem Thränenflusse. Jodkali wird eingestellt und Atrop. sulph. verordnet. Nach 8 Tagen sistirte die Conjunctivitis. Während das Jodkali eingestellt wurde, bemerkte ich, dass die Nasengeschwulst noch mehr rothblau und der nselnde Accent stärker wurde. Diese Verschlimme-

rung machte in mir den Verdacht rege, ob ich es nicht etwa mit einer anderen Krankheitsform zu thun habe: die Neubildung schien keiner der von Chiari geschilderten Nasengeschwülste zu entsprechen. Ohne die Frage nach der Diagnose definitiv zu entscheiden, entschloss ich mich, die syphilitische Cur dennoch zu Ende zu führen und ordinirte daher ein combinirtes Verfahren — Ungt. cinereum und Jodkali. Am 4. Tage entwickelten sich Schmerzen beim Schlucken, die sclerosirten Stellen an den Gaumenbögen exulcerirten, der linke Nasenflügel schwellte noch mehr an, es entstanden hier 2 oberflächliche Schrunden, die sich mit Borken bedeckten (die nachträglich von selbst vernarbt) und am folgenden Tage bekam der Kranke ziemlich heftige Nasenblutungen. Nun wurde der Gedanke an Syphilis gänzlich verworfen, obgleich ein Syphilitologe, der zur Consultation herangezogen wurde, nicht im Mindesten an der syphilitischen Natur des Leidens zweifelte und forcirte Frictionen vorschlug. Aber bald darauf kam ich auf den Gedanken, ob hier nicht etwa ein Rhinoscleromfall vorliege, weshalb ich Herrn Prosector Dr. Niki-foroff ersuchte, die histologische und bacteriologische Untersuchung vorzunehmen, und wurden in seiner Gegenwart einige Stückchen aus der Geschwulst excidirt. Er fand nun in der That die charakteristischen Rhinosclerombacillen und hyaline Entartung der Zellen, und sind die Resultate seiner diesbezüglichen Untersuchungen im Archiv für experim. Pathologie und Pharmacologie, Bd. XXIV, bereits publicirt. Ich liess nun den Kranken einige Tage ohne jede Behandlung, bis etwa die entzündlichen Vorgänge in der Neubildung von selbst sistirten und begann nun subcutane Einspritzungen in das Rhinoscleromgewebe von 1procentiger Carbollösung, täglich 1—2 Pravazspritzen, zu machen. Im Ganzen wurden 63 Injectionen gemacht, die aber, wenn wir von den Besserungen, die im Pharynx eintraten, d. h. dass die Gaumenbögen ein mehr normales Aussehen bekamen und die nach den Frictionen eingetretenen Exulcerationen rückgängig wurden, absehen, keinen Erfolg brachten. Darau verliess der Kranke das Spital, stellte sich aber zeitweise 1—2 Mal wöchentlich bei mir ein, wo alsdann die Injectionen fortgesetzt wurden (von Februar bis Juli), jedoch ohne besonderen Erfolg. Im August kam der Kranke wieder zu mir, über Schmerzen in der Nase klagend. Und wirklich waren an der inneren Fläche des rechten Nasenflügels einige kleine Borken zu sehen, unter denen Exulcerationen erschienen. Nach Anwendung einer Zinksalbe fielen die Borken nach einigen Tagen ab und die Geschwüre vernarbt. Gegenwärtig bietet die Nase und der Rachen dasselbe Aussehen, als bei der Aufnahme des Kranken in's Spital.

Aus der Anamnese ist ersichtlich, dass der Kranke an Rhinosclerom schon 4 Jahre leidet, und dass die Krankheit an der Nase begann und sich dann auf den Pharynx fortpflanzte. Obgleich wir keine histologische und bacteriologische Untersuchung des Laryngoscleroms besitzen, so ist nach denjenigen Veränderungen, welche im Larynx bei chronischen Rhinoscleromformen vorkommen (Laryngitis inferior hypertroph. chronica), mit aller Wahrscheinlichkeit zu schliessen, dass wir es auch hier mit Rhinosclerom zu thun haben. Es ist bekannt, dass das Rhinosclerom auf die Lippen (der Fall von Prof. Stakowenkow), auf das Zahnfleisch der Maxilla sup. (Mandelbaum), auf das Antrum Highmori, auf den Ductus lacrymalis, ja sogar auf die Tuba Eustachii übergreifen kann.

Das Rhinosclerom braucht übrigens nicht gerade von der Nase seinen Ausgang zu nehmen, sondern kann auch an irgend einer der soeben erwähnten Stellen ursprünglich beginnen¹⁷⁾. Das Rhinosclerom des Rachens zeichnet sich von der Syphilis dadurch aus, dass dort eine Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand nicht vorkommt. Als charakteristisches Merkmal des Rhinoscleroms soll noch die symmetrische Vertheilung des krankhaften Processes hervorgehoben werden. So zum Beispiel afficirt der Process constant beide Nasenflügel, beide Nasenlöcher, beide Sulc. lacrym., beide Hälften des Gaumensegels und des Larynx; das Gewebe ist, wie Mandelbaum sich äussert, lebensfähig, d. h. dass beim Abtragen von Partikelchen der Neubildung die Wunde nicht eitert, sondern sich rasch mit einer Borke bedeckt und vernarbt. Das Gewebe schneidet sich, trotz seiner starken Härte, ganz leicht mit dem Messer und macht den Eindruck etwa einer Melonenschale. Dies sind alle Merkmale, welche das Rhinosclerom kennzeichnen lassen. In weniger typischen Fällen kann übrigens nur die microscopische Untersuchung die Frage entscheiden. Zu den subjectiven Erscheinungen gehören der Thränenfluss, in Folge von Verlegung der Thränengänge, vermindertes Athmen, wegen Verengung der Nasenlöcher und des Larynx, ja sogar Verengung des Mundes durch Uebergreifen des Processes auf die Lippen, wie dies in dem Billroth'schen Fall beobachtet wurde. Schmerzen sind in der Geschwulst nicht vorhanden, falls kein Zerfall eintritt. Der Verlauf der Krankheit ist ein langwieriger und kann der Tod in Folge von Erstickung eintreten. Im Allgemeinen stellen mit Rhinosclerom behaftete Kranke anscheinend gesunde, unausgeehrte und keine Syphiliszeichen tragende Subjecte dar. An und für sich wirkt die Krankheit nicht erschöpfend.

Die Behandlung. Diese bestand, wie erwähnt, in täglichen subcutanen Injectionen einer Iprocentigen Carbolsäurelösung; ich konnte mich aber eines befriedigenden Erfolges nicht erfreuen, obgleich ich diese Behandlung consequent durchgeführt habe (Prof. Stakowenkow erzielte mittelst dieses Verfahrens ziemlich gute Resultate). Ausserdem konnten in meinem Falle die Injectionen nicht in alle Theile der Neubildung gemacht werden: ich habe mit Mühe die Nadel in das Gewebe einstecken können und dabei trat kein Tropfen Flüssigkeit hinein, und musste ich daher weniger afficirte Stellen aufsuchen oder an der Grenze des kranken und gesunden Gewebes injiciren. Allenfalls wirkt dieses Verfahren in den initialen Stadien des Rhinoscleroms, und auch dabei nur in den den Injectionen zugänglichen Stellen. Prof. Lang will ebenfalls Besserungen durch Carbolsäure beobachtet haben. Cornil und Alvarez sprechen sich optimistisch für ihr Verfahren aus, welches in Injectionen von Tinct. Jodi, in Causticis und in chirurgischer resp. galvanocaustischer Abtragung der Neubildung bestand.

Mandelbaum meint, mit vollem Recht, dass kaum irgend welche Behandlung dauernde Resultate zu erzielen im Stande sei. Alles, was zu machen ist, besteht in Verkleinerung der Geschwulst auf chirurgischem Wege, in Erweiterung des Nasenganges mittelst Galvanocaustik, in Ver-

¹⁷⁾ Der Fall von Cotti, wo anfänglich eine Laryng. infer. chron. hypertr. diagnosticirt wurde, hat sich nach 2 Jahren als Rhinosclerom erwiesen.

nichtung der Knoten im Pharynx, wodurch man also den Process, wenn nicht ausheilen, so doch wenigstens einhalten könnte. Das von Mandelbaum vorgeschlagene Verfahren ist sehr zweckentsprechend. Er cauterisirte die Neubildung mit dem Galvanocauter und legte darauf auf die geätzten Stellen eine Paste aus Acid. lacticum, welche, ohne die gesunden Stellen zu schädigen, die kranken gut cauterisirt. Der Rachen wurde mit einer concentrirten Lösung derselben Säure behandelt. Auch in diesem Falle konnte die Behandlung nicht bis zum Abschlusse durchgeführt werden, denn sobald der Kranke gut zu athmen begann, entzog er sich jeder Cur, indem er sich für geheilt hielt.

Ich habe die Absicht, auch meinen Kranken dieser Cur zu unterwerfen, sobald er darauf eingehen wird.

Der Musculus crico-thyreoideus.

Von

Prof. Dr. **Klesselbach.**

Ueber die Wirkung des M. crico-thyreoideus ist so viel geschrieben worden, dass es schwer wird, sich aus all' den widersprechenden Ansichten ein Bild von der normalen Thätigkeit des Muskels zu machen. Bald zieht derselbe den Schildknorpel gegen den Ringknorpel herab, bald umgekehrt den Ringknorpel zum Schildknorpel hinauf, mitunter thut er auch beides, je nach der Tonhöhe. Nach Riegel¹⁾ ziehen die Cricothyreoiden die Platten des Schildknorpels auseinander und spannen die Stimmbänder durch seitlichen Zug, nach Jelenffy²⁾ werden die Platten des Schildknorpels einander genähert, dadurch die vordere Kante nach vorn geschoben und hierdurch eine energischere Spannung der Stimmbänder ermöglicht. Nur in der Beziehung ist man einig, dass die Cricothyreoiden als Stimmband-Spanner anzusehen sind.

Meines Wissens hat Schech³⁾ zuerst experimentell nachgewiesen, dass bei Reizung des durchschnittenen Laryngeus superior die entsprechende Hälfte des Ringknorpelbogens constant in schräger Richtung nach oben an den unteren Rand des Schildknorpels hinaufgezogen wird. Neuerdings soll Hooper⁴⁾ in Boston U. S. ebenfalls experimentell bewiesen haben, dass der Ringknorpelbogen durch den Cricothyreoideus nach oben gezogen wird. Als zweiter Factor für die Spannung der Stimmbänder komme der Luftstrom selbst in Betracht, welcher bei seinem Anprall gegen die Stimmbänder den ganzen Kehlkopf in die Höhe hebe. Hierbei werde der Ringknorpel stärker bewegt, als der Schildknorpel und dadurch vorn demselben genähert. — Bei der Kürze des Citats weiss ich nicht, ob ich Hooper's Ansicht richtig aufgefasst habe.

¹⁾ Riegel, D. Archiv f. clin. Medicin VII, 1870, pag. 204.

²⁾ Jelenffy, Pflüger's Archiv VII, 1873, pag. 77.

³⁾ Schech, Zeitschrift für Biologie IX, 1873, pag. 258.

⁴⁾ Hooper, Trans. Amer. Laryngol. Associat., New-York 1883, pag. 118 ff. Cit. nach Mackenzie, Singen und Sprechen, übers. von Michael, Hamburg und Leipzig 1887, pag. 192–193. Anm.

Wenn er aber glaubt, dass der Luftstrom das Wesentliche bei der Einstellung des Kehlkopfes für die verschiedenen Töne leiste, so kann ich dies nicht für richtig halten, da der Kehlkopf schon vor der Angabe eines wirklichen Tones die richtige Stellung einnimmt, und es für die Stellung des Kehlkopfes weiter gleichgiltig bleibt, ob man den betreffenden Ton sehr leise oder sehr laut singt. Auch können manche Menschen ohne Stellungsveränderung des Kehlkopfes mehrere in der Scala aufeinanderfolgende Töne singen, und bei einem Bauchredner fand ich, dass derselbe von tiefer Bruststimme zu hohen Falsettönen ohne erhebliches Steigen des Kehlkopfes übergehen konnte.

So wichtig nun auch der von Schech gelieferte experimentelle Nachweis über die Function des Crico-thyreoideus ist, so kann man doch bei der oberflächlichen Lage der vordern Theile beider Knorpel sich ganz gut über die betreffenden Vorgänge Rechenschaft geben, wenn man seinen eigenen oder fremde Kehlköpfe auf ihr Verhalten bei der Angabe höherer Töne prüft.

Legt man beim Singen den Finger an den Schildknorpel, so fühlt man nur eine Auf- oder Abwärtsbewegung, bei den höchsten Tönen auch eine Vorwärtsbewegung. Letztere beruht aber nicht auf einer Axendrehung im Ring-Schildknorpelgelenk, sondern auf dem Zuge der das Zungenbein fixirenden vorderen Muskeln, welchen bei der starken Contraction des Thyreohyoideus der ganze Kehlkopf folgen muss; es ist dieselbe Bewegung wie beim Schlucken. — Legt man dagegen den Finger zwischen beide Knorpel, so fühlt man deutlich, dass der Ringknorpel sich um seine Queraxe dreht: der obere Rand des Bogens nähert sich dem unteren Schildknorpelrande und ist nicht mehr durchzufühlen. Durch diese Drehung des Ringknorpels wird die Ringknorpelplatte nach hinten überbeugt, mit ihr die durch ihre Musculatur fixirten Aryknorpel. Der Schildknorpel dient als Ausgangspunkt dieser Bewegung, da er durch die Mm. hyo- und sternothyroidei fixirt ist, und müssen daher die Stimmbänder bei gleichzeitiger Feststellung der Aryknorpel in der Richtung von vorn nach hinten gedehnt werden.

Als weitere Ursache einer erhöhten Spannung der Stimmbänder führt Jelenffy an, dass nach dem Hinaufziehen des Ringknorpelbogens die nach der inneren Fläche der Schildknorpelplatten verlaufenden Fasern des Crico-thyreoideus die Platten einander nähern. Hierdurch werde der vordere Winkel des Schildknorpels nach vorn gedrängt und so eine weitere Erhöhung des Tones ermöglicht. — Es ist richtig, dass die erwähnten Fasern in einer Richtung verlaufen, dass ihre Contraction eine Annäherung der Schildknorpelplatten verursachen könnte; es ist ebenso richtig, dass das Zusammendrücken der Platten den Ton beeinflusst. Trotzdem kann ich die Ansicht Jelenffy's nicht theilen, da nach meinen Präparaten dieser Theil des Muskels zu schwach ist, um bei gleichzeitiger Contraction den an der äusseren Fläche entspringenden Fasern in der angegebenen Richtung erfolgreich entgegen wirken zu können.

Bei der weiteren Betrachtung des Mechanismus zur Erzeugung höherer Töne, besonders der Kopfstimme, können wir wohl die Wirkung der vom Laryngeus inferior versorgten Muskeln ausser Acht lassen, da dieselbe hinlänglich bekannt ist. Wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich, kommen zwei gleichzeitige Vorgänge in Betracht: 1) Mit der Er-

höhung der Stimme contrahirt sich der Crico-thyreoideus, um so stärker, je höher der Ton ist. Durch diese Contraction wird der Ringknorpel um die in den Ring-Schildknorpelgelenken liegende Axe gedreht, und so die Ringknorpelplatte mit den durch ihre Musculatur fixirten Aryknorpeln nach hinten überbeugt. Durch diesen Vorgang werden die Aryknorpel von dem vorderen, feststehenden Ende der Stimmbänder entfernt und somit die letzteren gespannt. 2) Mit dem Höherwerden des Tones steigt der Kehlkopf in die Höhe, bei den höchsten Tönen wird das Zungenbein und mit ihm der Kehlkopf zugleich nach oben und vorn gezogen.

Der Zweck des ersten Vorganges ist leicht einzusehen. Für den zweiten Vorgang, das Heben und Vorwärtsschieben des Kehlkopfes, scheint die Erklärung schwieriger. Dass dasselbe nicht, oder wenigstens nicht vorwiegend, dem Luftdruck von unten zuzuschreiben ist, haben wir bereits gesehen. Mackenzie⁵⁾ hält die Erhebung des Kehlkopfes bei der Production der hohen Töne überhaupt für unwichtig, „da bei fixirter Zunge Kopftöne auch ohne Herauftreten des Kehlkopfes hervorgebracht werden können. Der Kehlkopf steigt zweifellos bei Angabe der tiefen Töne des Brustregisters etwas herab; dies ist jedoch weniger eine Ursache als vielmehr eine Folge der Vertiefung der Stimme; der Sänger erschlaft instinctiv die sämmtliche Stimmusculatur möglichst, damit sich die Stimmbänder im Zustande hochgradigster Abspannung befinden. Das Senken des Kinns auf die Brust hat ganz dieselbe Ursache. Das Umgekehrte gewahren wir bei Sopranistinnen und Tenoren, welche den Kopf weit zurückwerfen, wenn sie ihre hohen Töne herausschmettern.“

Wenn Mackenzie weiter sagt, dass die verhältnissmässig geringe Steigung des Kehlkopfes kaum einen Einfluss auf die Höhe der Töne haben könne, so stimmt er darin mit Helmholtz⁶⁾ überein: „Im menschlichen Kehlkopf wird die Spannung der Stimmbänder, welche hier die membranösen Zungen bilden, selbst verändert und bestimmt die Höhe des Tones. Die mit dem Kehlkopf verbundenen Lufthöhlen sind nicht geeignet, den Ton der Stimmbänder beträchtlich zu verändern; namentlich haben sie zu nachgiebige Wände, als dass in ihnen Luftschwingungen zu Stande kommen könnten, stark genug, um den Stimmbändern eine Schwingungsperiode aufzudrängen, die nicht der von ihrer eigenen Elasticität geforderten sich anpasst. Auch ist die Mundhöhle ein zu kurzes und meist zu weit geöffnetes Ansatzrohr, als dass ihre Luftmasse wesentlichen Einfluss auf die Tonhöhe haben könnte.“

Trotz alledem ist nicht anzunehmen, dass die Gewohnheit aller singenden Menschen, den Kehlkopf für jeden Ton auf eine bestimmte Höhe zu erheben und ihn während der Dauer des Tones durch Muskelwirkung in derselben Stellung zu erhalten, gar keinen Zweck haben sollte. Ich habe nun bei allen von mir untersuchten Personen, welche die Fähigkeit besaßen, bei Tiefstand des Kehlkopfes hohe Töne zu singen, gefunden, dass dadurch der Klang der Stimme beeinträchtigt wird. Auch ist mir wiederholt von Sängern bestätigt worden, dass jeder Ton einer bestimmten

⁵⁾ Mackenzie, Singen und Sprechen, übersetzt von Michael, Hamburg und Leipzig 1887, pag. 50—51.

⁶⁾ Helmholtz, Lehre von den Tonempfindungen. 4. Aufl. Braunschweig 1877, pag. 164.

Stellung des Kehlkopfes bedürfe, um zu voller Schönheit zu gelangen. Wir müssen daher annehmen, dass die Veränderung des Ansatzrohres, wenn auch nicht auf die Tonhöhe, so doch auf den Klang der Stimme einen wesentlichen Einfluss habe. Es sind aber ausserdem noch folgende Momente zu berücksichtigen. Zunächst ist es selbstverständlich, dass sich die vorderen Hals- sowie die Zungenbeinmuskeln gleichzeitig mit der Thätigkeit des Crico-thyreoideus contrahiren müssen, um den Schildknorpel zu fixiren, und so eine leichtere und präcisere Wirkung des Stimmbandspanners zu ermöglichen.

Endlich kommt für die höchsten Töne noch ein rein mechanisches Moment in Betracht. Der Kehlkopf liegt bei gewöhnlicher Kopfhaltung gerade vor der grössten Convexität der Halswirbelsäule, so dass die Ringknorpelplatte mit den Aryknorpeln bei starker Contraction des Crico-thyreoideus und gleichzeitiger Contraction der vorderen Halsmuskeln in ihrer freien Beweglichkeit behindert ist. Man kann sich leicht hiervon überzeugen, wenn man bei stark nach rückwärts gebeugtem Kopfe versucht, die höchsten Töne zu singen. Bei mir selbst fehlen dann 3 Töne, die ich bei etwas nach vorn gebeugtem Kopfe noch leicht hervorbringen kann; wenn ich bei normaler Kopfhaltung einen dieser Töne intonire, so geht der Ton trotz aller Anstrengung herunter, sobald ich den Kopf nach hinten beuge. Von den von mir untersuchten Personen konnten manche bei nach hinten gebeugtem Kopfe nur die Töne der Bruststimme angeben; andere konnten zwar selbst bei starker Rückwärtsneigung des Kopfes ihre höchsten Töne singen, doch hatten dieselben dann sehr bald das Gefühl von Ermüdung des Kehlkopfes. — Auf demselben Grunde mag wohl auch die Gewohnheit von Sängern und Sängerinnen beruhen, welche zum sicheren Treffen höchster Töne den Kopf mit raschem Ruck nach vorwärts und unten bewegen.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische):

Zur Physiologie der Bogengänge. Ueber Bewegungen der Perilymphe. Von Prof. Ewald (Physiologisches Institut zu Strassburg). (Archiv für Physiologie, 44 Bd., IX. Heft.)

Nach Eröffnung eines knöchernen Bogenganges einer Taube sieht man unter Umständen Bewegungen der Perilymphe, die man für fortgeleitete Blutgefässpulsationen oder für die fortgeleiteten Athemschwankungen der Cerebrospinalflüssigkeit gehalten hat, beides jedoch irriger Weise, da die Bewegungen der Perilymphe weder mit dem Pulse noch mit der Athmung constant zusammenfallen, vielmehr liegt nach E. der Grund derselben in den Bewegungen des Schnabels resp. Unterkiefers, welche dadurch, dass der Unterkiefergelenkfortsatz ziemlich fest mit der Hautauskleidung des äusseren Gehörgangs verbunden ist, letztere sowie das Trommelfell mitbewegen. Durchschneidung des letzteren schwächt, Trennung der Columella hebt die Bewegungen der Perilymphe völlig auf. E. schliesst einige Reflexionen an. Auf Grund der Goltz'schen

Theorie über das Zustandekommen von abnormen Kopfbewegungen nach Bogengangverletzungen sollte man auch bei den in vorstehender Weise operirten Tauben Bewegungsstörungen erwarten; dieselben bleiben aus, und zwar: „weil eine derartige Combination der Druckwerthe, wie die in Frage stehende (Ausfall von Druckschwankungen bei Schnabelbewegungen auf der operirten, deutliche Schwankungen der Peri- resp. Endolympe auf der nicht operirten Seite), in Wirklichkeit durch Lageveränderungen des Kopfes überhaupt nicht erzeugt werden kann“. (Um so eher aber sollte man doch wohl abnorme Kopfbewegungen vermuthen! Ref.) — Das Auftreten von Gehörempfindungen bei dem operirten Thiere hält E. nicht für wahrscheinlich, da die Schnabelbewegungen zu langsam erfolgen, um als Ton oder Knall empfunden zu werden, dagegen glaubt der Autor, dass durch den Druck der Endolympe bei weit geöffnetem Schnabel das Thier schwerhörig werde, wie denn in der That beim Auerhahn während des Schleifens, der letzten Strophe des Balzgesanges, wobei der Schnabel weit geöffnet sein soll, völlige Taubheit beobachtet wird; ist dabei auch eine psychische Hemmung anzunehmen, so werde doch auch diese mechanische Ursache mitwirken. — E. weist auf die bekannte Thatsache, dass wir beim Gähnen schwerhörig werden, als analoge Erscheinung hin. (Die Excursion des Unterkiefers spielt aber hierbei keine Rolle, wie Politzer [Archiv für Ohrenheilkunde, IV, 1.] nachgewiesen, vielmehr handelt es sich um eine synergische Contraction des Tensor tympani. Ref.)

Keller.

- 1) **Nachtrag zu „Statistische Ergebnisse über die diagnostische Verwendbarkeit des Rinne'schen Versuches etc.“** Von Prof. Bezold. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XVIII, 3, 4.)
- 2) **Zweiter Nachtrag etc.** (Ibidem, XIX, 3.)

Die Verstärkung der Kopfknochenleitung bei Schalleitungshindernissen im Mittelohr findet nach B. im Gegensatz zu anderen Deutungsversuchen (Mach, Steinbrügge) ihre Erklärung in einer erhöhten Spannung des Schalleitungsapparates, wodurch, ähnlich wie bei einem gespannten Faden, bessere physicalische Bedingungen der Schalleitung durch feste Körper gegeben werden. Während diese Theorie für die pathologischen Schalleitungshindernisse nach B. ausschliessliche Geltung findet, stehen einige physiologische Experimente mit derselben in Widerspruch, besonders der Aspirationsversuch, welcher darin besteht, dass bei Verschluss von Mund und Nase rasch inspirirt wird. Hier bleibt die erwartete Verstärkung der Knochenleitung aus, trotz der erhöhten Trommelfellspannung und der hierauf basirenden Schwächung der Perception tiefer Töne für Luftleitung. B. ist nun in der sub 1) genannten Arbeit bemüht, diesen für die differenziell-diagnostische Bedeutung der Stimmgabelprüfungen im Sinne Bezold's belangreichen Widerspruch zu lösen. Nach den Ausführungen des Autor's liegt der Grund für den Ausfall der Verstärkung der osteotympanalen Leitung in einer durch den Versuch bedingten Auswärtsspannung der Membran des runden Fensters, wodurch dieselbe in ihrer Function, die Ausweichung des Labyrinthwassers zu ermöglichen, behindert wird. Die Richtigkeit der Annahme vorausgesetzt, werden also, wie B. selbst betont, Krankheitsprocesse,

welche die Schwingungsfähigkeit genannter Membran dauernd beeinträchtigen, insofern die diagnostische Geltung der Stimmgabeluntersuchungen modificiren, als dabei Luft- und Knochenleitung gleichzeitig verschlechtert sein müssen, auch bei reiner Mittelohrerkrankung ohne Complication seitens des Labyrinths.

2) B. fand in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen anderer Autoren (Lucae, Schwabach), dass tiefe Töne in Luftleitung bei Labyrinthkrankungen auffallend gut, bei Mittelohraffectionen dagegen um so schlechter gehört werden, je tiefer wir in der Tonscala herabsteigen, so dass ausnahmslos bei jeder Störung des Schalleitungsapparates der Grenzton aufzufinden ist, von welchem aus nach abwärts das Hörvermögen für Luftleitung erloschen ist, vorausgesetzt, dass ausreichende Tonquellen bei der Untersuchung zur Verfügung stehen. In dem totalen Ausfall eines kleineren oder grösseren Stückes vom unteren Ende der Scala für die Luftleitung sieht B. die sicherste Probe zur Erkennung von Schalleitungsstörungen, weil die Aussagen des Patienten durch Verschluss der Augen leicht controllirbar sind. — Das vorstehend bezeichnete gegensätzliche Verhältniss der Perception tiefer Töne bei Mittelohr- und Labyrinthkrankungen gewinnt für die differenzielle Diagnose dadurch noch an Bedeutung, dass sich bei Schalleitungshindernissen eine Verstärkung der Knochenleitung nachweisen lässt, und zwar ebenfalls ausnahmslos bei Anwendung tiefer Stimmgabeln. B. wandte für seine Untersuchungen eine (vom Instrumentenmacher Katsch, München, angefertigte) A₁ Stimmgabel an von 35 Ctm. Zinkenlänge mit 3 verschiebbaren Gewichten, durch deren Combination und Verschiebung die Tonscala von Contra C bis Contra A herzustellen ist. — Bei Erkrankungen des inneren Ohres hält B. die Prüfung mit a¹ und A Gabeln im Allgemeinen für geeigneter, weil das Ergebniss der Untersuchung mit den tiefsten Stimmgabeln sich hierbei weniger zuverlässig erwiesen hat als bei den Affectionen des Schalleitungsapparates. Keller.

Die Rupturen des Trommelfelles mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Von L. Treitel (aus der Gottsteinischen Poliklinik in Breslau). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XIX, 2.)

Es seien hier nur einige Punkte der Arbeit erwähnt. Der Autor theilt die allgemeinere Ansicht, dass Zerreibungen gesunder Trommelfelle durch indirecte Gewalt selten sind, es sich meist um bereits erkrankte Membranen handelt; sodann wird die zwar bekannte, aber ihrer practischen Wichtigkeit wegen nicht zu oft betonte Thatsache hervorgehoben, dass selbst beträchtliche Hörstörungen nach traumatischen Trommelfellrupturen noch nach längerer Zeit sich völlig ausgleichen können, weshalb Vorsicht bei Abgabe gerichtlicher Gutachten geboten erscheint. Der vom Autor citirte, von Liman mitgetheilte Fall ist in dieser Beziehung besonders lehrreich: nach einer im Februar stattgefundenen Trommelfellzerreissung wurde im Mai vom Gerichtsarzte eine beträchtliche Hörstörung constatirt, so dass unzweifelhaft eine schwere Bestrafung des Angeklagten erfolgt sein würde, wäre nicht zufällig der Termin verschoben worden; die im November neuerdings angestellte Hörprüfung ergab normale Hörschärfe. Keller.

Ein Fall von Ausstossung eines grossen Theils des linken Trommelfelles in Folge intensiven Stosses auf den Schädel. Verschluss der Lücke binnen 8 Wochen. Von A. Eitelberg. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XIX, 2.)

Der Kopf des 28jähr. Patienten war von einer auf die linke Seite aufschlagenden schweren Fischwanne gegen eine Mauer gedrückt worden; Blutung aus linkem Ohr und Nase, Schwindel und Kopfschmerz; das linke Trommelfell zeigte einen von hinten oben nach vorne bis etwa zum obern Drittel des Hammergriffs reichenden Riss, aus dessen Winkeln die Blutung in mässigem Grade noch 5 Tage anhielt; der obere 6 Mmtr. lange, 4 Mmtr. breite Lappen starb ab und konnte am 6. Tage durch Ausspritzen entfernt werden; von dem schmalen Trommelfellreste aus regenerirte sich die Membran völlig innerhalb 8 Wochen. Gehör für die Uhr 12 Ctm., Flüstersprache 110 Ctm. Es hatte nur geringe serös-eitrige Secretion bestanden.

Keller.

Zur Entstehung des Cholesteatom's des Mittelohrs (Cysten in der Schleimhaut der Paukenhöhle, Atrophie der Nerven in der Schnecke). Von Dr. J. Habermann. (Arch. f. Ohrenh., 27. Bd., 1. Heft.)

An dem linken Schläfebeine eines an eitriger Meningitis verstorbenen Mannes fand H. Durchbruch an der hinteren Schläfebeinfläche gegen die Schädelhöhle mit entsprechender Perforation an der Dura mater. Die Schleimhaut der Paukenhöhle fand sich stark geschwollen, das Trommelfell in der Gegend des Hammergriffes adhärend, das Antrum voll mit Eiter, und der Durchbruchsstelle im Knochen entsprechend, an der hinteren inneren Wand des Antrum ein erbsengrosses Cholesteatom, von dem aus sich ein 2—3 Mmtr. breiter Epidermisstreifen längs der inneren Paukenwand unterhalb des Can. Fallopiæ über die Nische der Fen. ovalis hinweg zum hinteren Rande des Hammergriffes verfolgen liess. Trommelfell hinten oben perforirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab längs des Verlaufes jenes Streifens eine breite Rete-schichte, auf der die verhornten Epidermiszellen auflagern und von der stellenweise mächtige Retezapfen in das unterliegende Gewebe zogen. Die Mucosa tympani war an der hinteren Hälfte der inneren Wand von überaus zahlreichen Cysten durchsetzt, solche fanden sich auch in dem die Fenesternischen erfüllenden Gewebe. Die Nerven in der Lamina spiralis fanden sich um $\frac{1}{4}$ schwächer, als normal, färbten sich nach Weigert gut. H. nimmt nun in Anbetracht dessen, dass der Kranke seit Langem, wahrscheinlich schon seit Kindheit an chronischer eitriger Mittelohrentzündung gelitten hatte, an, dass vom Trommelfellrande her Epidermisgewebe auf die innere Paukenwand, von da auf die innere Wand des Antrum übergewachsen sei, bis in's Antrum mastoid. hinein. Da sich die von der Oberfläche der Epidermis sich jetzt abstossenden Hornschichten im Antrum ansammelten und das Cholesteatom formirten, kam es zur Usur und zum Durchbruche des Knochens.

Die Cysten in den Fenesternischen fasst H. als durch Aneinanderlegung ihrer, bei einer vorhergegangenen Entzündung geschwollenen Seitenwände und nachträglicher mehrfacher Verwachsung entstanden auf. Die am Promontorium gefundenen Cysten erinnern durch die drüsen-

ähnlichen Bildungen; mit an die Oberfläche ausmündenden Ausführungsgängen, sehr an Drüsen. Den theilweisen Schwund an den Schneckenerven fasst H. als Inactivitätsatrophie auf.

Uebelstände der Otorrhoe-Behandlung mittelst Borsäurepulver. Von Dr. Wilhelm Mayer.

Aus dem Dänischen (Hospitals-Tidende 1888) übersetzte und für Nicht-Specialisten bestimmt gewesene Wiedergabe der von Schwartz und Stacke gegen die Borsäurebehandlung erhobenen Einwände.

Gomperz.

b) Rhinologische:

Chronische Rhinitis als Ursache der Gesichtsaene. (De la rhinite chronique considérée dans l'étiologie de l'acné de la face.) Par le docteur Charles Seiler. (The Journ. of the Amer. med Association, November 1887 und Revue mens. de laryng. No. 9, 1888.)

Verf. beobachtete oft das Zusammenbestehen der chronischen Rhinitis und der Acne facialis. Behandlung der Rhinitis heilt in solchen Fällen die Acne zugleich; dies kommt besonders bei Rhinitis atrophicans vor.

Dr. P. K.

Thymol bei Rhinitis atrophicans. (Le Thymol dans le traitement de la rhinite atrophique.) Von Dr. Ralph W. Seiss. (The Med. News, April 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11, 1887.)

Verf. gebraucht 4 Lösungen: 1) Thymol 0,15, Alcohol und Glycerin ää 2,0, Aquae dest. 30,0. 2) Thymol 0,10, Alcohol 5,0, Glycerin 2,0, Aquae destill. 30,0. 3) Thymol 0,30, Alcohol und Glycerin ää 15,0. 4) Thymol 0,60, Alcohol und Glycerin ää 15,0. Die beiden ersten werden als Inhalation, die beiden letzteren als Bepinselungen angewandt.

Dr. P. K.

Ein Fall von Arsenikalrhinitis. (Un cas de rhinite professionnelle arsénicale.) Von Dr. A. Cartaz. (Société clinique de Paris, Séance du mois de Mai 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11, 1887.)

Die professionelle Rhinitis wurde zuerst von Hillairet und Delpech beschrieben. Ein 48jähr. Mann arbeitete seit dem Alter von 17 Jahren in einer Arsenikfabrik; er hatte einen stinkenden Ausfluss aus der Nase und Perforation des Septums; antisypilitische Behandlung blieb ohne Erfolg. Desinfectirende Nasendouchen und roborirende Behandlung brachten Heilung. Nach wieder aufgenommenem Arbeit trat von Neuem Recidive ein, was nicht mehr an der Richtigkeit der Diagnose zweifeln liess.

Dr. P. K.

Ueber primären Lupus der Nasenmuosa. (Le lupus primitif de la muqueuse nasale.) Von Dr. Cozzolino. (Arch. ital. di laring., Juillet 1886 und Annales des maladies du larynx No. 5, 1887.)

Es ist kein Zweifel an dem Bestehen des Lupus der Nasenmucosa; hier kommt er am oftesten von allen Schleimhäuten vor und zerstört am

leichtesten das Septum, weshalb er oft mit Syphilis verwechselt wird; wenn man ihn einmal beobachtet hat, so ist er nicht mehr zu verkennen. Sorgfältige Desinfection der Nase, nachdem man alle Lupusknoten mit dem Galvanocauter zerstört hat; alle anderen Behandlungsmethoden sind fruchtlos. Bei bestehendem Gesichtslupus soll immer die Nase untersucht werden.

Dr. P. K.

Zwei seltene Tumoren der Nase und des Nasenrachenraumes. (Deux tumeurs très rares des cavités nasale et nasopharyngienne.) Von Dr. Cozzolino. (Rivista clinica e terapeutica, Anno IX, No. 2 und Ann. des maladies du larynx No. 5, 1887.)

Ein fibröser Polyp des hinteren Theils der Nase, ein Papilloma der rechten Nasenhöhle werden als seltene Tumoren der Nase beschrieben.

Dr. P. K.

Tumor der Nasenhöhlen. (Tumeur des fosses nasales.) Von Dr. Loumeau. (Mémoires et bulletins de la société de médecine de Bordeaux 1887, 1 et 2 Fascicule.)

Ein 70jähriger Mann hat beide Nasenhöhlen durch einen Tumor ausgefüllt; Nasenbluten, Mundathmen, Stirnschmerzen, gutes Allgemeinbefinden, Entstellung des Gesichtes, links Eiterung des Thränensackes, Nasenscheidewand vom Tumor zerstört, gänzlich Verstopftsein der Nase, Nasenrachenraum unversehrt, rechtes Antrum H. frei, linkes Antrum H. von dem Tumor ausgefüllt; die Diagnose lautete auf primäres Nasensarcom, von dem Nasenseptum ausgehend. Es sind dies sehr seltene Fälle. Die Radicaloperation giebt günstige Resultate.

Dr. P. K.

Ein Fall von primärem Fibrosarcom der rechten Nasenhöhle. (Sur un cas de fibrosarcome primitif de la fosse nasale droite.) Von Dr. E. J. Moure. (Société de laryngologie, April 1886 und Revue mens. de laryngologie No. 8, 1888.)

Gleich häufig bei Männern und bei Frauen, in jedem Alter vorkommend, schnelles Wachsen, Fehlen der Ganglienschwellung, im Uebrigen alle Symptome der Nasentumoren. Verf. giebt die genaue Krankengeschichte einer 43jährigen, mit einem solchen Fibrosarcom behafteten Patientin, welche mittelst der blutigen Operation zugleich geheilt wurde.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Weiche Pharynxgumma, einen Retropharyngealabscess simulirend. Schnitt. Heilung durch die specifische Behandlung. (Gomme ramollie du pharynx simulant un abcès retropharyngien. Incision. Guérison par le traitement spécifique.) Von Dr. Hontang. (Ann. des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1888.)

Ausnahmsweise nehmen die retropharyngealen Gummata einen schleppenden Verlauf und gewinnen eine grosse Ausdehnung, so dass der Arzt, welcher sie gewöhnlich erst als specifisches Ulcus der hinteren Rachenwand zu sehen bekommt, in diesen seltenern Fällen glaubt einen idiopathischen Retropharyngealabscess vor sich zu haben: Die Differential-

diagnose ist in solchen Fällen von der grössten Wichtigkeit wegen der gleich einzuleitenden Behandlung. Verf. giebt ein hübsches Beispiel einer solchen erweichten grossen Gumma; die Diagnose lautete auf Retropharyngealabscess; da aber beim Einschnitt kein hübscher Eiter ausfloss, die Geschwulst nicht zusammenfiel, die Wundränder schmutzig gelb wurden, leitete man die antisypilitische Behandlung ein, wonach Pat. bald heilte.

Die Diagnose stützt sich auf folgende Momente: 1) Die Anamnese; idiopath. retropharyngeale Abscesse sind seltener bei Erwachsenen, während Syphilis häufiger ist. 2) Die Gummata entwickeln sich langsam, sind indolent und werden blos bedenklich, wenn sie mechanisch durch ihre grosse Ausdehnung wirken. 3) Die umgebende Entzündung und die Lymphdrüenschwellung fehlen bei Syphilis. 4) Wenn beim Einschnitt die Geschwulst nicht zusammenfällt, wenn kein gutartiger Eiter ausfliesst, so hat man mit Syphilis zu thun.
Dr. P. K.

Folliculäre Amygdalitis und Contagion. (Amygdalite folliculaire et contagion.) Von Dr. Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1888.)

Wie schon Bouchard und Kannenberg bewiesen haben, giebt es eine Art epidemisch auftretender Amygdalitis, welche contagiös und deren parasitärer Ursprung nicht zu läugnen ist. Verf. bringt eine neue Reihe von Beispielen, welche obengenannten Satz bekräftigen; in 22 Tagen Zeit waren in demselben Saal 6 Fälle solcher Angina aufgetreten, in Folge eines 4 Tage vorher in demselben Saal aufgenommenen ähnlichen Falles. Die Ansteckung von einem Kranken auf den anderen unterliegt keinem Zweifel.
Dr. P. K.

Einige Bemerkungen über einen Fall von Laryngitis haemorrhagica. (Quelques remarques sur un cas de laryngite hémorrhagique.) Von Dr. Garel. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1887.)

Bei dem Namen Laryngitis haemorrhagica muss man von vornherein jeden ulcerösen Process der Larynxmucosa ausschliessen. Verf. giebt die genaue Krankengeschichte eines Patienten, bei welchem während vier Wochen die Symptome einer einfachen Laryngitis bestanden hatten, aber wegen zugleich bestehender Haemophilie die gewöhnliche Laryngitis rheumatica in Laryngitis haemorrhagica ausartete; Patient ging übrigens später an Purpura haemorrhagica, Oedem als Folge von Albuminurie und Lungenoedem zu Grunde. Dieser Fall beweist, ebenso wie ein ähnlicher, von Stepanow mitgetheilter, dass die Blutcoagula von selbst, ohne Kraftanstrengung der Stimme entstehen können; die Coagula stehen in keinem Verhältniss zur Intensität des Catarrhs; die Recidive sind an der Tagesordnung. Das Leiden an sich ist nicht gefährlich; die Dyspnoe verschwindet nach vollbrachter Expectoration; die Aphonie dauert eine Zeit lang fort. Das Laryngoscop ist das einzige Hilfsmittel zur Diagnose. Bei Laryngitis haemorrhagica muss man immer eine Erkrankung der Blutgefässe annehmen. Energisches Eingreifen ist schädlich; man muss durch Inhalationen die Coagula zu verflüssigen suchen und durch Allgemeinbehandlung die Neigung zu Blutungen bekämpfen. Die Tracheotomie kommt blos bei Blutungen in die tieferen Gewebe in Betracht.
Dr. P. K.

Allgemeine papillomatöse Laryngitis. Totaler Glottisverschluss. Tracheotomie. Heilung. (Laryngite papillomateuse générale. Obstruction totale de la glotte. Trachéotomie. Guérison.) Von Dr. Ariza. (Revista de Medicina y Cirurgia Practicas, August 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Erstickungsanfälle, Tracheotomie, haselnussgrosser papillomatöser Tumor, welcher trotz Cocain und Galvanocaustik nicht gänzlich zerstört worden und nur der Schwammethode nach Voltolini wich; spätere Bepinselungen mit Chlorzink (50-, 60- und 80procentig) brachten mit gleichzeitiger Schwammbehandlung vollständige Heilung.

Dr. P. K.

Lymphgefässe des Larynx. Lymphgefässe der Regio subglottica. Ganglion praelaryngeum. (Vaisseaux lymphatiques du larynx. Vaisseaux lymphatiques de la portion sousglottique. Ganglion préaryngée.) Von Dr. Poirier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1888.)

Man muss zwei Lymphgefässnetze unterscheiden: das erste, sehr reiche und ausgedehnte oberhalb der Stimmbänder; das zweite, spärlicher und weitmaschiger, unter den Stimmbändern. In den gewöhnlichen anatomischen Beschreibungen erwähnt man nur letzteres, weil es die Membrana thyroidea durchbohrt und zu den die Carotisbifurcation umgebenden Lymphdrüsen geht. Quecksilber-Einspritzungen haben Verf. bewiesen, dass die classischen anatomischen Beschreibungen nicht ganz richtig sind. Verf. beschreibt ein subglottisches, ein supraglottisches und ein Stimmbandtaschennetz; die Lymphgefässstämme, welche aus diesen Netzen entstammen, müssen in obere und in untere eingetheilt werden; erstere allein sind bis jetzt von den Autoren beschrieben worden; letztere, von dem subglottischen Netz ausgehend, sind übersehen worden; zu 3—5 durchbohren sie die Membrana cricothyroidea und gehen bald in eine vor diesem Bande gelegene Lymphdrüse (Ganglion praelaryngeum), bald in seitlich gelegene, zwischen Larynx und Carotis communis sich befindende Lymphdrüsen. Das Ganglion praelaryngeum befindet sich bei der Hälfte der Menschen, gemäss den pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Dieses Ganglion liegt der Membrana cricothyroidea auf, in dem von den Musculi cricothyroidei beschriebenen V; in 6 Fällen ist dieses Ganglion einmal doppelt; fehlt dieses Ganglion praelaryngeum, so gehen die die Membrana cricothyroidea durchbohrenden Lymphgefässe zu den seitlichen, oben beschriebenen Lymphdrüsen. Im Ganzen genommen gehen die Lymphdrüsen gepaart mit den Blutgefässen, und bestätigen so von Neuem die gleichartige Entwicklung der Gefässe, welche rothes und derjenigen, welche weisses Blut enthalten. Die seitlichen Lymphdrüsen werden in obere und untere eingetheilt. Das genaue Studium dieser Lymphgefässbahnen wird jedenfalls unsere Ansichten über die Bildung der Drüsenabscesse am Halse modificiren.

Dr. P. K.

Functionen der beiden Recurrentes, bedingt durch verschiedene intermittirende Ströme. (Effets produits dans le fonctionnement des nerfs recurrents laryngés, par leur excitation avec des courants à intermittence variable.) Von Dr. Franklin Hooper. (Laboratoire de l'école de médecine d'Harward und Annales des mal. du larynx No. 2, 1888.)

Da andere Autoren auch andere Resultate bei ihren Versuchen erlangt haben, so kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Zahl der Intermissionen einen Hauptfactor bildet: 1) Schwache Ströme mit 18—28 Intermissionen in der Secunde öffnen die Glottis; hat derselbe Strom 30—40 Intermissionen in der Secunde, aber gleiche Intensität, so schliesst die Glottis sich. 2) Starke Ströme mit wenigen Intermissionen schliessen die Glottis. 3) Sehr häufige Intermissionen, der Strom sei stark oder schwach, öffnen die Glottis.

Dr. P. K.

Ein 50 Centimesstück im Larynx. (Pièce de 50 centimes tombée dans le larynx.) Von Dr. Archambault (Gazette des hôpit., August 1887 und Revue mens. de laryng. No. 1, 1888.)

Ein 23jähr. Mann verschluckte ein 50 Centimesstück; Erstickungsanfall, Ohnmacht, Husten, Blutspeien, gehindertes Athmen, Aphonie. 5 Aerzte sondirten die Speiseröhre und laryngoscopirten nicht (!). Blässe des Gesichts, Angst, erhöhte Empfindlichkeit bei Druck auf die vordere Halsgegend, Unmöglichkeit, zu liegen und zu schlucken, metallisch klingendes Larynxpfeifen; Epiglottis roth, angeschwollen, ebenso die wahren und falschen Stimmbänder. Zwischen den freien Rändern der falschen Stimmbänder sah man, in beiden Morgagni'schen Ventrikeln eingekeilt, die glänzende Silbermünze mit nach oben gerichteter Bildnissfläche liegen; nach vorne zu verschwindet die Münze unter den sie bedeckenden Taschenbändern, nach hinten trennt sie ein 2—3 Mm. grosser Raum von der Regio arytaenoidea; in anderen Worten: Die ganze Glottis vocalis ist von dem Fremdkörper eingenommen, die Glottis respiratoria ist frei. Die Extraction per vias naturales gelang nicht. Professor Péan machte die Tracheotomia intercricothyroidea, die Laryngotomie des Schildknorpels und entfernte den Fremdkörper. Heilung nach 20 Tagen.

Dr. P. K.

Ueber frühzeitige Diagnose der Lungenschwindsucht mittelst Larynxuntersuchung. (Du diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire par l'examen du larynx.) Von Dr. Martel. (Revue internationale des sciences médicales, Mai 1887 und Revue mens. de laryng. No. 1, 1888.)

Die Lähmung oder Parese eines Stimmbandes ist fast immer ein untrügliches Zeichen einer beginnenden Lungenschwindsucht.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx) Von Dr. Polhérat. (Société anatomique de Paris, Juillet 1887 und Revue mens. de laryngologie No. 1, 1888.)

Eine alte zahnlose Frau ass begierig und heimlich ein Stück Fleisch, steckte es in der Hast direct in den Larynx, wo es sich unter der Glottis einklemmte. Die versuchte Extraction gelang nicht und Patientin starb

in 8 Minuten Zeit. In solchen Fällen, bemerkt Verf., soll man rasch die Tracheotomie machen, was ihm einmal in einem ähnlichen Fall bei einem Greise gelungen ist. Dr. P. K.

Larynxangiom. (Un cas d'angiome du larynx.) Von Dr. Percy Kidd. (The Brit. Journal, Mars 1888 und Revue mens. de laryng. No. 8, 1888.)

Eine 50jährige Frau zeigte am vorderen Ende des linken Stimmbandes eine ovale dreilappige, dunkelroth gefärbte Geschwulst. Sie wurde mittelst der Mackenzie'schen Polypenzange entfernt. Das Microscop zeigte die Structur des Angioma. Dr. P. K.

Ueber Tracheotomie bei Phthisis laryngea. (De la trachéotomie dans la phthisie laryngée.) Von Dr. Percy Kidd. (The Lancet, März 1888 und Revue mens. de laryng. No. 8, 1888.)

Verf. erwähnt die zwei verschiedenen Ansichten der Autoren, von denen die einen die Tracheotomie blos im Erstickungsfall ausgeführt wissen wollen, während die anderen die frühzeitige Tracheotomie empfehlen. Von 4000 Tuberculösen wurden blos 4 tracheotomirt und das Resultat war lange nicht so glänzend, wie Moritz Schmidt es angebt. Verf. schliesst sich nach langer Discussion der Ansicht Solis Cohen's und Mackenzie's an, nämlich, dass man die Tracheotomie nur soll ausführen, wenn drohende Erstickungsgefahr von Seiten des Larynx eintritt und wenn die Lungen relativ wenig angegriffen sind. Dr. P. K.

Larynx tubage. Asphyxie wegen Verstopftsein des Rohres. (Tubage du larynx. Asphyxie consécutive à l'obstruction du tube.) Von Dr. Deming. (Med. Record, Februar 1888 und Revue mensuelle de laryng. No. 8, 1888.)

Bei einem 2jährigen Kinde war die Tubage gemacht worden; das Rohr verstopfte sich plötzlich durch verkäste Milch. Das Kind schien todt, wurde aber mittelst künstlichen Athembewegungen wieder zum Leben gebracht. Das Rohr musste durch ein anderes ersetzt werden. Es trat aber eine Lungenentzündung ein und das Kind erlag. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Fremdkörper in den obersten Luftwegen. (Contribution à l'étude des corps étrangers dans les voies aériennes.) Von Dr. Morra. (R. acad. de Turin, Riforma medica 1887, No. 172 und Revue mens. de laryng. No. 1, 1888.)

Ein Bauernmädchen, von einem Kameraden auf den Rücken gestossen, fiel mit dem Bauch flach auf die Erde; bei der tiefen Inspiration, welche Patientin behufs des Schreiens machte, gelangte eine Kornähre in den Larynx. Cyanose, Dyspnoe, Husten, Erbrechen dauerten eine Stunde lang; der Schmerz hinter dem Sternum bestand allein fort. Nach einigen Monaten trat heftiges Fieber ein, Erbrechen, Schmerz rechts unten am Thorax, blutiger Auswurf. Der Husten wurde nun continuirlich, es trat Blutbrechen auf und eines Nachts wurde eine 36 Mm. lange Kornähre mit Blut und stinkendem Eiter ausgeworfen. Es wurde Lungengangrän diagnosticirt und mit Terpinöl behandelt. Heilung. Dr. P. K.

Laryngotomie in einem Fall von Larynxstenose, Heilung. (Laryngotomie dans un cas de sténose laryngée.) Von Dr. Wise. (The Lancet, März 1888 und Revue mens. de laryng. No. 8, 1888.)

Ein 39jähr. Mann, seit 3 Monaten aphon, ist asphyctisch; Schwellung, Röthung und Medianstellung der Stimmbänder; Umgebung des Larynx angeschwollen; am hinteren Drittel des linken wahren Stimmbandes eine kleine Geschwulst. Die Laryngotomia intercricothyroidea wurde in extremis gemacht, künstliche Athmung brachte Pat. zum Leben. Wegen früher bestandener Syphilis wurde die betreffende Behandlung eingeleitet und nach 2 Monaten konnte die Canüle entfernt werden.

Dr. P. K.

Fremdkörper im rechten Bronchus. (Foreign body in the right bronchus.) Von Walter J. Kilner. (Lancet, 23 Juni 1888.)

10jähr. Kind, welches eine Gewürznelke eingeathmet hatte, dieselbe blieb 296 Tage in dem Bronchus mit den üblichen, entzündlichen Folgen. Die Diagnose wurde durch zwei microscopisch bestimmbare Theilchen, welche ausgehustet wurden, gesichert. Zur Beseitigung des Foetors wurden mit Erfolg Inhalationen von Ol. eucalypti angewendet. Es trat Heilung ein.

Dr. M. Schm.

Ueber Aortenaneurysmen. (Des anévrysmes de l'aorte.) Von Dr. Germain Sée. (Académie de médecine de Paris, Séance du 11 Août 1888.)

Verf. beweist im ersten Capital das häufige Vorkommen von Aortenaneurysmen mit basillärer Lungentuberculose und sucht solches zu erklären. Die namentlich von der Wiener Schule zur Zeit gegebene Erklärung des Entstehens der Lungenkrankheiten bei Aortenaneurysmen, sowie das Ausgeschlossensein der Lungentuberculose sind falsch.

Im zweiten Capitel erwähnt Verf. die bekannten Symptome der Aortenaneurysmen, deren äusserliche Behandlung er verwirft und welche nur innerlich sollen behandelt werden. Die besten Dienste leisten die Jodpräparate, namentlich das Jodkalium; es macht das Product des zugleich bestehenden Catarrhs dünnflüssiger und vermindert so einen Theil der Dyspnoe; es vermindert die venöse Stase im Lungengewebe; es vermindert das Volumen des Aneurysma, indem es die Adventitia nebst ihrer Umgebung zusammenzieht; es vermindert also die Compressions-Erscheinungen.

Dr. P. K.

Ligatur des Truncus brachiocephalicus. (Ligature du tronc brachio-céphalique.) Von Dr. Duranti. (Quatrième congrès de la société ital. de chirurgie, April 1887 und Art médical No. 17, 1887.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines mit einem Aneurysma der Art. subclavia behafteten Patienten. Patient verlangte die Operation. Der Truncus innominatus wurde nach der Methode von Brasdos-Mott unterbunden; nachher musste die Ligatur der Arteriae vertebralis, subclavia und carotis gemacht werden. Am 16. Tage nach der Operation befand Pat. sich noch wohl. Bisher sind 18 Fälle solcher Unterbindung mit 17 Todesfällen bekannt. — Verf. glaubt seinen Erfolg der directen Unterbindung der Art. vertebralis zu verdanken.

Dr. P. K.

Eine Münze vier Monate in der Speiseröhre zurückgehalten. (A coin retained in the oesophagus four months.) Von H. Martin Doyle, London. (Lancet, 10. Nov. 1888.)

Die Münze, ein Halbpennystück, blieb bei einem 4jährigen Knaben so lange stecken und kam beim Essen eines Stückes Kuchen wieder nach oben heraus. Verf. meint selbst, dass sie gleich gefunden worden wäre, wenn man einen Probang oder Münzenfänger anfangs angewendet hätte.

Dr. M. Schm.

Bemerkungen über die Bedeutung des Wortes „Larynxkrisen der Tabetiker“. (Quelques reflexions sur la signification du mot »crises laryngées chez les tabétiques«.) Von Dr. Masucci. (Arch. ital. di laringol., Januar 1888 und Annales des mal. du larynx No. 4, 1888.)

Krise nennt man gewöhnlich eine plötzliche Remission einer Krankheit; hier bedeutet aber Larynxkrise das Anfangsstadium einer Tabes, was einen schlechten Begriff von der Krankheit giebt; Verf. schlägt vor, man solle „Larynxneurose, Laryngospasmus, Spasmus und Paralysis laryngea der Tabetiker“ sagen.

Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Löwe: Ueber ein Verfahren, Gipsabgüsse vom Gehörgang und Trommelfell des Lebenden zu gewinnen. — Bojew: Ein Fall von Rhinosclerom. — Kiesselbach: Der Musculus crico-thyreoideus. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Ewald: Zur Physiologie der Bogengänge. Ueber Bewegungen der Perilymphe. — Bezold: 1) Nachtrag zu „Statistische Ergebnisse über die diagnostische Verwendbarkeit des Rinne'schen Versuchs etc.“ — 2) Zweiter Nachtrag etc. — Treitel: Die Rupturen des Trommelfelles mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. — Eitelberg: Ein Fall von Ausstossung eines grossen Theils des linken Trommelfelles in Folge intensiven Stosses auf den Schädel. Verschluss der Lücke binnen 3 Wochen. — Habermann: Zur Entstehung des Cholesteatom's des Mittelohrs (Cysten in der Schleimhaut der Paukenhöhle, Atrophie der Nerven in der Schnecke). — Mayer: Uebelstände der Otorrhoe - Behandlung mittelst Borsäurepulver. — b) Rhinologische: Seiler: Chronische Rhinitis als Ursache der Gesichtscarne. — Seiss: Thymol bei Rhinitis atrophicans. — Cartaz: Ein Fall von Arsenikalrhinitis. — Cozzolino: Ueber primären Lupus der Nasenmucosa. — Cozzolino: Zwei seltene Tumoren der Nase und des Nasenrachensraumes. — Loumeau: Tumor der Nasenhöhle. — Moure: Ein Fall von primärem Fibrosarcom der rechten Nasenhöhle. — c) Pharyngo-laryngologische: Hontang: Weiche Pharynxgumma, einen Retropharyngealabscess simulirend. Schnitt. Heilung durch die spezifische Behandlung. — Tissier: Folliculäre Amygdalitis und Contagion. — Garel: Einige Bemerkungen über einen Fall von Laryngitis haemorrhagica. — Ariza: Allgemeine papillomatöse Laryngitis. Totaler Glottisverschluss. — Poirier: Lymphgefässe des Larynx. Lymphgefässe der Regio subglottica. Ganglion praelaryngeum. — Hooper: Functionen der beiden Recurrentes, bedingt durch verschiedene intermittirende Ströme. — Archambault: Ein 50 Centimesstück im Larynx. — Martel: Ueber frühzeitige Diagnose der Lungenschwindsucht mittelst Larynxuntersuchung. — Polhérat: Fremdkörper im Larynx. — Kidd: Larynxangiom. — Kidd: Ueber Tracheotomie bei Phthisis laryngea. — Deming: Larynx tubage. Asphyxie wegen Verstopfsein des Rohres. — Morra: Beitrag zur Lehre der Fremdkörper in den obersten Luftwegen. — Wise: Laryngotomie in einem Fall von Larynxstenose, Heilung. — Kilner: Fremdkörper im rechten Bronchus. — Sée: Ueber Aortenaneurysmen. — Duranti: Ligatur des Truncus brachiocephalicus. — Martin: Eine Münze vier Monate in der Speiseröhre zurückgehalten. — Masucci: Bemerkungen über die Bedeutung des Wortes „Larynxkrisen der Tabetiker“.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und in ihrem eigenen Interesse ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **Dr. Gruber** in Wien I, Freyung 7, und **pharyngo-laryngologische** nur an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelpfad 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubimski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapfing** (New-York), Dr. **Schäfer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie
an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. R. VOLTOLINI
Professor
an der Universität
Breslau

und
Professor Dr. **WEBER-LIEG**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, April 1889.

No. 4.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Monatsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

I. Originalien.

Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches.

Von

F. Siebenmann.

Spontan auftretende Verschimmelung lebender Organe ist beim Menschen, wenn man von der Otomyose absieht, eine seltene Erscheinung; und die Frage, ob in solchen Fällen der Pilz als Saprophyt oder als wirklicher Parasit anzusehen sei, ist noch nicht endgiltig erledigt. Am besten studirt ist die Schimmelmycose des Ohres und dort scheinen die betreffenden Pilze weder als ächte Parasiten noch als blosse indifferente Saprophyten zu wirken: Sie wachsen nicht im gesunden Ohr, gedeihen aber gut auf neutralem oder schwach saurem, unzersetzten, serumhaltigen Secret und verändern dasselbe durch ihren Stoffwechsel so, dass es reizend auf das darunter liegende Gewebe einwirkt und dasselbe zu neuer Secretion anregt. Auch in den wenigen Fällen, wo in der menschlichen Lunge Aspergillen gefunden wurden, scheinen letztere secundär aufgetreten zu sein, das Grundübel aber wesentlich verschlimmert zu haben.

Von Aspergillusmycose des Cavum pharyngonasale ist erst ein Fall bekannt (Dr. Paul Schubert, zur Casuistik der Aspergillusmycosen,

Deutsches Archiv f. klin. Medic. XXXVI, pag. 162). Auf den ersten Blick erscheint das seltene Befallenwerden dieser starrwandigen, lufthaltigen, für Pilzkeime so leicht zugänglichen Höhle etwas sonderbar. Es wird dies jedoch verständlich, wenn man an des Verf.'s Experimente sich erinnert (Siebenmann, die Fadenpilze *Aspergillus* und *Eurotium*, Wiesbaden bei Bergmann, pag. 18), wonach auf den mit Schleim überzogenen, im Uebrigen ganz zusagenden Nährböden die *Aspergillen* nicht wachsen und die gesunde Schleimhaut letztern gegenüber sich somit steril verhält. Andererseits aber bilden auch die faulenden Secrete (l. c.) ein ganz ungeeignetes Substrat für die Schimmelpilze, sodass dieselben bei Ozaena der Nase und bei Pharyngitis des Rachendaches sich nicht einnisten können und in der That bei diesen Affectionen auch noch nie gefunden worden sind. Auch Geschwürsflächen sind dem Wachsthum der *Aspergillen* nicht günstig, da der von denselben abgesonderte Eiter (l. c.) einen wirksamen Schutz gegen letztere bildet.

Diesen Umständen ist es wohl zuzuschreiben, dass erst in einem einzigen Falle das Vorkommen und Sicherneuern von *Aspergillus*wuchs im Nasenrachenraum beobachtet worden ist. Es handelte sich um Borken von *Aspergillus fumigatus*, die Schubert in der Nase und im Cavum pharyngonasale einer 75jährigen Frau fand, welche mit einem trockenen Catarrh (beginnende Rhinitis atrophicans?) behaftet war. Die Pilze verhielten sich dort saprophytisch und verschwanden nach mechanischer Entfernung und unter Anwendung von Nasendouchen mit Kali hypermanganicum-Zusatz; auch blieben die Lungen der Patientin dabei intact.

Bei der Seltenheit dieser Affection erscheint es gerechtfertigt, meine Beobachtung, die ich übrigens erst am Sectionstisch gemacht, in Kürze mitzuthellen.

Frau A. Z., 49 J. alt, aufgenommen am 13. Juni 1888 in das hiesige Bürgerspital, hatte nach ihrer Angabe vor 7 Jahren einen Ausschlag am ganzen Körper. Vor 3 Jahren trat Schwellung ein der linken Gesichtshälfte und namentlich der Nase, durch welche übelriechender Ausfluss und auch grössere feste Stücke abgegangen seien. Seit 4 Wochen zeigt sich allmählig zunehmende „Wassersucht“.

Aus dem am 13. Mai auf der medicinisch-clinischen Abtheilung des Spitals aufgenommenen Status ist für uns folgender Passus von Interesse: „Starker Fötor aus Mund und Nase. Der weiche Theil der Nase ist ganz eingedrückt, mit mehreren Narben links; auch der knöcherne Nasenrücken ist eingesunken. — Keine Drüsenschwellungen.“

Unter langsam zunehmendem Hydrops und Anasarca und nachdem sich namentlich jenen den Abend heftige Schmerzen in den Extremitäten, in Abdomen und Rücken eingestellt hatten, erfolgte Exitus am 13. October 1888.

Die Section wurde am folgenden Tage im pathologischen Institut der Universität durch Dr. Dubler vorgenommen. Die anatomische Diagnose lautete: Caries syphilitica des Rachendachs. Pachy- und Leptomeningitis chronica, Pharyngitis chronica und Narben des weichen Gaumens sowie des Pharynx. Uebernarbte Knochendefecte der Nasenhöhle. Bronchitis chronica. Partielle Atelectase der Lunge, Hydrothorax 65., Hydrops ascites et Anasarca. Nephritis parenchymatosa chronica, Perihepatitis und Perimetritis chronica.

Aus dem Sectionsprotocoll sind für uns etwa folgende Details von Wichtigkeit.

„Stark abgemagerte Leiche mit blass schmutziger Hautfarbe. Zungenwurzel narbig, abgeflacht; die Gaumentonsillen ebenfalls narbig und buchtig. Uvula schwielig, sehr klein, seitlich verwachsen. An der Hinterfläche des weichen Gaumens eine 50 Cts.-Stück grosse weissliche Narbe. Sinus pyriformis stark injicirt (Oesophagus blass), Epiglottis und Ligamentum glossoepiglotticum med. verdickt. Rand der Epiglottis schwielig, nach vorn gewölbt, Hinterfläche der Epiglottis geröthet.

Nasen-, Nasenrachenhöhle und Gehörgane wurden nach der von Wendt angegebenen Manier herausgesägt und mir zur Untersuchung überlassen. Die Stirnhöhlen und die linke Highmorshöhle zeigte sich dabei von zähem, etwas eiterhaltigem Schleim erfüllt. Das rechte Antrum Highmori enthielt theils myxomatöses Bindegewebe, theils graue Schleimmassen. Die Nasenhöhle ist mit atrophischem Narbengewebe ausgekleidet, ohne Wundfläche, mit einer ganz dünnen Lage eitrigen, fade riechenden Secretes bedeckt. Die Weichtheile der Nasenhöhle sind atrophisch, theilweise auch die knöchernen Muschel. Rechterseits ist die Ansatzstelle der mittleren und unteren Muschel noch erkennbar als eine flache Leiste, links fehlt auch diese, sodass die Nasenhöhlen abnorm geräumig erscheinen. Vom Septum ist nur noch ein ca. 1 Ctm. breiter Streifen erhalten, welcher von der knöchernen Spina beginnend schräg nach hinten gegen den oberen Umfang der Choanalöffnungen sich hinaufzieht, sodass dort die obere Hälfte des Septum, vorn aber die untere Hälfte noch erhalten ist. — Am Dach des Nasenrachenraumes, gerade da wo die Tonsille ihren typischen Sitz hat, findet sich eine annähernd kreisförmige Borke, welche ca. 2½ Ctm. Durchmesser hat, vorn durch die hintere Kante des Vomer, seitlich durch die Tubenwülste begrenzt ist und welche noch einige Millimeter in die Choanalöffnungen hineinragt, sodass sie an dieser Stelle, dem Septum entsprechend, eine Einkerbung zeigt. Die nach unten gerichtete freie Oberfläche ist mit graugrüner und weisslich gefleckter Schimmelmasse lückenlos überzogen. Die Borke lässt sich ganz leicht abheben; ihre obere Fläche ist entsprechend jener Fundstelle schwach convex mattglänzend, ziemlich glatt, gelblich, leicht blutig tingirt, etwas weich. Im Centrum ist sie 5 Mmtr. dick und verdünnt sich allmählig gegen den Rand hin. Sie riecht moderig. Die Schleimhaut des Rachendaches ist dunkelroth, zeigt stellenweise flachgrubige Vertiefungen, an einzelnen Orten auch oberflächliche, fleckige, narbige Trübungen. Vom adenoiden Gewebe scheint nichts mehr vorhanden zu sein.

Die Borke zeigt auf dem Durchschnitt einen geschichteten Bau: 5 graue, schmale, annähernd parallel verlaufende Schichten wechseln ab mit ebensoviel gelben, spielkartenblattgedicken Zwischenlagen. Die ersteren entsprechen fructificirenden Schimmelmassen, die letzteren bestehen aus Thaeillusfäden, Leucocythen, Epithel, Detritus, Fett, Cholestearin-crystallen etc. In den grauen Schichten lässt sich die Borke mit Leichtigkeit durch einfachen Zug parallel der Fläche auseinanderspalten und dabei zeigt es sich, dass diese Lage eigentlich jeweilen eine doppelte ist, indem von den beiden benachbarten gelben Schichten hier in diese Spalte hinein die Fruchträger gegeneinander wachsen. — Die graugrünen Stellen enthalten mächtige Culturen theils von *Aspergillus*

fumigatus, theils von *Aspergillus nidulans*. Die weisslichen Rasen, welche älteren Datums zu sein scheinen und welche beim Anrühren pulverförmig zerfallen, repräsentiren Reinculturen von kräftig entwickeltem, reifem *Mucor corymbifer*.

Die Frage ist berechtigt, ob die Schimmelpilze nicht post mortem auf eingedickten Secretmassen sich eingenistet haben. Darauf lässt sich Folgendes antworten: Die Section wurde allerdings erst 36 Stunden post mortem ausgeführt. Es ist dies jedoch ein Zeitraum, in welchem die obengenannten malignen und wärmebedürftigen Pilze in unserer kühlen kellerartigen Leichenkammer erfahrungsgemäss auch auf bestem Nährsubstrat kaum zu kräftigem Keimen kommen würden. Auch bei Körpertemperatur könnte sich nach dieser Frist höchstens ein dünnes einfaches Pilzhäutchen mit den ersten Anfängen von Fruchträgern gebildet haben. Hier aber finden wir dicke Lagen von fructificirenden, mindestens mehrere Tage alten Conidienträgern und zwar mit mehrfach geschichteten Culturen, wie wir sie zuweilen bei *Otomycosis aspergillina* im Ohre finden und wie sie unter günstigen Verhältnissen auch bei Brodculturen künstlich, aber erst im Laufe von Wochen, erzielt werden können. Zudem fehlen alle Elemente von jenen weit verbreiteten Schimmelpilzen, welche mittlere oder niedrige Temperaturen bevorzugen, wie *Euroteum*, *Aspergillus repens* und *glaucus*, *Penicillium glaucum*, *Mucor mucedo* und *Rhizopus* etc. Besonders die Cultur von *Mucor corymbifer* ist jedenfalls sehr alt, da sie in der Hauptsache schon abgestanden ist.

Es kann somit absolut keinem Zweifel unterliegen, dass die gefundenen Pilze intra vitam an der Stelle, wo sie bei der Obduction sich zeigten, fructificirt und sich vermehrt haben und zwar schon mindestens seit mehreren Wochen.

Auch hier treten die Schimmelmassen saprophytisch auf: an keiner einzigen Stelle fand sich ein festerer Zusammenhang zwischen Pilz und Rachendach. Auch zeigte letzteres keine Erosionen. — Dagegen scheint es mir in ätiologischer Hinsicht wichtig, dass sich hier ausgedehnte und mehrfache Narbenbildung nachweisen lässt und dass die gegen Schimmelinfection schützende Schleimbildung hier somit keine normale war.

Wie in dem Schubert'schen Falle, so zeigten sich auch hier die Lungen frei von Mycose, trotzdem die Pharyngomycosis schon lange Zeit gedauert und Patientin jedenfalls unterdessen grosse Mengen von Pilzconidien eingeathmet hatte.

Da sowohl *Aspergillus nidulans* als auch *Mucor corymbifer* überhaupt im menschlichen Körper bis jetzt nur 2 Mal — und zwar beide Male im Ohr — gefunden worden sind, so bietet der beschriebene Fall auch nach dieser Seite hin ein gewisses Interesse.

Ein Fall von allgemeiner Argyrie und von Kehlkopfkrebs.

Von

Dr. A. Ónodi, Universitätsdocent zu Budapest.

Aus der chirurgischen Klinik des Prof. A. Lumniczser.

Die Krankengeschichte eines diagnostisch und therapeutisch sehr interessanten Falles, welcher uns einerseits mit einer sehr ausgeprägten, seltenen Form der universellen Argyrosis bekannt macht, andererseits zur Diagnostik des Kehlkopfkrebss einen lehrreichen Beitrag liefert.

Patient war Stuhlrichter in der Provinz, woselbst er längere Zeit in Behandlung stand, er kam dann nach Budapest, wo er mit zweimaliger Unterbrechung von December 1885 bis October 1887 auf der zweiten internen Klinik in Behandlung stand, bis er endlich vom November 1887 bis zum 22. Januar 1888 auf der zweiten chirurgischen Klinik lag und hier auch starb. Aus dem Krankheitsverlaufe stehen uns folgende Daten zur Verfügung.

Georg K., 40 Jahre alt, erkältete sich vor einigen Jahren, wurde heiser; die Heiserkeit nahm zu, weshalb er ärztlichen Rath einholte. Nach dem Rath seines Arztes gebrauchte er eine 10 procentige Lösung von *Argentum nitricum* zu Einathmungen, ausserdem wurde sein Kehlkopf mit derselben Lösung gepinselt, ohne dass Patient eine Besserung der Heiserkeit bemerkt hätte.

In kurzen Unterbrechungen hat Pat. das Einathmen der *Arg. nitr.*-Lösung hindurch fortgesetzt. Er machte fortwährend die Erfahrung, dass sein Zustand, anstatt besser, schlechter wurde, hierbei fiel es dem Kranken auf, dass seine Haut eine merkwürdig graue Farbe bekam. Aus dem, bei der Aufnahme auf der zweiten internen Klinik constatirten, Status praesens ist ersichtlich, dass die Hautfarbe des Patienten, der von grosser Statur und gut entwickelt ist, besonders im Gesicht, an der Hand und am Unterarm theils stahlgrau, theils blassblau erscheint; die Lippen und die sichtbaren Schleimhäute sind dunkelblau und auch die Nägel zeigen dieselbe blätliche Schattirung. Lungen, Herz und Bauchorgane zeigten keine Veränderungen. Grosse Dyspnoe, Heiserkeit. Die Schleimhaut des Rachens ist blassgrau, die Epiglottis blass, deren vordere Seite am Rand ein wenig injicirt, die inter-arytaenoideale Schleimhaut sich wölbend, ungleichmässig knotig; die Giesskannenknorpel zeigen kaum eine Veränderung, nur deren Schleimhaut erscheint blässer. Das rechte, falsche Stimmband ist stark geschwollen, deckt zum grossen Theile das wahre Stimmband; das linke, falsche Stimmband ist weniger geschwollen; derjenige Theil des rechten, wahren Stimmbandes, der trotz des dasselbe deckenden falschen Stimmbandes sichtbar ist, erscheint ungleichmässig dicker und von schmutzig-grauer Farbe; das linke wahre Stimmband ist beinahe normal, mässig injicirt; bei der Intonation macht die rechte Kehlkopfhälfte kaum Bewegungen. Die Stimmritze erweitert sich auch bei angestrenghem Einathmen nur in geringem Maasse, so dass von demjenigen Theile des Stimmbandes, der unter der Stimmritze liegt, nichts sichtbar ist. Die Stimmritze, welche eine quere Oeffnung von nur wenigen Millimetern zeigt, scheint sich gegen die Luftröhre zu trichterförmig zu verengen.

Durch das geringste Gehen oder durch geringste Ueberanstrengung trat grosse Dyspnoe beim Kranken auf. Man wendete bei ihm in erster Reihe die Einpinselung des Kehlkopfes mit einer Jod-Jodkali-Glycerinlösung an, in der Hoffnung, dass „das hypertrophische, callöse Gewebe“ unter der localen Behandlung vielleicht einer Schrumpfung entgegengehen würde, doch war diese Behandlung erfolglos. Unterdessen begann man die Schröttersche Dehnungs-Methode, und zwar mit der Einführung des englischen Catheters No. 8, welchen der Kranke sehr gut duldete, nur konnte man den Catheter nicht tiefer, als um 1 Ctm. unter die Stimmritze einführen. Die Dehnung wurde täglich fortgesetzt; nach 7 tägiger Behandlung konnte man bis zum Catheter No. 12 fortschreiten. In der 7. Woche der Behandlung traten derartige Athembeschwerden ein, dass Ersticken befürchtet wurde, so dass die Tracheotomie, und zwar die Tracheotomia inferior, ausgeführt werden musste; die letztere deshalb, weil, da man die Trachea nicht sehen und auch mit dem Catheter nicht tief genug eindringen konnte, es wahrscheinlich schien, dass der „hypertrophische Process“ auch in der Trachea tiefer nach abwärts sich verbreitete. Als die Luftröhre geöffnet wurde und man die Canüle einführen wollte, fand man, dass die Canüle, um in diese tiefliegende tracheale Oeffnung zu gelangen, viel zu kurz war, andererseits ergab die Fingeruntersuchung, dass auch die Trachea enger war, so dass, da in dieselbe höchstens eine Zweier-Canüle einzuführen war, ein Catheter No. 14 eingeführt wurde. Am anderen Tage wurde dann die zu diesem Zweck angefertigte Canüle eingeführt. Durch einige Tage nach der Operation war leichtes Fieber constatirbar, am 5. Tage nach der Operation war Patient fieberfrei. Es wurde die begonnene Behandlung — die Dehnung des Kehlkopfes mit einfachen Cathetern — fortgesetzt.

Aus dem weiteren Verlauf ist hervorzuheben, dass die mechanische Dehnung wegen der aufgetretenen Blutungen nicht fortgesetzt wurde. Die im Kehlkopf sitzenden Schmerzen erstreckten sich auf den Kopf, auf das Hinterhaupt und auf das Genick; es folgten grössere Blutungen und zum Schluss auch Schlingbeschwerden.

Patient wurde behufs chirurgischen Eingriffes am 1. November 1887 auf die zweite chirurgische Klinik gebracht. Patient kann seit 2 Mon. nicht schlucken; der Kehlkopf und auch die vordere Fläche des Halses ist hart; die Haut, welche keine Temperaturerhöhung zeigt und an den bezeichneten Stellen mit den unter derselben liegenden Gebilden stark verwachsen ist, nicht beweglich.

Bei der Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel ist blos die oedematös geschwollene Epiglottis zu sehen, welche stark nach unten gezogen ist, so dass sie mit dem oberen Rand quer gegen die Wirbelsäule gerichtet ist. Patient wird mittelst Catheter künstlich genährt. Er hat heftige Schmerzen, die von der Kehlkopfgegend ausgehen und gegen das Ohr und den Nacken ausstrahlen, und öfters starke Blutungen. Exitus letalis am 22. Januar 1888.

Die Obduction ergab folgende Diagnosa:

Carcinoma exulcerans laryngis et tracheae supremae cum infiltratione carcinomatosa summa textus perilaryngealis cum stenosi partis sup. tracheae. Stricturea part. sup. oesophagi ex infiltratione carcinomatosa parietis eiusdem. Argyrosis cutis, membranarum mucosarum

praecipue intestinorum, hepatis, renum, lienis et testiculi necnon telae chorioideae cerebri.

Die microscopische Untersuchung ergab den epithelialen Character des Krebses, ferner, dass die Nierenglomeruli, die Vena portae und die Wandungen der Capillargefäße der Milz mit zahlreichen kleinen Punkten besät sind.

Das geschilderte Bild zeigt 2 Krankheitsformen: die allgemeine Argyrie und den Kehlkopfkrebs; jene ist eine seltenere Erkrankung und ist deshalb von Interesse, während der Kehlkopfkrebs durch das Anfangs verschwommene Bild und durch die spätere volle Entwicklung, hauptsächlich aber durch die verfehlte Anwendung der Schrötter'schen Dehnungsmethode Lehrreiches bietet.

Was die allgemeine Argyrie anbelangt, gehört dieselbe zu den seltenen Erkrankungen. Am häufigsten finden wir das Bild der chron. Argyrie, und nur höchst selten das Auftreten der acuten Argyrie. Es sind Fälle aufgezeichnet, in welchen acute Argyrie nach Hinunterschlucken abgebrochener Höllesteine, ferner nach aus Irrthum oder im Selbstmordversuch gebrauchten Lösungen auftrat.

Die chronische Argyrie tritt wohl auch nur vereinzelt, aber immerhin häufiger auf. Hauptsächlich ist dieselbe bei Individuen zu treffen, die gegen ihr Nervenleiden Jahre hindurch das Argent. nitr. gebraucht haben. In diesen Fällen gelangt das Silber durch den Darm in den Organismus. Neumann theilt einen einschlägigen, sehr interessanten Fall mit, in welchem ein Arzt, der an einem Magengeschwür litt, Monate hindurch täglich 2—3 Mal eine 1—5 Grm. Arg. nitr. enthaltende Flüssigkeit mittelst Schlundröhre in den Magen spritzte; nach 12 Dosen zeigten sich die Anfänge der Verfärbung. Derselbe wendete auch bei Anderen diese Methode an und nur in einem Falle war schwache Argyrie constatirbar. Es wurden Fälle beobachtet, die nach längeren Einpinselungen des Rachens und der Zunge auftraten.

Die Argyrosis ist in unserem Falle nach Jahre langem Einathmen der 10procentigen Arg. nitr.-Lösung und nach Monate langem Einpinseln aufgetreten, und, wie es die Section ergab, in ausserordentlich hohem Grade. Die Untersuchungen ergeben, dass die schwarzen feinen Silberkörner die Epidermis an den oberen Schichten überall schonen und sich auf der Haut unmittelbar unter der Epidermis in den oberen Schichten des Papillarkörpers und auch in den Organen, in den Bindegewebstheilen, in den Gefäßwänden anhäufen. Es wird erwähnt, dass nur das centrale Nervensystem eine Ausnahme bildet, indem dasselbe gänzlich verschont bleibt. In unserem Falle war die Argyrose eine so hochgradige, dass nicht nur die Haut, der Darm und die Organe, sondern auch die Gefäßnetze des Gehirnes gänzlich schwarz waren.

Huet, Charcot, Ball und Neumann haben bei Thieren durch künstliche Nahrung die Argyrie hervorrufen wollen, doch war das Resultat in Bezug auf die Haut gänzlich negativ und nur in einzelnen inneren Organen war Silber nachweisbar. In reducirter Form gelangt das Silber in feinsten Vertheilung in Gestalt schwarzer Körner mittelst der Lymphwege zu den einzelnen Organen, wo es sich in verschiedenem Grade anhäuft. Warum die nicht bedeckten Theile des Körpers — wie Gesicht und Hände — dunkler als die bedeckten Hauttheile erscheinen,

dafür haben wir keine directe Erklärung, da es sich absolut nicht annehmen lässt, dass das Licht auf die bereits reducirten schwarzen Silberkörner die geringste Wirkung hätte. Es erscheint plausibel, wenn wir annehmen, dass die Hautfarbe des Gesichtes und der Hände auch unter normalen Verhältnissen eine dunklere Schattirung zeigt als die bedeckten Hauttheile, und dass eben diese dunklere Schattirung den optischen Unterschied in der Intensität der Färbung bildet.

Auf den anderen Theil des Krankheitsbildes wollen wir nur kurz reflectiren. Es ist bekannt, dass die laryngoscopische Untersuchung die verschiedensten und nicht immer die charakteristischen Bilder bietet, und bekannt ist es, dass das Anfangsstadium des Kehlkopfkrebses höchst selten zur Beachtung gelangt. In jenen Fällen, in welchen die in den submucösen Geweben aufgetretene carcinomatöse Infiltration zur gleichmässigen Schwellung der Weichtheile führt, ist die Differentialdiagnose von grösster Schwierigkeit.

Das Lehrreiche des Falles bietet eben das beginnende Bild des Kehlkopfkrebses, die Form der carcinomatösen Infiltration unter der Schleimhaut die bei der Diagnose Schwierigkeiten bietet und speciell in dem angegebenen Falle zu einer anderen Diagnose und zu dem erwähnten missglückten Schrötter'schen Dilatationsverfahren führte.

Als Patient auf die chirurgische Klinik kam, war ein chirurgischer Eingriff nicht mehr am Platze.

Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.

Von

Dr. G. Juffinger,

Assistent an der laryngologischen Klinik des Professor Schrötter in Wien.

Wenn ich mir erlaube, folgenden Fall zu veröffentlichen, so geschieht das nicht, um die so reichliche Literatur und Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen durch einen besonders interessanten Fall zu vermehren, oder eine glückliche Extraction zu beschreiben, sondern weil sich der Sitz des Fremdkörpers aus den dargebotenen Symptomen mit einer gewissen Bestimmtheit diagnosticiren liess und die nachfolgende Erkrankung von der gewöhnlichen Norm abwich.

Es handelte sich um ein Stück Trockenobst, das während eines Hustenanfalles aspirirt wurde, in den rechten Bronchus bis an die Bronch. zweiter Ordnung gelangte und nach 14 Tagen spontan ausgehustet wurde. Genaue Localisation der Seite durch die Patientin, bedeutendes Hautemphysem ohne sichtbare Verletzung der Schleimhäute, nachfolgende Tuberculose sind die hervorragendsten Momente.

In der Nacht vom 11. auf den 12. Februar wurde die 23jähr. Handarbeiterin L. S. in die Klinik aufgenommen.

Die Anamnese ergab: Vollständige Gesundheit der Patientin bis zum 18. Lebensjahre. Damals musste sie wegen hochgradiger Chlorose in

ärztliche Pflege gehen. Im letzten Frühjahre traten Schmerzen in den Kniegelenken auf, die sie, ebenso wie seither öfter sich einstellendes Herzklopfen, nicht weiter beachtete. Am 11. Abends bekam sie während des Genusses von Johannisbrod (*Fructus ceratoniae*) einen Hustenanfall, wobei sie ein Stückchen der Frucht verschluckte resp. aspirirte und an der rechten Seite im Halse stecken fühlte. Trotz des sofortigen Eintrittes von heftigem Husten wurde nichts davon expectorirt. Die Kranke ging sogleich zu einem Arzte, der, um mit dem Kehlkopfspiegel untersuchen zu können, die Patientin mit einer Cocainlösung pinselte, worauf bei den folgenden Würgbewegungen kleine Stückchen Johannisbrod ausgehustet wurden. Die darauf vorgenommene Untersuchung ergab keinen Fremdkörper im Kehlkopfe; ebenso war eine Untersuchung des Oesophagus von negativem Resultat. Da jedoch Pat. noch immer über das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse und über Schmerzen klagte, wurde sie noch in der Nacht in die Klinik gebracht.

Die sogleich eingeleitete Untersuchung des Rachens und Kehlkopfes zeigte ausser Röthung und leichter Schwellung der Schleimhaut nichts Abnormes. Ebenso ergab auch die Untersuchung der Trachea, welche — wie ich mir in Vorhinein zu bemerken erlaube — in den nächsten Tagen öfters wiederholt wurde, nur eine Röthung besonders der tieferen Theile; nirgends ein Fremdkörper oder eine Verletzung sichtbar. Die Bifurcationsstelle konnte wegen des schiefen Verlaufes der Trachea nicht gesehen werden.

Der übrige Befund ergab: kleine Statur, mässiger Ernährungszustand, blasse Hautfarbe. Hals schlank, mässig gross; beim Betasten desselben fühlt man deutlich ein Emphysem der Haut, welches sich vom unteren Rande des Unterkiefers über die Uvula und seitlichen Halgegegenden und über die Supraclaviculargruben hin erstreckte. Nirgends Schmerz auf Druck. Thorax mässig gewölbt, die beiden Hälften bewegen sich bei der Respiration gleich gut. Beiderseits ober- und unterhalb der Clav. voller Schall, der sich nach abwärts in normaler Ausdehnung erstreckt.

Bei der Auscultation findet man vorne rechts oben schwächeres Athmen, als links, von der zweiten Rippe an sind jedoch keine Athmungs-, sondern nur fortgeleitete Rasselgeräusche zu hören; vorne links ist überall lautes, etwas rauhes In- und langgedehntes Exspirium mit reichlichem Rasseln und Pfeifen zu hören. Rückwärts links derselbe Befund, rechts hingegen bedeutend abgeschwächtes Athmen.

Herzdämpfung am unteren Rande der dritten Rippe beginnend, vom rechten Sternalrande bis in die Mamillarlinie reichend, Herzstoss im fünften Intercostalraume etwas innerhalb der Mamillarlinie. An der Herzspitze statt des ersten Tones ein lautes schabendes Geräusch hörbar, zweiter Ton etwas accentuirt. Action regelmässig, ungemein frequent.

Die übrigen Organe zeigen nichts Abnormes. Heftige Hustenanfälle, durch welche nur glasiger Schleim zu Tage gefördert wird, werden schon durch geringe Bewegungen des Stammes ausgelöst; bei vollkommen ruhiger Lage treten sie nur sehr selten auf. Athemnoth war nicht vorhanden. Temperatur 37°.

Am Abend des folgenden Tages war die Temperatur auf 39,5° gestiegen. Sputum eitrig mit einzelnen rothen Streifen. Vorne über der ganzen rechten Seite das Athmungsgeräusch aufgehoben.

Der nächste Morgen war fieberfrei, Abends stieg jedoch die Temperatur bis auf 40,1°, sonst keine Veränderungen nachweisbar.

14. Februar. Die Athmungsgeräusche rechts rückwärts sind ebenfalls geschwunden und nur fortgeleitete Rasselgeräusche hörbar. Abends Temp. 39,5°.

15. Februar. Im Laufe der Nacht wurden einzelne kleine, linsengrosse Stückchen von Johannisbrod ausgehustet. Das Hautemphysem, mit Ausnahme in den Supraclaviculargruben, geschwunden. Rückwärts wieder stark abgeschwächtes Athmen zu hören. Patientin konnte wegen Schmerzen und Hustenanfällen nicht auf der rechten Seite liegen. Temperatur 39,8°.

16. Februar. Ausgebreiteter Herp. lab. et nas. Sonst stat. idem. Im Laufe des Tages wurden neuerdings einzelne kleine Stückchen ausgehustet. Temp. 39,5°.

18. Februar. In der vergangenen Nacht wurde ein 1 Ctm. langes, 1/2 Ctm. breites Rindenstück ausgehustet. Vorne deutliches, jedoch stark abgeschwächtes Athmen und Rasselgeräusche zu hören. Temp. 38,2°.

19. Februar. Sputum reichlich eitrig, putrid. Temp. 38,7°.

20. Februar. Rückwärts rechts unten und entsprechend der Mitte der Scap. kürzerer Percussionsschall und verschärftes Athmen. Temperatur 38,5°.

21. Februar. Rückwärts rechts unten pleurales Reiben. Temp. 38°.

23. Februar. Auftreten von Knisterrasseln rechts rückwärts unten. Temp. 38,6°.

24. Februar. Mitte scapul. deutl. bronch. Athmen. Temp. 39,5°.

25. Februar. Heute Morgen, nach einem heftigen Hustenanfall, wurde ein 1,7 Ctm. langes, 1 Ctm. breites und 0,5 Ctm. dickes Stück Johannisbrod ausgehustet. Ueber der ganzen Seite lautes und reichliches Rasseln. Temp. 38,5°.

In den folgenden Tagen nahmen die Pneumonieherde auf der rechten Seite zu, dabei tägliche Temperatursteigerungen bis über 39°. Dazu trat nun auch eine Dämpfung an der rechten Lungenspitze mit Bronchialathmen auf. Das Sputum blieb eitrig, hatte aber seinen putriden Geruch verloren. Im Verlaufe der nächsten 10 Tage schwanden die pneumonischen Herde in den unteren Lungenparthien, dagegen nahmen die Symptome der Infiltration der rechten Lungenspitze zu, während sie zugleich über der linken begannen.

Eine vorgenommene Untersuchung des Sputums ergab reichliche Tuberkelbacillen.

Jetzt tritt rasche Abmagerung und zunehmende Schwäche ein, der Process in den Lungen schreitet schnell vorwärts.

* * *

Von einem chirurgischen Eingriffe zur Entfernung des Fremdkörpers war seiner Zeit Abstand genommen worden, da derselbe voraussichtlich sehr weit in den Bronchus vorgedrungen war und daher nur sehr wenig Hoffnung auf Erfolg bestand; andererseits liess die Natur des Fremdkörpers erwarten, dass er erweichen und spontan ausgestossen werde.

In Berücksichtigung der oben angeführten Symptome erscheint wohl die Annahme berechtigt, dass der Fremdkörper, an der Abgangsstelle der

Bronchien zweiter Ordnung sitzend, das Lumen jenes Astes verstopfte, der zum Oberlappen führt; erst nachdem er in Folge Quellung an Grösse zugenommen hatte, verlegte er auch den Zugang zu den anderen Bronchien. Die durch einige Tage wahrnehmbare putride Beschaffenheit des Sputums lässt darauf schliessen, dass durch den Druck des Fremdkörpers die Umgebung necrotisch geworden war; dadurch wurde die Einklemmung behoben und die schon erweichte Frucht konnte ausgehustet werden.

Es sind drei Möglichkeiten vorhanden, um das Auftreten der Tuberculose in unserem Falle zu erklären: Erstens, dass dieselbe schon früher bestanden habe, zweitens, dass die Infection durch den Fremdkörper bedingt wurde, und drittens eine nachträgliche Erwerbung im Krankenzimmer.

Die Annahme einer früher bestandenen Affection erscheint unwahrscheinlich, weil beim Eintritte der Patientin keine Dämpfung nachweisbar war und der etwa bestandene Husten und Catarrh wohl mit dem Herzfehler im Zusammenhange stand. Dagegen hat die Annahme, dass die Infection durch den Fremdkörper selbst erfolgt sei, grosse Wahrscheinlichkeit. Wie bekannt, stehen diese trockenen Früchte oft durch lange Zeit vor den Verkaufsläden dem Strassenstaube ausgesetzt, so dass gewiss Gelegenheit zur Verunreinigung derselben mit Tuberkelbacillen gegeben ist.

Freilich ist auch zu berücksichtigen, dass die Infection erst nachträglich in dem Krankenzimmer erfolgt sein kann, wo die durch den Fremdkörper verletzte Schleimhaut eine günstige Aufnahmestelle für den Bacillus bot.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1887 ambulatorisch behandelten Kranken.

Caries ossis temporis.

In einer Reihe von Fällen chronischer Ostitis des Warzenfortsatzes, wo nach erfolgter Entfernung alles Cariösen, doch immer neue Knochenpartien befallen wurden, wurden Versuche mit der Freund-Kolischer'schen phosphorsauren Kalklösung angestellt, derart, dass mit dieser Lösung die weisse Krüllgaze oder später Jodoformgaze getränkt und in die Knochenhöhle oder Fistelcanäle oder in die Zellen nach der Trepanation des Warzenfortsatzes eingeführt wurde. Die beim Bekanntwerden der Erfolge dieses Mittels erweckten Hoffnungen wurden leider auf unserem Gebiete nicht erfüllt. Die Wirkung war die eines Aetzmittels; ungesunde Granulationen wurden bei längerem Gebrauche schön, ihrer Wucherung wurde Halt geboten, enge Fistelcanäle wurden wesentlich erweitert, die Eiterung jedoch immer vermehrt. Die Einführung der Kalkgaze erzeugt den Patienten meistens Schmerzen, die oft stundenlang anhalten, in einigen Fällen trat Entzündung in der Umgebung der Wunde auf. Einen

wesentlichen Vorzug vor der Jodoformbehandlung bei obengenannten Processen verdient diese Behandlungsmethode nicht.

*
*
*

Die von Voltolini zur Entfernung von Nasenrachenpolypen empfohlene Electrolyse wurde auf Anordnung Gruber's vom klinischen Assistenten Dr. Gomperz auch bei Ohrpolypen in Anwendung gezogen. Man gelangte zu folgenden Resultaten:

1) Mittelst der Electrolyse gelingt es leicht, Granulationen und Polypen in kurzer Zeit zum Schwinden zu bringen.

2) Der Effect der Operation ist desto besser, je grösser die Elementenzahl ist, die vertragen wird, je länger der electriche Strom wirken kann; erbsengrosse Polypen schrumpften nach einmaliger Anwendung der Electrolyse und es sistirte die früher bestandene Eiterung. Doch brauchten andererseits auch kleinere Granulationen oft längere Zeit und mehrmalige Sitzungen, bis sie schwanden; nicht immer sistirte die Otorrhoe nach dem Verschwinden der Wucherungen.

3) Die Electrolyse ist trotz Cocaïn-Anaesthesie höchst schmerzhaft und verdient nur dort Anwendung, wo die Wucherungen an, für Schlinge, scharfen Löffel oder Ringmesser unzugänglichen Partien sitzen, wie z. B. an der Membrana Shrapnelli oder an den Paukenhöhlenwänden. Dr. Gomperz wendete zweierlei Methoden an; bei der ersten, und diese verdient den Vorzug, kommt eine Knopfelectrode als Kathode an den Proc. mast., die mit der Anode verbundene Platin-Nadel, welche in ihrem Griffe nach allen Richtungen eingestellt und an der Spitze beliebig gebogen werden kann, wird in die Wucherung eingesenkt. Bei der zweiten wurden beide Pole mit Nadeln armirt, die etwa 2 Mmtr. von einander abstehen und diese gleichzeitig in die Wucherung eingestochen. In sämtlichen Fällen konnten höchstens 10 Elemente einer Siemens-Halske'schen constanten Batterie verwendet werden; länger als 2 Minuten würde der Strom nur selten vertragen.

Otalgia nervosa.

Bei einer grösseren Anzahl dieser Fälle wurde Antipyrin in Dosen von 1,50 Gramm pro die gegeben.

Die Patienten erhielten drei Pulver à 0,50 Gramm und wurden angewiesen, zwei davon auf einmal, und wenn die Schmerzen nach zwei Stunden nicht nachgelassen haben sollten, dann das dritte zu nehmen.

Von fünfzehn Patienten, die das Mittel erhielten, kamen trotz der dringenden Aufforderung, am nächsten Tage über die Wirkung Bericht zu erstatten, fünf nicht wieder. Bei acht Patienten hatte Antipyrin die Schmerzen beseitigt, bei zwei Patienten war keine Besserung aufgetreten. Hier mögen noch folgende zwei Krankengeschichten Platz finden.

1) Frä. F. H. steht seit Jahren an unserer Klinik wegen plastischer Mittelohrentzündung in Behandlung. Sie klagt, seit mehr als 4 Wochen von ziehenden Schmerzen in beiden Ohren, welche nur im Schläfe sistiren, geplagt zu werden; in der letzten Woche seien die Schmerzen besonders unleidlich geworden. Bei der Untersuchung zeigt sich der Nasenrachenraum normal, ebenso der Kehlkopf. Die Zähne nicht mehr complet, doch die restlichen tadellos. Trommelfelle getrübt, Uhr rechts

9 Ctm., links 48 Ctm. Nach dem Einnehmen von 1,00 schwanden die Schmerzen sofort. Patientin war noch nach mehreren Monaten von ihnen verschont geblieben.

2) Herr Dr. S. T. wurde Anfangs März nach einer Erkältung von einer ungemein heftigen rechtsseitigen Hemicranie befallen; er hatte das Gefühl, dass die Schmerzen vom Ohre ausstrahlten; es wurde 1,50 Antipyrin verordnet, Dr. T. versuchte es aber nur mit 0,50, was ohne Erfolg blieb. Nachdem öftere Bepinselungen der Nasenschleimhaut, sowie 6,0 Natr. salicylicum (während 2 Tagen) ohne Effect gebraucht worden waren und Patient 4 Nächte schlaflos zugebracht hatte, nahm er 1½ Gramm Antipyrin, schlief die darauf folgende Nacht gut, befand sich am nächsten Tage bedeutend wohler und verlor seine Schmerzen ganz nach dem weiteren Gebrauche von 0,50 Antipyrin in einmaliger Dosis.

Ueber die Injection der Knochenanäle des Aquaeductus vestibuli et cochleae mit Wood'schem Metall. Ein Beitrag zur Kenntniss der Gefässcanäle des knöchernen Labyrinthes. Von F. Siebenmann. (Separat-Abdruck aus den Verhandlungen der Naturforschenden Gesellschaft in Basel, VIII. Theil, 3. Heft).

S. schildert seine Methode zur Darstellung von Ausgüssen des inneren Ohres mit dem schon früher von Brunn*) verwendeten Wood'schen Metalle, bei welcher S. auch einige von Bezold**) empfohlene Kunstgriffe verwertete.

Bei der schweren Zugänglichkeit der Verhandlungen obgenannter Gesellschaft glauben wir gut daran zu thun, wenn wir das Corrosionsverfahren wortgetreu wiedergeben, um den Herren Collegen eine eventuelle Reproduction desselben zu ermöglichen: „Am gut macerirten, durchgespritzten, trocknen Knochen wird der obere halbcirkelförmige Canal gleich hinter der Crista super. etwas angefeilt und dann werden mit Ausnahme der medialen Oeffnung des carotischen Canals sämtliche Löcher an der vordern, hintern und äussern Fläche des Schläfenbeins mit Leinwand oder dickem Fliesspapier überklebt, nachdem man an jenen Stellen die Knochenränder mit Leim überstrichen hat. Die Unterflache der Pyramide überklebt man in toto mit einem dünnen Stück Pappe, ebenso wird der ganze Sulcus transversus (ev. mit dem Sulc. petros. inferior) überspannt.

An den beiden Stellen, an welchen oberhalb des letztern die Aquaeducte ausmünden, wird die Leinwand so, dass sie mit dem darunter liegenden Knochen einen spaltförmigen Canal bildet, zungenförmig bis über den obern Rand der betreffenden Aperturen hinaufgeführt, damit die Ausgüsse der hier ausmündenden feinen Canäle durch diese „Brücken“ Bezold's einen festern Halt bekommen. In die freigelassene mediale Oeffnung des Carotiscanals leimt man einen circa 6 Ctm. hohen Einguss-trichter von Pappe in solcher Stellung fest, dass dessen Längsaxe mit derjenigen der Pyramide zusammenfällt. Das Felsenbein des Neugeborenen

*) Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin 1886.

**) Corrosionsanatomie 1880.

füllt sich vortheilhafter von der Paukenhöhle aus; der Trichter wird in diesem Falle am Annulus tympanicus festgeklebt.

Das Ganze wird nun mit aufwärts gerichteter Trichteröffnung in einer engen Form, z. B. in einem Cigarrenkistchen, mit nicht zu dünnem Gypsbrei bis nahe an die Trichterwand hinauf umgossen; nach $\frac{1}{2}$ Stunde entfernt man die Brettchen und stellt das Gypsklötzchen bis zum völligen Trocknen d. h. mindestens 2 Tage in einen warmen Raum.

Nun erst darf der Einguss vorgenommen werden. Zu diesem Behufe wird das Gypsklötzchen einige Stunden auf mindestens 70° erhitzt und dann das Wood'sche Metall (zu beziehen durch Glashandlung Cramer in Zürich oder Chemische Fabrik Merck in Darmstadt, das Kilo à 20—22 Fr.) im Wasserbad geschmolzen. Dann giesst man, während mit dem Gypsklötzchen kleine Schläge gegen die Unterlage ausgeführt werden, das Metall rasch und in möglichst dickem Strahl in den Trichter, bis in letzterem das Niveau nicht mehr sinkt. Frühestens nach $\frac{1}{2}$ Stunde wird der Gyps losgebrochen und dasjenige Metall, das sich zwischen Knochen und Gyps in unerwünschter Weise eingedrängt hat, oder welches als Trichterausguss noch im Zusammenhang mit dem Carotisausguss geblieben ist, weggeschnitzelt oder mit glühenden Instrumenten weggeschmolzen und mit einem Raspatorium abgeschabt. Besondere Vorsicht dabei erheischt namentlich die Erhaltung der Brücke zum Aqu. vestibuli. Das Präparat ist nun zur Corrosion fertig. Der zu corrodirende Knochen wird auf Spähnen oder Fliesspapier auf einen Teller gebettet, in ein weites, mit 15—30 pCt. Kalilauge gefülltes Glas gelegt und in einem warmen Raume stehen gelassen. Nach Verfluss der ersten 14 Tage wird die Lauge gewechselt; das Präparat wird für diese Procedur auf dem Teller herausgehoben, aber nicht berührt. Nach $1\frac{1}{2}$ —2 Monaten wässert man 24 Stunden lang aus und giesst eine Mischung von 1 Theil reiner Salzsäure und 6 Theilen Wasser darüber. In letzterer Flüssigkeit zerfallen die noch anhaftenden elfenbeinartigen Parthieen (Labyrinthcapsel und medianer Theil der hintern Gehörgangswand) schon nach Verlauf von 1—3 Stunden.“

Verf. resumirt die Hauptergebnisse seiner Arbeit in nachstehenden Sätzen: Bei Verwendung reiner Knochen kommen auf diese Weise an ein und dem nämlichen Präparate gewöhnlich nicht nur beide Aquaeductcanäle, sondern auch noch deren separat verlaufende Gefässkanäle zur vollendeten Darstellung.

Als Gefässcanäle des Aquaeductus cochleae finden wir constant den Canalis Cotunni und ausserdem in mehr als der Hälfte aller Präparate auch einen an der Fossula fenestrae rotundae entspringenden Canal (Canalis accessorius II aquaeductus cochleae). Sie münden durch die Apertura ext. aquaeduct. cochleae in den Sinus petros. inferior. Auch für den Aquaeductus vestibuli hat Verf. das constante Vorhandensein eines besonderen Gefässkanals (Canalis accessorius aquaeduct. vestibuli) nachweisen können. Am macerirten Schläfenbein communiciren einzelne Havers'sche Canäle der die Labyrinthcapsel begrenzenden Spongiosa mit dem Binnenraum der 3 halbzirkelförmigen Canäle.

Dr. Grossmann.

Ueber progressive Schwerhörigkeit (Sclerose) und ihre Behandlung durch die Tenotomie des Tensor tympani. Von R. Cholewa. (Aus Dr. Hartmann's Polyclinik für Ohren- und Nasenranke in Berlin). (Zeitschr. für Ohrenheilkunde XIX. 3.)

Gestützt auf die durchschnittlich guten Erfolge, welche der Autor bei 30 Operationsfällen von Durchschneidung der Tensorehne „in einer ganzen Reihe der verschiedenartigsten intra-tympanalen und labyrinthären Prozesse, welche alle zur Schwerhörigkeit resp. Taubheit führen“, erzielte, kann derselbe die bekanntlich von Weber-Liel in die Praxis eingeführte, aber bisher durchaus noch nicht eingebürgerte Operation nur zu erneuter Prüfung empfehlen. Bemerkenswerth gegenüber den bisherigen Erfahrungen ist der Umstand, dass der Haupteffect der Operation in Verbesserung der Hörschärfe, weniger, wie es den Anschein hat, in Beseitigung der subjectiven Gehörsempfindungen beruhte. Ebenso ist die bisher nicht bekannte Beobachtung Ch.'s von Interesse, dass bei der „neuropathischen“ Sclerose, d. h. jener Form, welche auf nervöse Einflüsse seitens des Quintus und Sympathicus zurückzuführen sein dürfte, sich immer eine erhebliche Anaesthesie des Trommelfelles, und zwar proportional der Intensität der Erkrankung, nachweisen lässt; dieses Symptom ist nach Ch.'s Erfahrung so constant, dass es bei der Unzulänglichkeit des übrigen objectiven Untersuchungsbefundes als ein Hauptmerkmal der neuropathischen Sclerose anzusehen ist. — Gleich Weber-Liel und Kessel konnte auch der Autor wiederholt in Fällen, wo auf dem operirten Ohre wegen muthmasslicher Ankylose ein Erfolg ausblieb, eine auffallende Besserung der Hörschärfe auf dem nicht operirten andern Ohre nachweisen. Auf Grund seiner Stimmgabelprüfungen wie auch der Operationsresultate möchte übrigens Ch. die allgemein giltige Annahme, dass es sich bei Sclerose meist um Ankylose der Gehörknöchelchen handle, wesentlich eingeschränkt wissen.

In Uebereinstimmung mit Kessel rath auch der Autor zu möglichst frühzeitiger Operation, umso mehr, als die Tenotomie keine besonderen Gefahren einschliesst und von jungen wie alten Personen gleich gut vertragen wird.

Bei der Ausführung der Operation befolgte Ch. im Allgemeinen die Vorschriften Weber-Liel's, benutzte aber die schon bestehende Anaesthesie, um durch Nachhilfe von starker Auflösung von Alum. acet. tartar. und gewissen Aethersorten, mit Watte auf's Trommelfell gebracht, eine solche Unempfindlichkeit desselben herbeizuführen, dass es nur der geringen Unterstützung seitens einer zweiten Person bei der Operation bedurfte. Durch die genannten Lösungen sowie durch Einblasen einiger Tropfen einer starken Menthollösung per Catheter durch die Tuba wurde versucht, die Operation möglichst aseptisch auszuführen; nach derselben wurde Borsäure dicht aufgepudert; ohne Ausnahme erfolgte in 5 bis 10 Tagen vollkommene Heilung, in keinem Falle entstand irgend welcher Nachtheil.

Trotz der Kürze der Beobachtungszeit — die Operationen sind erst seit Frühjahr v. J. ausgeführt — verdient die Arbeit, welche hier nur kurz skizzirt ist, die volle Beachtung der Fachgenossen und wird der Autor hoffentlich Veranlassung nehmen, in einer späteren ausführlicheren Veröffentlichung seine weiteren Erfahrungen mitzutheilen. Keller.

Zur Kenntniss der bei Felsenbeincaries auftretenden letalen intracranialen Erkrankungen (Hirnabscess, Sinusphlebitis und Meningitis).
Von Dr. Otto Körner. (Archiv f. Ohrenheilk. Band XXVII, Heft 2.)

Rudolph Meyer hat zuerst die später von Schwartze und Huguenin bestätigte Thatsache constatirt, dass der otitische Hirnabscess häufiger rechterseits beobachtet werde, ohne eine Erklärung hierfür angeben zu können.

Körner hat 67 Fälle von Hirnabscess, 61 von Sinusphlebitis und 23 von Meningitis aus der Literatur zusammengestellt und gefunden:

1) dass von den Hirnabscessen

39 rechts, 25 links und 3 doppelseitig aufgetreten waren.

Der Unterschied in der Häufigkeit seines Vorkommens auf beiden Seiten ist nicht so gross, wie bei Meyer, der unter 18 Hirnabscessen 14 rechts fand.

2) dass von den Sinusphlebitiden

35 Mal die rechte und 26 Mal die linke Seite betroffen war.

Unter den schon angeführten Fällen von Hirnabscess waren mit Sinusphlebitis

rechts 9, links 4 combinirt,

d. i. 44 rechtsseitige und 30 linksseitige Sinuserkrankungen, und dass

3) unter 23 Fällen von Meningitis ex otitide

17 in Folge rechtsseitiger und nur 6 in Folge linksseitiger Erkrankung zu Stande gekommen waren.

Von diesen 151 letalen Folgekrankheiten waren demnach

90 rechtsseitig resp. in Folge einer rechtsseitigen,

57 linksseitig resp. in Folge einer linksseitigen Ohrerkrankung und

4 doppelseitig aufgetreten.

Meyer vermuthete als Ursache des häufigeren Auftretens der Hirnabscesse rechterseits, dass die rechtsseitigen Ohreiterungen vielleicht häufiger seien, als die linksseitigen.

Körner fand diese Vermuthung nicht stichhaltig, da bei 184 aufeinanderfolgenden Fällen von Mittelohreiterung seiner Praxis 115 eiternde Paukenhöhlen rechts, 114 links waren; Bürkner und Szenes hatten unter 1319 Fällen von Otitis med. supp.

481 rechts, 488 links, 350 beiderseits;

es muss daher obiges Verhalten in anatomischen Verschiedenheiten beider Schädelhälften gesucht werden; Körner*) hat bei der Untersuchung von 60 Schädeln gefunden, dass in 77 pCt. die Fossa sigmoidea des Sulcus transversus rechts weiter nach vorn und aussen in die Basis der Felsenbeinpyramide und in den Warzenfortsatz eindringe, als links; rechts sei demnach in 77 pCt. der Fälle die Knochenwand, welche das Vordringen der Entzündungsprocesse gegen das Gehirn hemme, dünner.

Dazu komme, dass bei Brachycephalen der Sinus transversus beiderseits der Warzen- und Paukenhöhle näher liege, und der Boden der mittleren Schädelgrube tiefer stehe, als bei Dolichocephalen und dass bei ersteren die Unterfläche des Schläfelappens, sowie die Vorderfläche des Kleinhirnes dem Antrum mastoideum und der Paukenhöhle näher liegen,

* Zeitschrift für Ohrenheilkunde.

als bei letzteren. Treten bei ersteren Ohreiterungen ein, so könnten intracraniale Folgekrankheiten leichter entstehen, als bei Dolichocephalen.

Körner meint daher, man müsse *ceteris paribus* bei einer rechtsseitigen Erkrankung eher zum Meissel greifen, wenn es sich um die Eröffnung des Antrum mastoideum handle, als bei einer linksseitigen, und bei einem Brachycephalen früher, als bei einem Dolichocephalen.

Gomperz.

Die Erkrankungen des Nervus acusticus. Von Dr. Giuseppe Gradenigo. (Archiv f. Ohrenheilk. Band XXVII, Heft 2.)

Gradenigo fand in einer Reihe von Fällen von Neuritis nervi opt. aus centraler Ursache abnorme electricische Ueberreizbarkeit beider Gehörnerven auch dort, wo mittelst der üblichen Prüfungsmethoden functionelle Störungen nicht nachzuweisen waren und stellt auf Grund seiner Beobachtungen folgende Behauptungen auf:

1) Die electricische Prüfung des Acusticus ist eine viel feinere klinische Untersuchungsmethode, als die functionelle Prüfung;

2) sie ist ein werthvolles diagnostisches Mittel zum Nachweise der Mitbetheiligung der Hörnerven bei endocraniellen Erkrankungen;

3) beträchtliche, persistirende Ueberreizbarkeit des Acusticus bei Integrität des Gehörorganes deuten auf eine endocranielle Erkrankung hin; eine solche kann aber auch beim Fehlen der Ueberreizbarkeit des Acusticus bestehen;

4) die electricische Ueberreizbarkeit des Acusticus findet sich oft bei endocraniellen Erkrankungen, die mit Neuritis optica einhergehen.

Die genaue Beobachtung mehrerer, mit aner kennenswerther Genauigkeit beobachteter Fälle führte Verf. zu der Anschauung, „dass in den seltenen Fällen, in welchen sich eine endocranielle Erkrankung einer ausgesprochenen Functionsstörung der Gehörnerven beigesellt, ein eigenartiger Typus von Taubheit auftreten kann, der sich von der durch Erkrankungen des inneren Ohres erzeugten Taubheit dadurch unterscheidet, dass die Perception für hohe Töne und die Uhr ziemlich gut erhalten, aber diejenige für die mittleren Töne defect ist.

Gomperz.

b) Pharyngo-laryngologische:

Glossostomatitis mercurialis. (Glossostomatite mercurielle.) Von Dr. Andry. (Société des sciences médicales de Lyon und Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1888.)

Ein mit subcutanen Injectionen von metallischem Quecksilber und mit Jodkalium behandelter 24jähriger Patient, Alcoholiker, zeigte nach 20 Tagen schweren Mercurialismus. Verf. rath, auf diese Behandlungsweise zu verzichten, wenn man nicht wolle die im 16. Jahrhundert so bekannt gewordenen Mercurialvergiftungen sehen.

Dr. P. K.

Congenitales Fibrolipom der Zunge. (Fibrolipome congénital de la langue.) Von Dr. Poncet. (Société des sciences médicales de Lyon, December 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1888.)

Eine 62jährige Frau hat ein rechtsseitiges Mamma - Carcinom mit Schwellung der Supraclavicular- und Axillardrüsen; ein entsprechendes pleuritisches Exsudat liess auf Fortpflanzung des Carcinoms auf die Pleura schliessen. Der Tod trat ein. Am Zungenrücken befand sich ein taubeneigrosser, nicht gestielter Tumor, welcher einer zweiten Zunge ähnelte; dieser Tumor war mit der Tiefe und mit der Schleimhaut innig verbunden, hatte seit frühester Jugend bestanden und war von weicher Consistenz; es war ein Fibrolipom. Verf. betont folgende Punkte: 1) die Seltenheit des Vorkommens; 2) seinen congenitalen Ursprung; 3) das Zusammenbestehen eines gutartigen mit einem bösartigen Tumor.

Dr. P. K.

Adenom des weichen Gaumens. (Adénome du voile du palais.) Von Dr. Natier. (Revue mensuelle de laryngol. No. 11, 1888.)

Eine 44jährige Frau, sonst gesund, hat an der rechten Gaumenhälfte ein hühnereigrosses Adenom; Patientin schläft mit offenem Munde und kann nur auf der rechten Seite liegen; Stimme näseld, Tumor von gesunder Schleimhaut bedeckt. Ganglien nicht geschwollen. Der Tumor wurde nach Spaltung der Schleimhaut mit dem Finger herausgeschält; er war 6 Ctm. lang und $\frac{1}{2}$ Ctm. breit; die microscopische Untersuchung ergab ein reines Adenom.

Die Ursache des Entstehens der Adenome ist unbekannt; ihr frühzeitiges Vorkommen lässt selbe vom Carcinom unterscheiden, welches letztere im späteren Alter eintritt; meist beim weiblichen Geschlecht, Ursprung fast immer an der Grenze des weichen und des harten Gaumens; hier ist nämlich symmetrisch an beiden Seiten eine dicke Schichte von Drüsen angehäuft. Ihre Entwicklung ist so langsam und macht so wenig Beschwerden, dass die betreffenden Patienten meist glauben, immer so beschaffen gewesen zu sein. Der Unterschied von bösartigen Tumoren ist leicht, und dies genügt für den Practiker; das Adenom als solches zu bestimmen, gelingt nur durch die microscopische Untersuchung. Die chirurgische Behandlung ist die einzig richtige.

Dr. P. K.

Behandlung der Perforationen des weichen Gaumens mittelst Glühhitze. (Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée.) Von Dr. Eug. Martel. (Revue intern. des sciences médicales, Mai 1887 und Revue mensuelle de laryngol. No. 11, 1887.)

Der obere und der untere Winkel der Oeffnung werden mit dem weissglühenden Instrumente betupft; die gegenseitigen gebrannten Stellen berühren sich langsam und so werden die Brennungen in verschiedenen Sitzungen fortgesetzt, bis der ganze Defect verschwunden ist. Verf. stellt einen so geheilten Kranken vor.

Dr. P. K.

Congenitaler Tumor wegen Verstopftsein des Warthon'schen Canals. (Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon.) Von Dr. Guinard. (Gazette hebdom., Januar 1888 und Revue mens. de laryngologie No. 9, 1888.)

Verf. kennt nur 9 authentische Fälle des Uebels. Characteristisch sind sein Erscheinen gleich nach der Geburt und seine eigenthümliche Form; durch die verdünnte Schleimhaut sieht man den porösen Inhalt; der Warthon'sche Gang ist nicht zu sehen. Die entsprechende Submaxillardrüse ist dicker als gewöhnlich. Der Tumor ist der Schwimmblase der Fische ähnlich. Athmen, Saugen, Schlucken sind nicht behindert. Ein Scheerenschnitt genügt zur Heilung. Dr. P. K.

Gefährliche Blutung nach einer Amygdalotomie. (Hémorrhagie alarmante consécutive à l'amygdalotomie.) Von Dr. Fuller. (The American Journ. of the med. sciences, Avril 1888 und Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1888)

Bei einem 28jähr. Manne wurde die doppelseitige Amygdalotomie gemacht; es trat einseitige lebensgefährliche Blutung ein. Die Unterbindung der Carotis genügte nicht; nur die Transfusion konnte den Kranken retten. Dr. P. K.

Der Galvanocauter bei der Behandlung der hypertrophischen Mandeln. (Le galvanocautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales.) Von Dr. Franc Hamilton Potter.

Die Behandlung kann mittelst der galvanocaustischen Schlinge oder durch die Galvanopunctur bewerkstelligt werden. Erstere ist schneller, aber schwieriger und schmerzhafter; letztere ist ohne alle Gefahr, leicht auszuführen, schmerzlos, sicher, zerstört nicht vollständig die Function der betreffenden Mandel. Referent (Dr. Charazac) zieht dem Galvanocauter den Thermocauter, als schneller wirkend, vor. Dr. P. K.

Ein Fall von Sarcom der Mandel entfernt durch äusseren Schnitt. Heilung. (Un cas de sarcome de l'amygdale enlevé par une incision externe. Guérison.) Von Dr. Richardson. (Boston med. Surg. Journal, Februar 1888 und Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1888.)

Längs dem vorderen Rande des betreffenden Sternocleidomastoideus wurde ein Hautschnitt gemacht und der Tumor wurde mit Pincette und schneidendem Instrument von seinen Adhärenzen mit dem Processus styloideus abgelöst; die Mucosa des Pharynx war gesund und wurde verschont. 7 Monate nach der Operation war noch kein Recidiv eingetreten. Dr. P. K.

Congenitale Atrophie der Zunge; spastische Lähmung der unteren Extremitäten. (Hémiatrophie congénitale de la langue; paralysie spastique des extrémités inférieures.) Von Dr. Francotte. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 8 und 9, 1888.)

Hemiatrophie der Zunge besteht oft congenital und ist dann mit einem Allgemeinleiden des Nervensystems verbunden. Verf. giebt die Krankengeschichte eines 17jährigen Mädchens, welches seit seiner Geburt mit einem solchen Leiden behaftet ist und keine besonderen Beschwerden Seitens der Mastication, des Saugens und des Schluckens gehabt hat.

Die Ursachen der halbseitigen Zungenatrophie sind mannigfach; der Nervus hypoglossus kann entweder selbst oder in seinem Kern angegriffen sein; es kann eine progressive Bulbusparalyse bestehen; in diesen Fällen aber ist die Atrophie meist doppelseitig. Die einseitige Atrophie kann ein Symptom des Tabes dorsalis sein (Charcot und Ballet); manchmal findet man die Ursache derselben nicht (Remak), manchmal besteht Saturnismus, Trauma, Chorea, Atrophie derselben Gesichtsseite (Spitzer und Seeligmüller), Atrophie der ganzen Körperseite (Mendel, Rose, Bury, Soltmann); selten besteht, wie in Verfassers Fall, spasmodische Paralyse derselben Seite; der Zusammenhang ist schwer zu erklären.

Dr. P. K.

Ein Fall von Actinomyose beim Menschen. (Un cas d'actinomyose chez l'homme.) Von Dr. Lucet. (Académie de méd. de Paris, Séance du 21. Aout 1888.)

Ein 30jähr. Mann erhielt einen Hufschlag von seinem Pferde und zeigte in Folge dessen einen tiefen Abscess am Oberschenkel mit gestörtem Allgemeinbefinden. Der behandelnde Arzt eröffnete den Abscess, legte Drainröhren ein und untersuchte auf Tuberkelbacillen; er fand statt dessen den microscopischen Befund der Actinomyose; es mussten noch zwei solcher Abscesse eröffnet werden und jedes Mal fand man die die Actinomyose characterisirenden hellgelben, maulbeerförmigen, zwischen den Glasplättchen leicht zu zerdrückenden Körner. Der Mann war zeit-
lebens Stallknecht gewesen, hatte nie mit Rindvieh zu thun, welches letzteres bekanntlich am öftesten mit der Krankheit behaftet ist. Bloss musste er hier und da Kuhmist verarbeiten, und so kann man sich die Ansteckung erklären.

Dr. P. K.

Congenitale Larynxverengerung. (Rétrécissement congénital du larynx.) Von Dr. Léwy und Dr. Etienne. (Mémoires de la société de médecine de Nancy, Séance du 25. Mai 1887.)

Ein 18 Monate altes Mädchen zeigt seit seiner Geburt Larynxpfeifen mit normaler Stimme; Patientin erlag einem der häufig eintretenden Erstickungsanfälle. Die Section ergab mangelhafte Entwicklung der Glottis respiratoria.

Dr. P. K.

Gefahren und Nutzlosigkeit der Tracheotomie mit einem Schnitt.

(Dangers et inutilité de la trachéotomie en un temps.) Von Dr. Dauchez. (Art médical No. 14, 1888.)

Ein 4jähr. Knabe wird in's Spital des enfants malades gebracht, nachdem er einige Tage vorher als geheilt entlassen worden war; das Leiden hatte in Masern mit diphtheritischer Angina bestanden. Jetzt hat er Erstickungserscheinungen bei normaler Stimme; keine Angina; Exspirium frei. Man wollte nun, weil Gefahr vorhanden war, die Tracheotomie mit einem Schnitt nach de St. Germain machen und punktirte also in einer Tiefe von 15 Mmtr. in die Regio praethyroidea; es stürzte nun ein Eiterstrom mit Luftblasen heraus, zugleich schwanden die Erstickungserscheinungen. Der ausgeführte Schnitt war zu klein, um eine Canüle einzuführen; er war auch jedenfalls auf die linke Trachealseite gefallen, weil Larynx und Trachea vom Eiterherde nach rechts geschoben

waren; die Canüle war übrigens nicht mehr nöthig. Bei später eingetretenem Erbrechen war kein Blut bemerkbar; es war also kein Blut in die Trachea gelangt. Vollständige Heilung. Verf. zieht folgende Schlüsse aus seiner Beobachtung: 1) Die Tracheotomie in einem Schnitt ist überflüssig. 2) Man soll immer vor der Tracheotomie die vordere Halsseite genau palpieren. 3) Die Tracheotomie in einem Schnitt ist gefährlich für den Operateur und für den Patienten.

Dr. P. K.

Ueber die Sulfurosa bei Larynxtuberculose. (Des sulfureux dans la tuberculose laryngée.) Von Dr. Guinier. (Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1888.)

Der Schwefelgeruch der Schwefelwässer, namentlich der Schwefelquellen der Pyrenäen, hat den Namen Schwefelwasser geben lassen, obschon der Schwefel nicht der besonders wirksame Bestandtheil dieser Quellen ist und obschon die verschieden wirkenden Quellen eben wegen des Schwefelgehaltes in eine Classe von Mineralquellen gezogen werden. Man behauptet also mit Unrecht, dass alle Schwefelwässer excitirend und congestionirend wirken, eben weil der Schwefel auf diese Weise wirken soll. So enthält die Schwefelquelle von Cauterets, Namens Raillère, welche wegen ihrer günstigen Einwirkung auf Larynxtuberculose bekannt ist, nur Spuren von Schwefel. Man soll also nicht von vornherein die Schwefelwässer als zu reizend bei Larynxtuberculose verwerfen. So z. B., eben weil manche Schwefelthermen den bekannten Hautausschlag hervorbringen, glauben schlecht unterrichtete Autoren, dass jedes Schwefelwasser nur heilsam wirke, wenn dieser Hautausschlag (poussée) sich zeige; ebenso, und diese Annahme hat noch schlimmere practische Folgen, weil manche Schwefelwasser reizend auf die Nervencentren wirken und so das sogenannte Thermalfieber hervorrufen, glauben andere Autoren, dass Schwefelthermen nur dann ihre Wirkung thun, wenn diese centrale Reizung sich zeigt; drittens, weil die Quellen von Eaux Bonnes bekanntlich leicht Blutungen bei Phthisikern hervorrufen, hat man alle Brustkranken ohne Unterschied von den Schwefelbädern zurückgehalten und so manchen Patienten einer günstigen Cur entzogen. Man muss im Allgemeinen die physiologische Stimulation, d. h. die heilsame Wirkung dieser Quellen, nicht mit der pathologischen Excitation verwechseln; letztere kommt nur vor, wenn die genannten Quellen unvernünftig gebraucht werden; natürlich kommen in Badeorten, wo viele Lungen- und Halskranke sich finden, Lungenblutungen vor, welche aber auch an anderen Orten vorkommen. Durch eine vernünftig geleitete Cur wird das sogenannte physiologische Elend des Organismus gehoben, die Gewebe werden resistenter und widerstehen leichter der bacillären Infection.

Dr. P. K.

Experimentelle Untersuchungen über die Virulenz der getrockneten, verfaulten und gefrorenen Tuberkelmassen. (Recherches expérimentales sur la virulence des matières tuberculeuses, putréfiées, déséchées et congelées.) Von DDr. Cadéac und Malet. (Lyon méd. No. 25, 1888.)

Noch 102 Tage nach Austrocknung des Pulvers eingetrockneter tuberculöser Massen gelang es beiden Autoren, Tuberculose auf Meer-

schweinchchen zu erzeugen. Bei grossen, am Fenster ausgetrockneten Stücken gelang es noch nach 150 Tagen Tuberculose zu erzeugen, indem man die Impfung subcutan oder per os bewerkstelligte. Nach 167 resp. 120 Tagen gelang es noch in zwei Versuchsreihen, mit verfaulten tuberculösen Massen Tuberculose zu erzeugen. Den ganzen Winter einer Temperatur von $-1-8^{\circ}$ ausgesetzte tuberculöse Massen konnten noch nach 120 Tagen Tuberculose hervorbringen.

Es ist mit diesen Experimenten eine ausserordentliche Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbacillen dargethan; dies ist nicht nur wissenschaftlich interessant, sondern hygienisch sehr wichtig. Dr. P. K.

Das Menthol bei Behandlung der Phthisis laryngea, Phthisis pulmonum und anderen Krankheiten. (Le menthol dans la phthisie laryngée et pulmonaire et dans d'autres maladies.) Von Dr. Albert J. Beehag. (Annales des maladies du larynx No. 9, 1888.)

Von Rosenberg zuerst in die Praxis eingeführt; man wendet es gewöhnlich in 20procentiger Lösung in Olivenöl an; es wird in Larynx oder Trachea mittelst einer Larynxspritze eingespritzt; man macht jedes Mal 2 oder 3 Einspritzungen, jede von 15 Tropfen der Lösung. Dabei muss der Kranke tief inspiriren; er spürt Anfangs ein Kältegefühl, welches bald einem angenehmen Wärmegefühl Platz macht. Man muss 1 oder 2 Mal täglich diese Einspritzungen während 2 oder 3 Monaten machen. Inhalationen von Menthol unterstützen die Behandlung. Das Menthol wirkt anästhesirend und antiseptisch; man kann es zugleich mit der Milchsäure anwenden, indem das Menthol einige Minuten vor der Milchsäure angewandt wird. Das Menthol wirkt moralisch besser, weil es dem Kranken von vornherein die Schmerzen nimmt, was die Milchsäure nicht thut. Nicht nur der Larynx wird besser beim Gebrauch des Menthol, sondern die Lungen ebenfalls; das Athmen wird leichter, der Auswurf nimmt ab, um nachher ganz zu verschwinden; Nachtschweisse verschwinden und die Kräfte nehmen zu. Man soll abwechselnd mit der Einspritzung folgendes Pulver einblasen: Menthol 2 Grm., Ammonium muriaticum 4 Grm., Acid. boracic. 6 Grm.; ist die Nase mit angegriffen, so kann man das ebengenannte Pulver einschnupfen. Bei Larynx-, Pharynx- und Nasencatarrhen thut das Menthol ebenfalls gute Dienste; ebenso bei Ozaena, wo das Einblasen des Pulvers der Nasendouche vorzuziehen ist. Das Menthol wirkt reducirend auf die Nasenschwellungen, welche auf Schwellung des erectilen Gewebes beruhen. Bei Pharyngitis acuta, bei Rhinitis acuta, bei drohendem Mandelabscess wirkt Menthol in öligem 20procentiger Lösung als Bepinselung gut, man kann auch folgende Mischung anwenden: Menthol 6 Grm., Campher 2 Grm., Jod 6 — 15 Grm., Ol. Vaselini q. s. ut fiat solutio 32 Grm. Ebenso günstig wirkt Menthol bei Mittelohrcatarrhen, sowohl gegen Schmerz als gegen Schwerhörigkeit. Dr. P. K.

Phthisis laryngea, geheilt durch längeren Gebrauch der Milchsäure und des Jodoform. (Observation de phthisie laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'jodoforme.) Von Dr. Luc. (Union médicale, Februar 1888 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1888.)

Interarytänoidale Vegetationen wurden mittelst des Galvanocauters zerstört; während 6 Monaten wurden Bepinselungen mittelst 5procentiger Milchsäurelösung und darauf kräftige Einblasungen von porphyrisirtem Jodoform gemacht. Die Heilung war vollständig, obwohl die Lungentuberculose ihren Verlauf nahm.

Dr. P. K.

Dysphonie, Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels und der Zunge. (Dysphonie, paralysie de la moitié droite du voile du palais et de la langue.) Von Dr. Vilato. (Gazeta Medica Catalana, März 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 10, 1888.)

Ein 7jähriges Mädchen bekommt nach überstandenem Keuchhusten und Diphtheritis Stimm- und Schluckstörungen. Parese der 4 Extremitäten, Lähmung des rechten Gaumensegels und der rechten Zungenhälfte; dabei bestanden Husten und Brustschmerzen. Die Behandlung bestand in hypnotischer Suggestion: Patientin wurde eingeschlafert und man befahl ihr dann, deutlich, mit klarer Stimme zu sprechen, sich gerade zu halten u. s. w. Nach einigen Sitzungen trat vollständige Heilung ein.

Dr. P. K.

Ueber Ictus laryngeus. (De l'ictus laryngé.) Von Dr. Weill. (Province médicale, December 1887 und Revue mensuelle de laryngol. No. 10, 1888.)

Verf. giebt die Definition des Ictus laryngeus; er ist immer das Symptom eines anderen Grundleidens, meistens Asthma oder Tabes. Die Behandlung ist local (Cocain, Hautreize, Inhalationen von Kohlen-säure) oder allgemein (Bromkalium).

Dr. P. K.

Bedeutung der Heiserkeit und der Aphonie bei Lungenschwindsucht. (Signification de l'enrouement et de l'aphonie dans les cas de phthisie pulmonaire.) Von Dr. Barclay Baron. (The Bristol Medicochirurg. Journal, März 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 10, 1888.)

Einfacher Catarrh, Anaemie des Larynx, Lähmung eines Stimmbandes, Phthisis laryngea werden als bekannte Ursachen angegeben. Der Aufsatz enthält nichts Neues.

Dr. P. K.

Kehlkopffractur. (Fracture du larynx.) Von Dr. Howard Fuselle. (Medic. News, März 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 10, 1888.)

Beim Ballspielen bekam ein 15jähriges Kind einen Ball direct auf den Kehlkopf geschleudert. Blutspeien, Athemnoth, Verlust des Bewusstseins, Tracheotomie; es bestand ein Hautemphysem am Halse, Stridor, blutig-schaumiger Auswurf, Cyanose, Crepitation am Schildknorpel, Erstickungsanfall bei dem leisesten Druck. Plötzlicher Tod 3 Stunden nach der Tracheotomie, nach welcher Patient sich Anfangs sehr wohl gefühlt hatte. Die Section wurde nicht gestattet.

Dr. P. K.

Tracheal- und Bronchialdrüsen-Erkrankung. (Les adénopathies trachéobronchiques.) Von Prof. Grancher. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Januar 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Ein Kind zeigte Tracheal- und Bronchialdrüsen-Erkrankung mit Lungentuberculose und linksseitiger basaler Bronchopneumonie. Charakteristisch war der Respirationstypus: Inspirium und besonders das Exspirium sind sehr verlängert; statt eines einzigen kräftigen Inspiriums stellt man durch Adspaction, Palpation und Auscultation ein in mehreren Stößen stattfindendes Eindringen der Luft fest. Symptome von Compression der Nerven, der Gefässe und der obersten Luftwege erleichterten die Diagnose. Nicht immer ist die Diagnose so leicht, wie in diesem Falle; so starb ein mit linksseitiger Lungenspitzentuberculose behaftetes Kind an einer Bronchopneumonie der betreffenden Lungenbasis; die Section ergab links Compression des Vagus durch geschwollene Bronchialdrüsen; die Lungentzündung stand jedenfalls in Zusammenhang mit dem Vagusleiden. Manchmal ist Asthma das einzige Symptom, andere Male hat man bloß Larynxpfeifen, oder einfache Dysphonie, oder einfache Heiserkeit; andere Male ist ein einseitig vermindertes Respirationsgeräusch das einzige, aber dann auch sichere Symptom.

Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: F. Siebenmann: Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachenrachens. — Onodi: Ein Fall von allgemeiner Argyrie und von Kehlkopfkrebs. — Juffinger: Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1-87 ambulatorisch behandelten Kranken. — Siebenmann: Ueber die Injection der Knochenkanäle des Aquaeductus vestibuli et cochleae mit Wood'schem Metall. — Cholewa: Ueber progressive Schwerhörigkeit (Sclerose) und ihre Behandlung durch die Tenotomie des Tensor tympani. — Körner: Zur Kenntniss der bei Felsenbeincaries auftretenden letalen intracranialen Erkrankungen. — Gradenigo: Die Erkrankungen des Nervus acusticus. — b) Pharyngo-laryngologische: Audry: Glossostomatitis mercurialis. — Poncet: Congenitales Fibrolipom der Zunge. — Natier: Adenom des weichen Gaumens. — Martel: Behandlung der Perforationen des weichen Gaumens mittelst Glühhitze. — Guinard: Congenitaler Tumor wegen Verstopfsein des Warthon'schen Canals. — Fuller: Gefährliche Blutung nach einer Amydalotomie. — Potter: Der Galvanocauter bei der Behandlung der hypertrophischen Mandeln. — Richardson: Ein Fall von Sarcom der Mandel entfernt durch äusseren Schnitt. Heilung. — Francotte: Congenitale Atrophie der Zunge; spastische Lähmung der unteren Extremitäten. — Lucet: Ein Fall von Actinomyose beim Menschen. — Léwy und Etienne: Congenitale Larynxverengung. — Dauchez: Gefahren und Nutzlosigkeit der Tracheotomie mit einem Schnitt. — Guinier: Ueber die Sulfurosa bei Larynx-tuberculose. — Cadéac und Malet: Experimentelle Untersuchungen über die Virulenz bei getrockneten, verfaulten und gefrorenen Tuberkelmassen. — Beehag: Das Menthol bei Behandlung der Phthisis laryngea, Phthisis pulmonum und anderen Krankheiten. — Luc: Phthisis laryngea, geheilt durch längeren Gebrauch der Milchsäure und des Jodoform. — Vilato: Dysphonie, Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels und der Zunge. — Weill: Ueber Ictus laryngeus. — Baron: Bedeutung der Heiserkeit und der Aphonie bei Lungenschwindsucht. — Fuselle: Kehlkopffraktur. — Grancher: Tracheal- und Bronchialdrüsen-Erkrankung.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freyung 7, und **pharyngo-laryngologische** **nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die **Expedition**, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honoriert und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapring** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie
an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. R. VOLTOLINI
Professor
an der Universität
Breslau

und
Professor Dr. **WEBER-LIEG**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, Mai 1889.

No. 5.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Monatsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

I. Originalien.

Ein Beitrag zur Lehre über Ohrreflexe, bedingt durch Ansammlung von Cerumen im äusseren Gehörgange.

Von

Dr. **Josef Herzog**,

Specialist für Nasen- und Halskrankheiten in Graz.

Während es sich in der Regel in Fällen von Ansammlungen von Cerumen im Ohre nur um locale Symptomie handelt, hatte ich vor circa einem halben Jahre Gelegenheit, ein Symptomenbild, hervorgerufen durch Ohrenschmalz-Anhäufungen bei einer Dame, zu beobachten, welches ob seiner differential-diagnostischen Wichtigkeit verdient, mitgetheilt zu werden. Wenn ich so lange gezögert habe, den in Rede stehenden Fall zu publiciren, so geschah es lediglich darum, um die volle Ueberzeugung zu gewinnen, dass es in der That der Ohrenschmalz-Pfropf als solcher allein war, der diese allarmirenden Symptome bei der betreffenden Dame hervorzurufen im Stande war.

Es handelte sich um eine 32 Jahre alte, gracil gebaute Frau A. H., Mutter zweier gesunder kräftiger Knaben von 10 und 7 Jahren, welche sich mir Anfangs October 1888 vorstellte. Ihr Vater war herzleidend,

XXIII. Jahrgang.

9

A. 324 L.
Z. 155

sie selbst ist mit einem vitium cordis — Biscupidalinsufficienz — behaftet, welches sich vor 8 Jahren in Folge eines Rheumatismus artic. acut. verschlimmert hat; im Laufe der Jahre trat jedoch Compensation ein und nur ab und zu, insbesondere vor Eintritt der Menses oder bei catarrhalischen Affectionen der Lungen traten verstärkte Herzpalpitationen auf, welche sich jedoch auf Strophanthus, Digitatis bald beruhigen. Auch traten hie und da stenocardiale Anfälle auf, welche bei der üblichen Medication bald vorübergingen. Albumen war nie im Harne nachzuweisen. Ihr Aussehen ist im Ganzen recht gut, sie fühlte sich sehr wohl, hat vorzüglichen Appetit und Schlaf und zeigte keine nervösen Erscheinungen.

Dieses Jahr vom Landaufenthalte in die Stadt zurückgekehrt, etablirte sich bei ihr ein eigenthümlicher Zustand, den sie also schilderte. Sie hat ein ganz eigenthümliches, von ihr früher nie gekanntes Gefühl, ein Ziehen im Kopfe und Nacken, der Kopf erscheint ihr wie durch eine Klemme festgehalten, es ist ihr oft, als ob sie verdummen würde, sie kann oft schwer einen Gedanken fassen. Ab und zu habe sie Schwindelgefühle, rasche Bewegungen mit dem Kopfe getraue sie sich gar nicht zu machen, da sonst gleich Schwindel kommt. Sie fühlt sich in ihrer Haltung unsicher, besonders wenn sie in die Stadt geht, Gewölbe besucht etc. Es ist ihr oft, als ob sie auf Sammt, Polster u. dgl. gehe. Dabei bekommt sie ein unsagbares Angstgefühl, Herzpalpitationen, dann schein es ihr wieder, als ob das Herz stille steht, als ob es sich rasch im Körper umdrehe, als ob es hüpfet etc. Keine Dyspnoe, Appetit gut, Schlaf ganz ausgezeichnet. Oefter sei die Nase verstopft, sie habe ein drückendes volles Gefühl in der Nasenwurzel, doch sei dasselbe nicht permanent. Viel häufiger als sonst tritt Kopfschmerz auf, das Gehör sei ganz gut. Kein Ohrensausen. — Auch habe sie die Bemerkung gemacht, dass wenn die eigenthümlichen Zustände auftreten, sich ein vermehrter Stuhl- und Harndrang bemerkbar macht.

Diese Attaquen bleiben auch einen Tag ganz aus; doch verlässt sie nie das Gefühl, als wäre sie eine andere Person als früher. Die Untersuchung der Kranken ergab die bekannten Zeichen eines vitium cordis im Compensationszustande, Lunge vollkommen normal. Patientin konnte bei geschlossenen Augen ohne zu wanken stehen und gehen. Patellarreflex vorhanden, nicht abnorm gesteigert. Da mir die Dame über ihr Gehörorgan gar keine Beschwerden namhaft machte, so unterliess ich leider die Untersuchung der Ohren und nahm nur eine solche der Nasenhöhle und des Rachens vor. Rachen frei, Nasenrachenraum etwas catarrhalisch afficirt; in beiden Nasenhöhlen leichte Rhinitis chron., die mittleren Muscheln beiderseits geschwellt, untere Muscheln nicht vergrößert; Luftdurchtritt durch die Nase nicht behindert. Application von Acid. lactic. an beiden mittleren Muscheln.

Bei der nächsten Vorstellung, welche einige Tage nach der Aetzung der Nasenmuscheln erfolgte, erklärte die Dame, dass ihr der Kopf wohl leichter sei, dass sie mehr Luft durch die Nase bekomme und dass der Druck an der Nasenwurzel und in den Supraorbitalgegenden viel geringer geworden sei; doch im Allgemeinen sei ihr Zustand noch immer ein ganz eigenthümlicher, unsicherer und die Herzpalpitationen, so wie das Gefühl von Stillstehen des Herzens dauern ebenfalls noch fort. Es wurde intern Tr. sem. Strophanthus ordinirt.

Nach einigen Tagen consultirte mich die Dame abermals; sie war ob ihres Zustandes ganz trostlos, es war über sie eine förmliche Melancholie gekommen und sie erklärte, wenn das Ziehen im Nacken, das Klemmgefühl im Kopf, das schwere Gedankenfassen — förmliche Verdummung wie sie sagte — nicht aufhören, so könnte man zu Selbstmordgedanken kommen.

Gerade damals las ich in der Lancet (16. Juni 1888), die Arbeit von Walker Downie „Remarks on some Aural Reflexes“, und während mir die Dame ihre Leiden klagte, kam mir plötzlich der Gedanke, ob wir es hier nicht auch mit einer Affection, welche vom Ohre ausgelöst wird, zu thun haben, welche oben citirter Autor als cardiac Reflex beschreibt und als sehr seltenen Krankheitsfall hinstellt.

Ich nahm also gleich eine Untersuchung der Ohren vor, obgleich mir die Dame erklärte, hier fehle nichts, sie höre gut, habe kein Sausen etc., und fand zu meinem Erstaunen den linken äusseren Gehörgang mit einem Cerumenpfopf vollkommen ausgefüllt, während im rechten nur geringe Mengen von Cerumen vorhanden war. Bei der Entfernung des ersteren durch vorsichtige Anwendung der Douche bekam die Dame so heftige Schwindelanfälle, dass sich die Patientin nach glücklicher Entfernung des Pfropfes auf mein Sopha legen und einige Zeit die Augen schliessen musste, weil sich ihr sonst Alles im Kreise drehte.

Als sie sich erholt hatte, erklärte sie freudestrahlend, „nun habe ich meinen früheren Kopf wieder, das Ziehen im Nacken, die Klemme am Kopf sind weg.“

Die Untersuchung ergab ausser starker Röthe in der Auskleidung des äusseren Gehörganges normalen Befund. Bei Hörprüfung gab die Dame an, sie höre jetzt wohl heller und die Stimme thue ihr fast weh.

Am nächsten Tage zeigte mir die Dame bei ihrem Besuche ihr vollkommenes Wohlbefinden an; nur bei sehr raschen Bewegungen des Kopfes habe sie leise Schwindelanwandlungen. Das Herz sei jetzt viel ruhiger; die Gefühle von Stillstehen oder Umdrehen desselben kamen nie wieder.

Jetzt ist es gerade ein halbes Jahr, dass dieser eigenthümliche Zustand bei oben erwähnter Dame aufgetreten ist und er kehrte seit Entfernung des Ohrenschmalzpfropfes bis heute nicht wieder. Ich sah die Dame im Laufe dieses Winters sehr häufig und sie befand sich immer wohlauf.

* * *

Wenn wir unseren Fall näher in's Auge fassen, so unterliegt es wohl kaum einem Zweifel, dass wir den Ohrenschmalzpfropf als Quelle der oben mitgetheilten Beschwerden betrachten müssen; doch bleibt es immerhin auffallend, dass so gar keine Symptome von Seiten des Ohres von der doch ganz intelligenten und, wie man sehen konnte, sensiblen Dame angegeben wurden. Dieselbe hörte angeblich ganz gut, hatte kein Ohrensausen, keine Ohrgeräusche, kein Verlegtsein des Ohres, selbst keine vorübergehende Taubheit z. B. des Morgens, welche sich später verliert; die Dame klagte über keine Schmerzen in den Ohren; die einzigen Symptome, welche notirt werden konnten, waren die Schwindelanfälle. Nun können letztere, wie bekannt, aus den verschiedensten

Ursachen entstehen, insbesondere, wenn es sich um nervöse, oder wie in unserem Falle, um eine herzleidende Dame handelt. Auch „v. Tröltzsch“ (Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Leipzig 1877, pag. 83) erwähnt, dass in den in Rede stehenden Fällen — Ohrenschmalzpfropfe — der wahre Ausgang des Schwindels vom Ohre dann besonders leicht übersehen werden kann, wenn die Schwerhörigkeit nur einseitig ist und sie somit dem Arzte und vielleicht auch dem Kranken selbst vollständig entgeht.

Wie ich mir in meinem Falle die Sache zurecht legen möchte, wäre also: Die Dame acquirirte in Folge entweder langdauernder, vermehrter Absonderung oder verminderter Entleerung von Ohrenschmalz einen Pfropf, welcher nach und nach jenes Maass erreichte, dass er das Gehörgangslumen fast vollkommen ausfüllte. Während dieser Zeit hörte dieselbe jedenfalls auch ganz gut, weil der Abschluss des Gehörganges kein vollständiger gewesen sein dürfte. Dnrch irgend eine, möglicherweise mechanische Ursache wurde der Pfropf tiefer nach innen gedrückt und in eine Lage gebracht, dass auf das Trommelfell ein Druck ausgeübt wurde, wodurch die Gehörknöchelchen-Kette stärker nach innen gepresst und somit die Flüssigkeit im Labyrinth in gesteigerter Weise belastet wurde. Die Folge davon waren die scheinbar so bedenklichen Schwindelanfälle. Ausserdem wissen wir ferner, dass in dem äusseren Gehörgange der Vagusast, ramus auricularis nervi vagi, verläuft und sind uns die Symptome nicht unbekannt, welche auf Vagusreizungen auftreten können; dass aber durch derartige Cerumenpfropfe der Ramus auricularis n. vagi gereizt werden kann, wird wohl kaum zweifelhaft sein.

So sagt Dos (Zur Lehre vom Husten) in No. 7 der Monatsschrift für Ohrenh. etc. 1887, dass unwillkürliche Hustenbewegungen durch die directe mechanische oder electriche Reizung des Nervus vagus, des N. laryngeus sup. und des Nervus pharyngeus ausgelöst werden können und dass unter Anderem Husten beinahe constant auf Reizung des unteren Randes des äusseren Gehörganges erfolgt.

Weiter sind nach Arnold (Ueber den Bau des Hirns und Rückenmarks, Zürich 1838) krankhafte Respirations-Erscheinungen durch Reizung des Nerv. auricularis, des Vagus im äusseren Gehörgange bekannt; ja es wird durch permanente Reizung des genannten Nerven im Gehörgange durch fremde Körper Brustleiden, ja sogar Phthisis vorgetäuscht. — Auf dieselbe Weise können wir uns auch die Symptome von Seite des Herzens bei unserer Dame erklären und diese mussten um so auffallender auftreten, da es sich um die Trägerin eines nicht gesunden Herzens handelte.

Nach Eduard Weber wissen wir, dass der Nerv. vagus Hemmungsnerven für das Herz führt, dass das Herz in einem schnelleren Rhythmus schlägt, wenn man die N. vagi irgend eines Thieres durchschneidet, dass das Herz langsamer schlägt, wenn man die peripheren Stümpfe der durchschnittenen Vagi reizt und dass, wenn die Reizung stärker ist, es sogar stille steht und zwar in der Diastole.

Auch am Menschen ist nach Brücke (Vorlesungen über Physiologie, Wien 1873, II. Bd., pag. 94) der Herzstillstand auf Vagusreizung beobachtet worden und zwar zuerst in Wien in einem pathologischen Falle. „Es kam nämlich zu einem hiesigen Arzte ein Kranker, der ihm klagte, er habe von Zeit zu Zeit das Gefühl heftiger Angst und während dieser Zeit stehe ihm das Herz still. Später kam er zur

Obduction und bei dieser zeigte es sich, dass der Vagus in ein Paquet geschwellter Lymphdrüsen derart eingeschlossen war, dass er unter gewissen Umständen gedrückt oder gezerzt werden konnte, wo eine Reizung desselben stattfand und in Folge davon der Herzstillstand bedingt war.“

„In neuerer Zeit hat Joh. Czermak durch Reizung der N. vagi am Halse am lebenden Menschen das Herz zum Stillstande gebracht.“

Gedenken wir schliesslich noch der eingangs citirten Arbeit von Walker Downie aus der Lancet, so finden wir in unserem gewiss nicht so häufig vorkommenden Falle eine Bestätigung des cardiac Reflex von W. Downie, ausgelöst durch einen Fremdkörper — resp. Cerumenpfropf im äusseren Gehörgange.

Graz, im April 1889.

Die ersten Operationen in der Kehlkopfhöhle vom Munde aus, bei der Durchleuchtung des Kehlkopfes von aussen.

Von

Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau.

v. Bruns sagt in seiner Schrift: „Die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfhöhle durch Zerschneiden ohne blutige Eröffnung der Luftwege nebst einer kurzen Anleitung zur Laryngoscopie“ pag. 3, Tübingen 1862: „Ich nehme keinen Anstand, diese Operation als einen wesentlichen Fortschritt der operativen Technik im Sinne und Geiste der heutigen Chirurgie anzusprechen, die jeden blutigen Eingriff in die Gewebe des Körpers auf das kleinste Mass zu beschränken und jede nicht gebotene blutige Trennung auf das Eifrigste zu vermeiden bestrebt ist.“

Ich will meine neue, oben angegebene, Operationsmethode nicht so hoch anschlagen, wie die angegebene von v. Bruns, denn diese letztere hat überhaupt erst Bahn gebrochen für die endolaryngealen Operationen — aber immerhin bahnt meine Methode einen Fortschritt an, und es ist zunächst noch nicht abzusehen, welche Vortheile sie noch später bringen wird. Wenn ich bedenke, wie unscheinbar die Rhinoscopie erschien, als ich vor länger denn 20 Jahren in der Berliner medicinischen Gesellschaft Demonstrationen über dieselbe gab, wie mancher der damals Lebenden die Sache vielleicht mehr interessant als von practischer Bedeutung gefunden haben mag, und welche enorme Bedeutung die Rhinoscopie seit jener Zeit heutzutage mit Recht erlangt hat, so gebe ich mich der Hoffnung hin, dass auch die Durchleuchtungsmethode eine grosse Bedeutung erlangen wird. Ich kann heute schon manche wesentlichen Vortheile, am Kranken beobachtet, constatiren, will mich hier aber auf die neue Operationsmethode mit Hilfe der Durchleuchtung beschränken.

Es ist schon von Czermak hervorgehoben, welcher die Durchleuchtung bei Sonnenlicht erprobt hatte, dass dieselbe dort Vortheile vor der gewöhnlichen Laryngoscopie gewähren wird, wo es sich darum handelt, „die Tiefe, in welcher sich etwaige Veränderungen in der Trachea befinden, unmittelbar zu constatiren“ (Der Kehlkopfspiegel, 2. Auflage, Leipzig 1863, pag. 31.)

Dieser Ausspruch von Czermak ist ganz erklärlich und auch physi-

calisch gerechtfertigt. Jeder Canal — und ein solcher ist ja die Trachea mit dem Kehlkopf — lässt uns beim Einblick in seinen Anfang bis in sein Ende, also bis in die Tiefe, denselben nur in perspectivischer Verkürzung sehen. Daher kommt es denn auch, dass wir bei Operationen in Canälen, wenn wir in ihrer Tiefe resp. in ihrem Grunde etwas operiren wollen, uns so leicht über den Sitz der pathologischen Veränderung täuschen. Wie oft begegnet es uns, dass wenn wir bei Polypen in der Nase, namentlich bei kleineren, welche tief hinten sitzen, dieselben mit der Schlinge fangen wollen, diese wieder leer aus der Nase herausbringen, weil wir glaubten, bereits am Polypen mit der Schlinge zu sein, und es doch nicht waren. Ebenso schwierig ist es, im Kehlkopf resp. der Trachea, Neubildungen, welche tief unten sitzen, mit irgend einem Instrumente zu operiren, weil wir uns fast immer über die Tiefe täuschen, in welcher die Neubildung sich befindet. In solchen Fällen, sowohl im Kehlkopf als in der Nase, bietet uns nun die Durchleuchtung grosse Vortheile, denn wir gehen bei dieser Methode sozusagen mit dem Operationsinstrumente nicht vom Licht fort, wie bei der gewöhnlichen Laryngoscopie, sondern wir gehen dem Lichte entgegen, welches uns aus der Tiefe entgegenleuchtet, wie ich am folgenden Falle erläutern will.

Fräulein Schn., einige 20 Jahre alt, leidet an Tuberculosis laryngis, wobei sie fast gar keinen Husten und auch keinen Auswurf hat. Trotzdem stand für mich die Diagnose „Tuberculose“ fest, aber immerhin wäre es mir von Werth gewesen, Tuberkelbacillen nachzuweisen. Da weder Husten noch Auswurf vorhanden war, so war es schwierig, Bacillen zu erhalten. In solchen Fällen gehe ich mit einem krummen Stäbchen, an welchem oben ein haselnussgrosser feiner Badeschwamm fest gebunden ist, in den Kehlkopf und wische ihn aus; trotzdem konnte ich in dem abgewischten Secret keine Bacillen finden. Nach einiger Zeit wiederholte ich diese Procedur und fand unter vier Präparaten, die ich angefertigt hatte, in einem zahllose Bacillen — die Diagnose war also gesichert.

Wie gewöhnlich oder fast immer, bilden sich bei Tuberculosen des Kehlkopfs Wucherungen um die Geschwüre, welche eine solche Grösse und Ausdehnung erlangen können, dass operirt werden muss, wenn nicht Erstickung eintreten soll. Die Patientin war deshalb auch schon vom Collegen Dr. Gottstein galvanocaustisch operirt worden; später kam sie zu mir.

Es ist selbstverständlich, dass keine Stimme bei der Patientin vorhanden war; ausserdem fand ich, namentlich zwischen beiden Aryknorpeln, starke Wucherungen und Excrencenzen, die sich tief abwärts zogen; auf diese richtete ich vornehmlich mein Augenmerk bei der Operation, denn auch in anderen Fällen, wo nicht Tuberculose vorlag, habe ich es genugsam erfahren, dass namentlich Wucherungen an dieser Stelle die Stimme bedeutend beeinträchtigen, was physicalisch und physiologisch ganz erklärlich ist, weil einfach dadurch die Processus vocales sich nicht einander nähern können. Ich brannte daher diese Wucherungen mit dem Galvanocauter soviel als möglich fort, nur eine Excrencenz in der Tiefe machte mir bei der gewöhnlichen laryngoscopischen Betrachtung für die Operation Schwierigkeiten, weil ich sie nicht recht treffen konnte, immer glaubte ich mit dem Galvanocauter sie schon zu berühren, was doch nicht der Fall war.

Ich wandte deshalb hier die Durchleuchtung an, und zwar in meinem Cursus über Laryngoscopie und Rhinoscopie, in welchem ich die Studirenden erst selbst die Laryngoscopie bei der Durchleuchtung ausführen liess. Studiosus Hossenfelder dirigitte alsdann die electriche Lampe an dem Halse der Patientin, und ich führte nun den Galvanocauter vom Munde aus in den Larynx und brannte in zwei Sitzungen radical jene Wucherung in der Tiefe fort. Noch in einem anderen Falle habe ich diese Art der Operation ausgeführt.

Das Mitgetheilte liefert also den Beweis, dass sich nicht allein überhaupt bei der Durchleuchtung im Larynx und der Trachea operiren lässt, sondern dass Operationen in dieser Weise noch auszuführen sind, welche bei gewöhnlicher Laryngoscopie grosse Schwierigkeiten machen. Ich behalte mir vor, weitere Mittheilungen zu machen über die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers, wie ich solche bereits in meinem Vortrage in der hiesigen medicinischen Gesellschaft am 24. November 1888 gemacht habe. (Cf. Breslauer ärztliche Zeitschrift No. 22, 1888.)

Zur Diagnose des Larynx-Carcinoms.

Von

Dr. **Beschorner** in Dresden.

Als Belag für die Thatsache, dass unter Umständen die Diagnose eines Kehlkopf-Carcinoms intra vitam grosse Schwierigkeiten zu bieten vermag und Täuschungen selbst dann nicht ausgeschlossen sind, wenn eine, an intralaryngeal entfernten Geschwulstfragmenten vorgenommene genaue und sachkundige microscopische Untersuchung die Existenz eines Carcinoms anscheinend bestätigte, theile ich in Kürze einen Fall mit, dessen ich zwar schon früher Erwähnung that¹⁾, der sich aber in der Folge und nach dem Tode der in Frage stehenden Patientin so ganz anders dargestellt hat, als ich damals annehmen zu müssen glaubte, dass ich es für geboten erachte, meine früheren Mittheilungen zu rectificiren:²⁾

Eine in der Mitte der 70er Jahre stehende Dame, damals in Zoppot aufhältlich, consultirte im Jahre 1882 Herrn Dr. Tornwaldt in Danzig wegen vollständiger Stimmlosigkeit. Dieser constatirte ein gestieltes Papillom von etwa Weinbeergrösse, dem linken Stimmbande, nahe der vorderen Stimmband-Commissur aufsitzend. Aus äusseren Gründen und da die Athemnoth keineswegs störend war, wurde die Operation bis October aufgeschoben und zeigte sich die Geschwulst zu dieser Zeit etwa auf's Doppelte vergrössert, so dass von den Stimmbändern kaum mehr Etwas wahrnehmbar war. Respiration auch jetzt noch, mekwürdiger Weise, fast unbehindert.

¹⁾ V. Sitzungsberichte der Ges. f. Natur- u. Heilkunde vom 12. März 1887.

²⁾ Das betreffende Kehlkopf-Präparat wurde der Ges. für Natur- und Heilkunde zu Dresden in der Sitzung vom 9. März 1889 vorgelegt und von Herrn Prof. Dr. Neelsen demonstrirt.

Bis zum 21. November gelang es unter grossen Schwierigkeiten die Geschwulst in einzelnen Stücken abzutragen und bestätigte die microscopische Untersuchung die Diagnose: **Papillom**.

Nach Beseitigung des Haupttumors auftretende kleine höckrige, nach und nach die ganze Fläche der Stimmbänder bedeckende Geschwülste wurden, so viel wie möglich, mit dem Navratil'schen Katheter exstirpirt und die Wundfläche jedesmal mit Liq. ferr. sesquichl. und Glycerin ää bepinselt, um Recidive zu verhüten. Das gelang aber nicht: Die Geschwulst wuchs rasch und zog das Gewebe der Stimm- und Taschenbänder mehr und mehr in Mitleidenschaft.³⁾

Zuletzt abgetragene Stücke wurden bereits in Danzig als Carcinom erkannt und Prof. Dr. Birch-Hirschfeld in Dresden, wohin Patientin im Januar 1883 und zwar in meine Behandlung kam, bestätigte an ihm zugesandten Geschwulst-Fragmenten diese Diagnose vollinhaltlich.

Und ihr widersprechen die übrigen Verhältnisse, wie ich sie am 15. Januar bei der Kranken fand, nach keiner Richtung hin: Sie bot im Allgemeinen ein etwas cachectisches Aussehen und war in letzter Zeit auffallend abgemagert. Das Laryngoscop liess den Kehlkopf in dem allein dem Auge zugänglichen oberen Abschnitte mit einer kleingelappten Neubildung nahezu ausgefüllt erkennen, welche den Eindruck eines papillären Carcinoms machte, eine Annahme, die durch das rapide Wachstum und die Ausbreitung, namentlich nach den intralaryngealen Eingriffen, Unterstützung fand.

Da die Stimmbänder nicht sichtbar, konnte das zuerst von F. Semon⁴⁾ hervorgehobene, für die Diagnose wichtige Symptom verminderter Beweglichkeit derselben nicht mit in Anschlag gebracht werden. Dass benachbarte Drüsen frei waren, durfte nicht auffallen, da ja gerade Larynx-Carcinome mehr wie alle anderen durch lange Zeit hindurch streng localisirt bleiben können. Ueber hereditäre Belastung der Kranken war Zuverlässiges nicht in Erfahrung zu bringen.

So wurde von jedem weiteren intralaryngealen Eingriffe, den sich zudem Patientin auf's Energischste verbat, abgesehen und nur die Nothwendigkeit eventuell vorzunehmender Tracheotomie betont.

Da die Athemnoth rasch zunahm und Anfang April bedenkliche Höhe erreichte, wurde am 5. d. M. von Herrn Ober-Medicinalrath Dr. Stelzner (hier) genannte Operation vorgenommen und war von gewünschtem Erfolge begleitet.

Von da ab sistirte aber das Wachstum der Geschwulstmasse dergestalt, dass Patientin fernerweit ein durch keinerlei Beschwerden gestörtes Leben zu führen das Glück hatte. Sie machte alljährlich mehrmonatliche Reisen, nahm an Gesellschaften Theil, besuchte Concerte, Theater, und nur eine, den Nächststehenden aber völlig verständliche Flüsterstimme erinnerte an das Leiden, dem Patientin verfallen war. Eine, Ende 1887 auftretende Anschwellung der linksseitigen Submaxillar-Drüsen war vorübergehend und jedenfalls nur entzündlicher Natur. Das Kehlkopfspiegelbild blieb während des Restes ihres Lebens fortdauernd das Gleiche.

³⁾ Vorstehende Notizen wurden mir von Hrn. Dr. Tornwaldt mitgetheilt und deren Veröffentlichung mir freundlichst gestattet.

⁴⁾ Internat. Centralblatt für Laryngologie etc. Jahrg. 1888. V. pag. 202.

Erst im letzten Jahre traten in dem Befinden der Kranken Erscheinungen zu Tage, welche auf allgemeine Arterio-Sclerose, insbesondere atheromatöse Entartung der Art. coronar. cord. bezogen werden mussten; am 8. Januar dieses Jahres wurde Patientin früh bewusstlos neben ihrem Bette liegend aufgefunden und 24 Stunden darauf verschied sie unter dem Bilde einer Paralysis cordis.

Die Athmung durch die Canüle blieb frei bis zum letzten Augenblicke ihres Lebens.

Noch am selben Tage setzte ich mich in den Besitz des Kehlkopfes und sandte ihn an Herrn Prof. Dr. Neelsen mit der Bitte um microscopische Untersuchung der Geschwulst. — Seine Antwort lautete:

„Die fragliche Kehlkopfgeschwulst ist kein Carcinom. Die papilläre Plattenepithelwucherung erscheint überall, auch an den Stellen, die im Zerfall begriffen erschienen, gegen die Unterlage scharf abgegrenzt. Nirgends Spuren einer destructiven Wucherung.“

Auf diese überraschende Mittheilung wandte ich mich an Herrn Prof. Dr. Birch-Hirschfeld mit dem Ersuchen, mir seine Ansicht über den Widerspruch, welcher offenbar zwischen der damaligen intra vitam- und der jetzigen post mortem-microscop. Diagnose herrsche, kund zu thun.

Er schrieb mir mit dankenswerther Bereitwilligkeit Folgendes:

..... „es ist mir nicht gegenwärtig, auf Grund welcher microscopischen Befunde ich die Diagnose gestellt habe.

Ich muss Ihnen gestehen, dass mit dem Wachsen der Erfahrungen meine Vorsicht bei der Beurtheilung von excidirten Geschwulsttheilchen zugenommen hat.

Jedenfalls liegt die Sache im vorliegenden Falle so, dass, obwohl mir und den andern Aerzten, die sich damals auf Grund des microscopischen Befundes bestimmt für Carcinom entschieden haben, jedenfalls Objecte vorgelegen haben müssen, welche auf atypische Zellenwucherung deuteten, doch für die definitive Diagnose der Sectionsbefund massgebend sein muss.

Die Untersuchung der Geschwulstbasis war ja an den exstirpirten Stücken nicht ausführbar und, wie die Sache noch liegt, kann die sichere Diagnose auf Carcinom durch kein anderes Moment, als durch Nachweis des Durchbruchs der normalen Gewebsgrenzen begründet werden. Alles Andere: Zellform, sogenannte Cancroidkörper und rundzellige Infiltrate des Stroma, Momente, auf die ich früher mehr Gewicht gelegt habe als jetzt, schliesst die Möglichkeit von Täuschungen ein, die allerdings an Geschwülsten, welche durch wiederholte Eingriffe irritirt wurden, am nächsten liegen.“

Dass in mir selbst während des 6jährigen, unveränderten Bestehens jener Kehlkopf-Neubildung wiederholt Zweifel auftauchten, ob im vorliegenden Falle wirklich ein Carcinom oder nicht doch eine gutartige Geschwulst vorläge, bedarf wohl kaum der Erwähnung, indessen einmal: die Sicherheit, mit welcher seinerzeit hervorragende Fachleute die microscopische Diagnose Carcinom gestellt, dann: die Thatsache, welche erst neuerer Zeit wieder Virchow⁵⁾ betonte, dass nicht wenige

⁵⁾ Wiener Med. Wochenschr. No. 2. ff., 1888.

Carcinome trotz jahrelangem Bestande den Character localer Neubildungen bewahren und endlich ein zweiter, ganz ähnlicher Fall, den ich fast gleichzeitig mit obigem behandelte, liessen mich immer wieder an der ersten Diagnose festhalten.

Dieser zweite Fall, den ich in seinem ersten Theile gleichfalls bereits früher veröffentlichte⁶⁾, betraf eine 54 Jahre alte Dame, welche an Kehlkopfpapillom leidend, im Jahre 1875 von mir erst tracheotomirt, dann intralaryngeal von jenen grossen Kehlkopfpapillomen befreit wurde. Auch hier folgten innerhalb der nächsten 5 Jahre zahlreiche Recidiven und wurde hierbei von Herrn Prof. Dr. Birch-Hirschfeld microscopisch nachgewiesen, dass mit jedem neuen Recidive die Geschwulst intensiver in Wucherung gerieth, sich mehr und mehr dem Character einer atypischen Geschwulst näherte und schliesslich an der Basis einen Durchbruch der papillomatösen Masse in das Schleimhautgewebe erkennen liess, dergestalt, dass Anfangs der 80er Jahre an einem intralaryngeal exstirpirten, die Mucosa mitbetreffenden Geschwulstfragmente, die Diagnose mit Sicherheit auf Carcinom gestellt werden konnte.

Von da ab schwand jedoch die Neigung zu Recidiven, es bedurfte fernerhin keiner Operation mehr und Patientin ging, rauhe Stimme abgerechnet, ohne jede Beschwerde von Seiten ihres Kehlkopfes (die Trachealcantüle konnte schon bald nach dem ersten intralaryngealen Eingriffe wieder entfernt werden), erst im Jahre 1887, also 7 Jahre nach erklärtem Larynx-Carcinome an einem Uterus-Carcinome zu Grunde.

Aus alledem erhellt, dass, wie Eingangs behauptet, die Diagnose der genannten Krankheit in manchen Fällen keineswegs leicht zu stellen ist, dass der klinische Verlauf nicht selten ein äusserst ungewöhnlicher sein und zu Täuschungen Veranlassung geben kann, welche, wie dies neuerer Zeit genugsam betont worden ist, nach dem heutigen Stande der Wissenschaft durch das Microscop nur dann beseitigt zu werden vermögen, wenn Geschwulstfragmente derart excidirt werden, dass sie die Basis der Neubildung zum Theile mit inbegreifen, sich aber hieran microscopisch mit Sicherheit nachweisen lässt, dass ein Durchbrechen der Oberflächengeschwulst durch die normalen Gewebsgrenzen stattgefunden hat, wie dies bei dem letzterwähnten Falle gelungen war.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber die Abflusskanäle der Endolympe des inneren Ohres. Von N. Rüdinger (Separat-Abdruck aus den Sitzungsberichten der mathem.-phys. Classe der k. bayer. Akad. d. Wissensch. 1887. Heft 3. Mit 3 Tafeln.)

In dieser auch für die practische Ohrenheilkunde höchst wichtigen Arbeit beschreibt Verf. accessorische Kanälchen des Saccus endolymphaticus, welche an bestimmten Stellen der unteren und

⁶⁾ Berl. clin. Wochenschr. No. 14, 1877.

oberen Wand des Fundus desselben bei der Katze, dem Schwein, dem Rinde und anderen Thieren von ihm gefunden wurden, welche er als „Abflusskanäle für die Endolympe des häutigen Labyrinthes“ deutet und sie als Homologa jener Gänge und Säckchen auffasst, welche bei den Fischen, den Batrachiern, Reptilien, insbesondere bei manchen Eidechsen in der mannigfachsten Form und Grösse vorkommen.

Weber-Liel und Zuckerkanndl hatten wohl bei ihren Injectionsversuchen kleine Kanälchen gesehen, welche vom Fundus des Saccus endolymphaticus ausgehen und in der Dura mater der hinteren Schädelgrube ihren Verlauf nehmen sollen, doch stellten diese Forscher keine morphologischen Untersuchungen an, weshalb die Bedeutung dieser Canälchen unbekannt blieb.

Verf. macht zunächst darauf aufmerksam, dass zwischen den häutigen Labyrinthen, trotz allgemeiner Uebereinstimmung, mehrfache formelle Verschiedenheiten bezüglich der Säckchen sowohl, als auch der Communicationsröhrchen mit dem Ductus endolymphaticus und an den letzteren selbst vorhanden sind. Bei der Katze tritt sehr bald ein wahrhaft rundes Bläschen auf, dessen hintere Wand sich in den Ductus endolymphaticus fortsetzt, und zwischen Utriculus und Sacculus rotundus besteht innerhalb des Vorhofes keine Communication mehr, während beim Schwein die Abgrenzung der Säckchen erst spät erfolgt. Histogenetisch gehen die beiden Säckchen mit ihren Röhrchen und dem ganzen Ductus endolymphaticus aus dem Ohrbläschen hervor, und wenn die Differenzirung derselben vollendet ist, stellt der Endolymphsack einerseits einen mit Endolympe gefüllten, bedeutungsvollen, elastischen Beutel für die Ausgleichung der Druckdifferenzen in dem häutigen Labyrinth und andererseits eine Abflussröhre für die Endolympe dar.

Die Communicationsröhrchen zwischen den beiden Säckchen bilden sich erst in späteren Entwicklungsstadien aus dem Recessus labyrinthi einerseits und den beiden Säckchen andererseits so heraus, dass das bleibende Verhältniss bei verschiedenen Thieren in verschiedenen Zeitpunkten vollendet erscheint; beim Rinde und Hund früher, beim Schwein später.

Was das nähere Verhalten des Ductus endolymphaticus in der hinteren Schädelgrube anlangt, unterscheidet Verf. an den Lymphsäcken „drei formell verschiedene Abschnitte“. Der erstere vordere Abschnitt stellt den erweiterten Introitus des D. endolymphaticus dar, welcher in die beiden Röhrchen für die Säckchen übergeht. Er ist in der Mehrzahl trichterförmig erweitert und setzt sich bei allmählicher Verengerung in den zweiten Abschnitt, den Hals des D. endolymphaticus fort, welcher beim Menschen ungleich weit und nach innen und unten mit mehreren Längsfalten versehen ist, die gegen sein Lumen vorspringen. Der eine Theil des Halses liegt in dem späteren knorpeligen oder knöchernen sog. Aquaeductus vestibuli osseus und der andere an der hinteren Wand der künftigen Pyramide des Schläfenbeines. An diesen in der hinteren Schädelgrube liegenden Hals reiht sich der dritte Abschnitt, der eigentliche Saccus endolymphaticus mit seinem dorsalwärts kantigen oder abgerundeten Fundus an. Der ganze Endolymphsack stellt eine verhältnissmässig grosse, von vorn nach

hinten resp. schief von aussen nach innen etwas abgeplattete Blase dar, deren Weite abhängig ist von der jeweiligen Quantität der Endolymph, welche zur Zeit der Conservirung in ihr enthalten ist. Schon in früheren Entwicklungsstadien berühren sich an dem Halse des Endolymphsackes die vordere laterale und die hintere mediale Wand, und wenn sich die knorpelige Labyrinthcapsel gebildet hat, drängt diese die laterale Wand gegen die mediale so hin, dass nur die letztere bei einer stärkeren Füllung des Endolymphsackes eine Verschiebung nach dem Hirn hin erfahren kann. Durch diese Anordnung ist die Möglichkeit gegeben, dass der Endolymphsack sich bei stärkerer Füllung nach dem Schädelraume hin ausdehnen kann, wobei theils der Inhalt der subduralen Lymphbahnen, theils der Liquor cerebrospinalis und selbst der Inhalt der Blutgefässe verdrängt werden.

Wie der Ductus endolymphaticus durch Einbettung in die Dura mater fixirt ist, so werden auch alle Theile des häutigen Labyrinthes anfänglich durch ein Gallertgewebe und später durch feste Bindesubstanz an die Knochenhülle angeheftet.

Die von Boettcher und Kölliker zuerst beschriebenen epithelialen Kanälchen, welche von dem Theile des D. endolymphaticus ausgehen, welcher durch den Knochen zieht, sind nach Rüdinger keine constant vorkommenden Gebilde; vielleicht sind dieselben mit den bei manchen Thieren und auch beim Menschen im Halstheile des Ductus endolymph. vorfindlichen Längsfalten in Verbindung zu bringen.

Die Epithelzellen, aus welchen der Duct. endolymphat. hervorgeht, sind bei ihrer ersten Anlage überall gleich gross; bei Vergrösserung des Lymphsackes zeigen sie ungleiche Grösse. Anfangs von kubischer Form, werden sie später zu Plattenepithel. An den Stellen, wo die Säckchen mit Nerven in Verbindung treten, zeigt sich schon frühzeitig die cylindrische Form des Nervenepithels, dieses ist anfangs in einer einfachen Lage vertreten und differenzirt sich später zu mehreren Lagen. Am Sacc. endolymph. formt sich das kubische Epithel zu einem Plattenepithel um, und zwar früher im Sacke als im Halse und in den Vorhofsäckchen.

Vom Fundus des Endolymphsackes gehen nach Rüdinger „constante röhrenförmige Verlängerungen“ an verschiedenen Stellen ab und lagern sich in die Dura mater ein. Diese Kanälchen beginnen nicht an dem durch den Knochen gehenden Theil des Fundus und können deshalb auch nicht identisch sein mit den von Böttcher und Kölliker beschriebenen, früher erwähnten Epithelkanälchen.

In früheren Entwicklungsstadien beobachtet man nun eine einfache Röhre, welche sich später so theilt, dass zunächst 3, dann 4 und schliesslich 7 verschieden weite Röhren zum Vorschein kommen. Sie beginnen in der Umgebung des hinteren Endes des D. endolymph. trichterförmig, jedoch so, dass anfänglich nur eine einfache Ausbuchtung vorhanden ist, welche sich erst in geringer Entfernung von demselben in einzelne kleinere, hintere, obere und mehrere grössere, untere Röhren fortsetzt.

Die Canälchen nehmen von oben nach unten an Dicke ab und enden abgerundet in der Dura mater. Die sieben Canälchen enden dicht aneinander. „Ihre symmetrische Anordnung auf beiden Seiten:

und ihre tief nach abwärts gehende Einsenkung in die Dura mater, sowie die oben von innen nach aussen übereinstimmende abgeplattete und unten regelmässig cylindrische Form sprachen für die Constanz der Bildung dieser Röhrrchen und für eine ganz bestimmte morphologische und physiologische Bedeutung derselben.“ Wie am Duct. endolymph. selbst kann man an diesen Röhrrchen anfänglich nur eine einfache epitheliale Röhre unterscheiden, an welcher die kubischen Zellen allmählig niedriger werden und an ihrer Aussenseite einen Beleg von Bindesubstanz erhalten. Die einfachen, aus kubischen Zellen bestehenden Hohlcyliinder werden grösser und länger und der Hohlraum des Saccus endolymphaticus setzt sich während ihres Wachstums in diese Epithelcyliinder hinein fort. In den ersten Entwicklungsstadien zeigt somit der Querschnitt eines Canälchens einen Epithelring, welcher ein helles Lumen umrahmt.

Für die Deutung dieser Canälchen sind nach Verfasser das Verhalten der Epithelzellen am Fundus des S. endolymph. und andererseits die verhältnissmässig grossen Lymphräume, welche die Canälchen von oben bis unten umschliessen, von grösstem Belange. Die Epithelzellen des Endolymphsackes zeigen von den Vorhofssäckchen an, bis zu dem hintersten Abschnitte des Endolymphsackes eine regelmässige Beschaffenheit. Man sieht am Fundus des Sackes einzelne Zellen und Zellengruppen, welche gegen den Binnenraum desselben vorrücken und andere, welche die kleinen Buchten des Sackes innen auskleiden. Die nach innen vorspringenden Epithelfortsätze zeigen keine regelmässige Anordnung, und sowohl hier als in den beschriebenen Abflussröhren finden sich interepitheliale Lücken, welche mit den Lymphspalten der Dura mater direct communiciren. Während in den Vorhofssäckchen, dem Halse und Körper des Endolymphsackes bei grösseren Embryonen die Epithelzellen, durch Kittsubstanz innig mit einander vereinigt, eine regelmässige Anordnung haben, zeigen sich in dem Fundus des Sackes stellenweise grössere Abstände der einzelnen Zellen von einander.

„Hier befindet sich demnach eine siebförmig durchbrochene Stelle des Sackes, welche ich (Rüdinger) nicht anders deuten kann, als dass dieselbe der Endolympe Durchlass nach den Lymphspalten und somit nach den Lymphgefässen der Dura mater gewährt. An den Horizontalschnitten eines etwa 3 Monate alten menschlichen Foetuskopfes zeigen sich an dem hintersten Ende des Endolymphsackes scharf abgegrenzte Lücken, welche sich in die subduralen Lymphspalten medialwärts vom Sinus sigmoideus fortsetzen. Das allmähliche Kleinerwerden der kubischen Zellen spreche für directe Fortsetzung des Sackes in die Lymphbahnen.“

Die Lymphräume und Lymphspalten in der Umgebung des dorsalen Endes des Endolymphsackes und um die beschriebenen Abzugscanälchen fallen sehr auf und stellen in der Nähe des Lymphsackes lichte weite Räume dar, welche unterhalb des Lymphsackes in röhrenförmig angeordnete Bahnen übergehen. Sie umrahmen die Röhrrchen allseitig und stellen unregelmässige weite Scheiden derselben dar, so dass die epithelialen Abflussröhrrchen des Endolymphsackes von grossen weiten Lymphscheiden vollständig umgeben sind, und die Bindesubstanz der Dura mater erst an diese Scheiden sich anschliesst.

Im Verhältniss als die Differenzirung des häutigen Labyrinthes beim Embryo fortschreitet und alle Räume desselben sich erweitern, muss eine Bewegung in der Strömung der Lymphe sowohl, als auch in der Endolympe, die sich unzweifelhaft continüirlich erneuert, stattfinden. Schon frühzeitig müssen diese Apparate in Function treten, und daher sind die perilymphatischen Bahnen im Embryo relativ mehr ausgebildet, als nach dem vollständigen Aufbau der Gehörapparate.

In seinen kritischen Schlussbemerkungen erwähnt Verf. die verschiedenen bis jetzt gangbaren Theorien über die Abzugswege der Endolympe und kommt zu dem Schlusse, dass diese in der Anordnung der kleinen Röhren des Lymphsackes und deren Verhalten zu den Lymphspalten und Lymphräumen der subduralen Schicht der Dura mater gegeben seien. Schwalbe war bekanntlich der Ansicht, dass die Endolympe in den Arachnoidalscheiden der zu dem häutigen Labyrinth gelangenden Nerven und Gefässe ihren Abfluss finde, da man annahm, dass der Saccus endolymphaticus blind endige, was nunmehr widerlegt ist. Nach der Auffassung Rüdinger's besteht hier ein ähnliches Verhältniss wie bei den Hirnhöhlen und dem Can. centralis des Rückenmarkes, wo das Foramen Magendii und die Seitenöffnungen des vierten Ventrikels ebenfalls Abflusswege nach aussen in die Lymphbahnen der Umhüllungen des centralen Nervensystems darstellen. Nach dieser Auffassung ist auch die Bedeutung des Canalis reuniens einleuchtend: er führt die Lymphe aus dem Ductus cochlearis in das runde Säckchen und von diesem in den Endolymphsack ab.

Höchst bemerkenswerth ist die folgende Bemerkung des eminenten Verfassers: „Dass der Saccus endolymphaticus als elastische Blase nebenbei auch noch eine physiologische Bedeutung für die Ausgleichung der Druckdifferenzen im Labyrinth hat, dürfte aus seiner Form und Grösse geschlossen werden. Eine einfache epitheliale Röhre wäre ja für den Abfluss der Endolympe auch genügend gewesen, während der Recess. labyrinthi sich bei allen bis jetzt untersuchten höheren Wirbelthieren und dem Menschen zu einer sackartigen Erweiterung von relativ bedeutenden Dimensionen ausbildet. Wäre dieser Endolymphsack nicht in der Schädelhöhle, sondern im Innern des Labyrinthraumes angebracht, so könnten sich Druckdifferenzen bei Vermehrung und Verminderung der Endolympe schwerer ausgleichen, als im Innern der Schädelhöhle, wo Blut und Lymphe leichter entweichen, dies umsomehr, wenn der Endolymphsack eine directe Beziehung zu den Gefässen hat.“

In phylogenetischer Beziehung betrachtet R. die beschriebenen Canälchen mit dem Saccus endolymphaticus bei den höheren Wirbelthieren als rudimentäre, homologe Bildungen grosser Endolymphcanäle der niederen Wirbelthiere, welche bei manchen derselben sogar über die Schädelhöhle hinaus sich fortsetzen.

Von welch' grossem practischen Interesse die in dieser Arbeit geschilderten Befunde des hochverdienten Verfassers sind, ist jedem gebildeten Ohrenarzte klar und aus diesem Grunde haben wir es für angezeigt gehalten, über dieselbe ausführlicher zu referiren. G.

Die Bedeutung des Rinne'schen Versuches für die Diagnose der Labyrinth-Affectionen. Von Dr. Rohrer. (Vortrag gehalten auf dem IV. internat. Congresse in Brüssel 1888. Ibidem X.)

Um der Lösung der schwierigen Frage über das Verhalten des Rinne'schen Versuches bei Affectionen des inneren Ohres näher zu kommen, setzte der verdiente, für die Verwerthung dieses Versuches unermüdlich forschende Autor 100 Fälle hochgradiger Schwerhörigkeit mit den Prämissen einer Störung im schallpercipirenden Apparate und mit + Ausfall des R. V. in Parallele zu 100 Fällen gleicher Prämissen, jedoch — Ausfall des R. V. und kam hierbei zu folgenden Schlüssen:

1) Hochgradige Schwerhörigkeit mit bedeutender Herabsetzung der Knochenleitung für Stimmgabeln, sowie der Perception hoher Töne, der Galtonpfeife und König'schen Klangstäbe für Luft- und Knochenleitung lässt auf Labyrinthaffection oder Affection der Gehörnerven schliessen.

2) Der Ausfall des Rinne'schen Versuches kann in solchen Fällen ein + oder ein — sein, doch ist der erstere zu letzterem im Verhältniss von 2 : 1.

3) Beim + Rinne prävalirt das männliche Geschlecht gegenüber dem weiblichen bedeutend (69:31 pCt.); beim — Rinne ist das Verhältniss gleich 97 pCt. Männer:53 pCt. Frauen.

4) Das jugendliche (5—20 Jahre) und mittlere Alter (20—40 Jahre) theiligt sich beim + Rinne mit 49 pCt., beim — Rinne mit 62 pCt.; das Alter von 40—80 Jahren ist beim + Rinne mit 51 pCt., beim — Rinne mit 38 pCt. theiligt.

5) Der Weber'sche Versuch lateralisirt beim + Rinne in 48 pCt. der Fälle nach der besserhörenden Seite, beim — Rinne in 44 pCt. der Fälle nach der schlechterhörenden Seite.

6) Die Perception der Galtonpfeife ist sowohl bei + als bei — Rinne bedeutend herabgesetzt (um ca. 15 Theilstriche der Scala) und beträgt 36,5:35, die Klangstäbe werden bei + Rinne 177mal unter Sol 8 gehört, bei — Rinne 123mal.

7) Bei den subjectiven Geräuschen prävaliren die mittleren und hohen Geräusche. Tiefe Geräusche sind etwas häufiger beim — Rinne.

8) Gleichgewichtsstörungen kommen bei + Rinne in 46 pCt., bei — Rinne in 48 pCt. vor.

9) Die Infectionskrankheiten spielen bei + und — Rinne eine hervorragende Rolle; ebenso Traumata (10:17), Lärm von Maschinen (12:7) und Schüsse (7:0).

10) Die Hörweite ist herabgesetzt für Politzer's Hörmesser auf 28:36, Flüstern 42:41, Conversationssprache 200:118.

11) Die Knochenleitung für Stimmgabeln vom Scheitel aus ist um $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ reducirt und zwar hochgradiger bei + Rinne und für hohe Stimmgabeln vorherrschend bei + und — Rinne.

12) Paracusis Willisiana kommt relativ häufig vor, 7mal bei + Rinne und 30mal bei — Rinne.

13) Coincidenz von Schwerhörigkeit und Defluvium capillorum ist bei + und — Rinne in 43 pCt. vorhanden.

14) Die Dauer der Affection ist bei + und — Rinne meistens eine sehr lange, in 30—32 pCt. der Fälle seit der Kindheit.

15) Die Pressions centripètes von Gellé sind ein schätzbares dia-

gnostisches Hilfsmittel zur Differencirung primärer und secundärer Labyrinthaffectionen und gestatten relativ sichere Schlüsse auf die Functionsfähigkeit des ovalen und runden Fensters.

Der — Rinne bei hochgradiger Schwerhörigkeit mit Verminderung der Knochenleitung und der Perception hoher Töne deutet bei — Ausfall der Gellé'schen Pressionen für Knochenleitung auf secundäre Betheiligung des Labyrinths. Gomperz.

II. Bericht über die Universitäts-Poliklinik für Ohrenkranke zu Tübingen in der Zeit vom 1. April 1884 bis 1. April 1888. Von Prof. Dr. Wagenhäuser.

Im Zeitraume dieser 4 Jahre wurden 1851 Personen mit 1884 verschiedenen Krankheitsformen behandelt, von denen

auf das äussere Ohr . . .	380,
auf das mittlere Ohr . . .	1472,
auf das innere Ohr . . .	38,
auf Diversa	12 Fälle kamen.

Von den wichtigeren 115 Operationen seien hervorgehoben:

Ablösung der Ohrmuschel zur Entfernung von Fremdkörpern und Sequestern	2,
Eröffnung des Antrum mastoideum	19.

Aus dem Detailberichte sind von besonderem Interesse:

1) Exostosenbildung des knöchernen Gehörganges bei einem 17jähr.

Bauer.

2) Die Ausdehnung eines grossen, die rechte Gesichtshälfte und die Ohrgegend einnehmenden Naevus cutaneus ven. auf das Trommelfell, dessen hinteres Segment sich durch seine blaurothe Farbe deutlich von dem übrigen Theile der Membran abhob.

3) Ein Bluterguss, auf den oberen Paukenhöhlenraum beschränkt, in Folge von Kopfverletzung.

4) Eine unter meningitischen Symptomen aufgetretene acute, eitrig-eitrige Mittelohrentzündung in Folge Eindringens eines 10 Cm. langen, 2 Mm. dicken Spulwurmes in's Mittelohr, welche nach Auswanderung des Parasiten in den Gehörgang rasch heilte.

5) Ein Fall von chronischer Mittelohreiterung mit Ausstossung eines necrotischen Theiles der Schnecke; nach der Heilung wurde vom erkrankten Ohre Uhr, Flüstersprache und Stimmgabel per Luftleitung nicht vernommen, wohl aber wurde der Stimmgabelton vom Scheitel aus constant und bestimmt in's erkrankte Ohr verlegt.

Bei frischen Neuralgien des Ohres der atypischen Form, wo sich eine bestimmte Ursache nicht eruiren liess, hat sich mehrfach das Antifebrin in Dosen von 0,50, 2—3 Mal pro die, gut bewährt. Gomperz.

b) Rhinologische:

Ueber erectiles Gewebe der Nasenhöhlen. (Du tissu érectile des fosses nasales.) Von Dr. Isch Wall. (Progrès médical und Revue mensuelle de laryngologie No. 4, 1888.)

Von Cruveilhier und Sappey angedeutet, wurde dieses Gewebe erst in letzterer Zeit von Zuckerkandl, Fränckel, Hack und John

Makenzie genauer beschrieben. Verf. controlirte diese Beschreibungen auf jungen Thieren und erwachsenen Menschen und fand sie richtig; dieses erectile Gewebe kann schwellen, eine wirkliche Erektion kann aber nicht stattfinden, weil eine über gewisse Grenzen nicht mehr dehnbare Membran fehlt; dieses Gewebe turgescirt bei vielen Frauen während den Menses, bei Anstrengungen, welche das Blut gegen den Kopf treiben; es fällt zusammen bei Gemüthsbewegungen, welche erlassen machen. Dieses physiologische Schwellen der Nasenschleimhaut soll deren Oberfläche vermehren und die kleinsten Empfindungen durch Hyperästhesie der Nervenendigungen wahrnehmbar machen. Deshalb ist dieses cavernöse Gewebe besonders bei den wilden Thieren ausgebildet, welche feinen Geruchssinn zur Erlangung ihrer Beute oder zum Schutze gegen ihre Feinde nöthig haben. Das Schwellen des Gewebes kann auch als Ausgangspunkt gewisser Reflexe, namentlich der männlichen Erektion, vorkommen.

Dr. P. K.

Eine neue Verbesserung der hinteren Rhinoscopie. (A recent improvement in posterior rhinoscopy.) Von E. Cresswell Baber, Brighton. (Brit. med. Journ., 12. Januar 1889.)

Die Verbesserung besteht in einem von Dr. Joseph A. White erfundenen, dem bei uns gebräuchlichen Barth'schen Haken sehr ähnlichen Instrument. Der Gegendruck wird nicht, wie bei Barth, durch eine Platte auf die Oberlippe, sondern durch 2 Silberdrahtschlingen neben den Nasenflügeln oder in den Nasenöffnungen bewirkt. Bei zahnlösen Oberkiefern gewiss recht practisch. Im Uebrigen stimmt Ref. dem Verf. vollkommen bei in Bezug auf die ausserordentliche Erleichterung, welche die nach dem Grundsätze angefertigten Instrumente namentlich bei Operationen und Aetzungen im Nasenrachenraum gewähren. Ref. gebraucht seit längerer Zeit den Barth'schen Haken recht oft jeden Tag und ist jedes Mal von Neuem erfreut über seinen practischen Werth.

Dr. M. Schm.

Hypertrophie der Mucosa des Nasenrachenraumes. (Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal.) Von DDr. Duret und Lavrand. (Société des sciences médicales de Lille und Revue mensuelle de laryngol. No. 11, 1888.)

Ein 21jähr. hysterisches Frauenzimmer hat an beiden oberen Seiten des Nasenrachenraumes verdickte, indurirte und geschlitzte Schwellungen der Mucosa und des submucösen Gewebes. Adenoide Vegetationen und Fibrom konnten ausgeschlossen werden. Das Gaumensegel wurde mittelst Galvanocauter gespalten und die hypertrophischen Stellen zerstört. Die Kranke wurde so geheilt. Die Autoren behaupten, dieses specielle Leiden finde sich in keinem Handbuche beschrieben. Die Verf. denken aber nicht an die Möglichkeit einer Transformirung adenoider Vegetationen in fibröses Gewebe, sowie an das Nichterlautsein einer so eingreifenden Operation, wie die Gaumenspaltung, zur Entfernung einer so unbedeutenden Neubildung.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Nasenvarices und über ihre Behandlung. (Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement.) Von Dr. Villedary. (Thèse de Bordeaux und Revue mensuelle de laryng. No. 4, 1888.)

Die spontanen Nasenblutungen rühren meistens, wie schon deutsche Autoren hervorgehoben haben, von venösen Erweiterungen her, welche am vorderen unteren Theile der knöchernen Nasenscheidewand ihren Sitz haben. Verf. giebt 7 solche Fälle, welche mittelst Chromsäure und Galvanocauter geheilt wurden.

Dr. P. K.

Hypertrophische Rhinitis, ihr Vorkommen im Kindesalter. (Rhinite hypertrophique. Ses rapports avec l'enfance.) Von Dr. Cleland. (The American Lancet und Revue mensuelle de laryng. No. 11, 1888.)

Die daraus entstehende Verstopfung der Nase ist eine häufige Ursache von Lungenerkrankung. Geruch und Stimme haben darunter zu leiden. Man soll dieses Leiden also namentlich im Kindesalter behandeln.

Dr. P. K.

Nasalintubation. (Tubage nasal.) Von Dr. Goodville. (N.-Y. med. Journal und Revue mensuelle de laryngologie No. 11, 1888.)

Verf. gebraucht diese aus Cautschuk oder Metall verfertigten Nasenröhren, welche verschiedene Caliber und gleichen Durchmesser (nur nicht an ihrem vorderen Ende) haben, bei folgenden Affectionen: 1) bei Blutungen, 2) bei Fractur der Nasenknochen, 3) bei Deviation der knorpeligen und knöchernen Nasenscheidewand, 4) nach der Exstirpation der Nasenpolypen und der hypertrophischen Muscheln.

Dr. P. K.

Neue Fortschritte in der Behandlung von Nasenverstopfung. (Recent advances in the treatment of obstruction of the nose.) Von Dr. Scanes Spicer, London. (Lancet, 23. Februar 1889.)

Um das Flimmerepithel zu schonen, empfiehlt er, bei Hypertrophien den Galvanocauter submucös zu führen.

Für die Hypertrophien der mittleren Muscheln zieht er die Chromsäure vor. Ozaenakrusten empfiehlt er mit der Zange abzunehmen. Die knöchernen und knorpeligen Auswüchse der Scheidewand entfernt er mit der Electromotor-Trephine, die adenoiden Vegetationen mit Löwenberg's Zange in der Narkose.

Dr. M. Schm.

Krankheiten der Nase. (Diseases of the nose.) Von Litton Forbes, M. D., London. (Fünfte Auflage, London 1888.)

Etwas sehr kurze Aufzählung der gewöhnlicheren Nasenkrankheiten mit ebenso kurzer Angabe der Behandlung.

Dr. M. Schm.

Nasenstein. (Lancet, 23. März 1889.)

Mr. M'Weeney zeigte in der Royal Academy of medicine of Ireland einen Nasenstein von 105 Gran Gewicht, welcher der Pat. wenig Beschwerd gemacht hatte, ausser der Verstopfung der betroffenen Nasenhälfte.

Dr. M. Schm.

c) Pharyngo-laryngologische:

Zur Pathologie der vierten Mandel. (Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale.) Von Dr. Albert Ruault. (Archives de laryngologie; France médicale, Juni 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 10, 1888.)

Die Zungenmandel kann acut, subacut und chronisch afficirt werden; letztere ist die häufigste Form und besteht in einer Hypertrophie aller Elemente der Zungenfollikel; gewöhnlich bestehen zugleich Pharyngitis granulosa, Hypertrophie der Mandeln und der Nasenschleimhaut, sowie Laryngitis. Pathognomonische Symptome der Krankheit bestehen nicht; am häufigsten ist noch das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse; dann kommt Abschwächung der Stimme, leichte Ermüdung, Verlust der Correctheit der Stimme; Anfälle von Husten, dyspnoetische Anfälle, dyspeptische Erscheinungen. Der Spiegel allein führt zur Diagnose; der Arzt muss nur daran denken. Von allen Causticis ist die Galvanocaustik das beste. Verf. hat 14 Fälle, 8 bei Frauen, 6 bei Männern beobachtet.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre des hysterischen Stummseins. (Contribution à l'étude de mutisme hystérique.) Von Dr. Natier. (Revue mensuelle de laryngol. No. 4, 1888.)

Von älteren Autoren nicht erwähnt, wurde die hysterische Stummheit zuerst von Revilliod, Cartaz und Bock beschrieben; darauf folgten Krankengeschichten verschiedener anderen Autoren; dennoch bleibt das Thema immer neu und ist das letzte Wort noch nicht darüber gesprochen. Der Anfang ist immer plötzlich, die Kranken sind meist nervös, hereditär belastet, sie selbst sind nervös oder Alkoholiker; der Anfang datirt meist von einer Gemüthsbewegung oder von einem hysterischen Anfall her; seltener ist ein Catarrh oder ein Trauma (Deunne) die Ursache. Charcot hat die Affection künstlich durch die Hypnose hervorgerufen. Sie ist häufiger bei Frauen, als bei Männern, kommt meistens zwischen 20—30 Jahren vor. Die Symptome der Krankheit sind theils functionelle, theils objective. Das charakteristische Symptom besteht nach Charcot in der absoluten Unmöglichkeit, einen Ton zu articuliren und die vorgemachten Töne nachzuahmen; ein solcher Patient ist also mehr, als stumm, er ist noch aphon dabei; er kann blasen und pfeifen. Schmerz am Sternum und zwischen den Schulterblättern, verminderte Empfindlichkeit oder gar Anästhesie der Mund-, Rachen- und Larynxmucosa. Der laryngoscopische Befund hat in den bis jetzt beobachteten Fällen kein pathognomonisches Symptom ergeben. Die Krankheit besteht also in einer reinen „motorischen Aphonie“ ohne andere Symptome, bei intactem Bewusstsein; der Kranke versteht Alles, was man mit ihm spricht; er kann nicht mündlich, wohl aber schriftlich antworten; oft wird Simulation damit verwechselt, besonders bei Präventivhaft (Charcot) und Annahme zum Militärdienst. Prognose günstig. Die Krankheit verschwindet nach einigen Stunden, einigen Tagen, einigen Wochen. Die Heilung tritt plötzlich oder allmählig ein; Intermittenzen sind selten. Taubheit und Blindheit kommen nur ausnahmsweise dabei vor.

Dr. P. K.

Lähmung der Zunge, des weichen Gaumens und des Stimmbandes.
(Paralysis of the tongue, soft palate and vocal cord.) (Lancet, 30. Mai 1889.)

Dr. Stephen Mackenzie zeigte in der Clinical Society of London einen 35jährigen Mann mit Lähmung der linken Hälfte der Zunge, des weichen Gaumens und des Stimmbandes (wohl auch des linken. Ref.) mit Parese des Musc. sternocleidomast. und der respiratorischen Portion des Musc. trapezius. Nach Horsley und Beevor sei der weiche Gaumen vom Nerv. accessorius innervirt.

Dr. M. Schm.

Zwei Fälle von Hypertrophie des adenoiden Gewebes der Fossa epiglottica; Zungenmandel. (Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la fosse épiglottique; amygdale linguale.) Von Dr. Beverley Robinson. (The med. Record, Februar 1888 und Revue mens. de laryngologie No. 10, 1888.)

Verf. erzählt 2 Fälle; in dem ersten bestand ein Trachealabscess und Lähmung des rechten Stimmbandes; in dem zweiten Verlust Anfangs der Singstimme, später auch der Sprechstimme.

Dr. P. K.

Gefahr der Blutung nach der Amygdalotomie. (Les dangers d'hémorrhagie après l'amygdalotomie. Von Dr. Louis E. Blair. (Albany Medical Annals, Februar 1888 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1888.)

Verf. erzählt 2 Fälle von Mandelentfernung mittelst der Amygdalotomie, der erste bei einem 21jährigen, der zweite bei einem 27jährigen Patienten, wobei starke Blutung eintrat, welche nur mittelst Compression gestillt werden konnte.

Dr. P. K.

Ueber Empyem des Antrum Highmori. Vortrag, gehalten im Stuttgarter ärztlichen Verein am 5. Juli 1888 von Dr. Krieg. (Württbg. med. Correspondenzblatt No. 34, 1888 [1. November].)

Dr. Krieg berichtet hier an der Hand von 23 in den Jahren 1885 bis 1888 gesammelten Krankengeschichten über seine Erfahrungen bei chronischem Empyem des Antrum Highmori.

Die Fälle vertheilen sich auf 8 Männer und 15 Frauen; der jüngste Patient war 17 Jahre, der älteste 55 Jahre. Nur 3 Mal war die Eiterung doppelseitig.

In 22 Fällen lag die Ursache in cariösen Zähnen, der 23. Fall war ätiologisch unklar.

Der zweite Buccalis und der erste Molaris waren die häufigsten Ausgangspunkte.

Meistens fand Krieg die den mittleren Nasengang umgebende Schleimhaut geschwellt, sehr häufig polypös entartet.

3 Mal war zugleich Empyem der Stirnhöhle,

4 Mal Empyem der Siebbeinzellen vorhanden.

Bei letzteren war mehrere Mal Necrose der Knochen und in 2 Fällen auch Abscesse der Orbita vorhanden.

Krieg spricht sich mit Ziem und Anderen für Anbohrung von den Alveolen her aus und benutzt hierzu den einfachen Laubsägenbohrer.

Von den 23 Fällen wurden 19 geheilt, 4 blieben ungeheilt.

Bei den ungeheilten Fällen wurden die angeordneten Ausspritzungen, die K. mit Hilfe eines kleinen Röhrchens und einer Ballonspritze die Patienten selbst besorgen lässt, zum Theil nachlässig betrieben oder nicht gehörig lange fortgesetzt.

Die Spülungen mussten im Durchschnitt 2 Monate lang fortgesetzt werden. Als Spülwasser lässt K. Salzwasser benutzen.

Obturatoren hält Autor für unnöthig.

Ausser über den 23 Fällen chronischen Empyems wird in der Arbeit auch über ein acutes Empyem berichtet, das Krieg selbst im Anschluss an Schnupfen durchgemacht hat.

Weil.

Cystosarcom der Parotis. (Observation d'un cas de cystosarcome de la parotide.) Von Dr. Scheffer. (Gazette médicale de Strasbourg, Februar 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Eine 76jährige Frau, noch stark, zeigte seit 30 Jahren eine Geschwulst am Halse; während dieser ganzen Zeit indolent, musste sie vor etwa 6 Monaten punctirt werden, worauf Erleichterung eintrat; nach einer zweiten Punction trat keine Erleichterung mehr ein und Patientin verlangte die Radicaloperation. Die Geschwulst ist zweilappig, besitzt die Grösse einer Cocosnuss, fluctuirt an der unteren Grenze; die sie bedeckende Haut ist dünn, aber nicht verwachsen; keine Schluck- und keine Athembeschwerden. Die Differentialdiagnose schwebte zwischen Halscyste und Parotistumor. Die Operation wurde ausgeführt und die Heilung ging per primam von Statten. Die von Prof. von Recklinghausen vorgenommene microscopische Untersuchung ergab ein multiloculäres Sarcom der Parotis. Solche Tumoren sind selten, verlaufen langsam und sollen immer extirpirt werden.

Dr. P. K.

Elterung des Antrum, abhängig von Caries eines Milcheckzahnes.

(Suppuration of the antrum, secondary to caries of a temporary canine tooth.) Von R. Denison Pedley, London. (Lancet, 16. Febr. 1889.)

Der Fall war ein acuter bei einem 8jährigen Mädchen.

Dr. M. Schm.

Werth der laryngoscopischen Diagnose bei einem Fall von Lähmung des Adductor des linken wahren Stimmbandes. (Valeur du diagnostic laryngoscopique dans un cas de paralysie de l'adducteur de la corde vocale gauche.) Von Dr. Trifiletti. (Archivi itali di laringol., October 1886 und Annales des mal. du larynx No. 5, 1887.)

Ein seit 2 Jahren heiserer junger Mann zeigte das linke Stimmband unbeweglich in leichter Abduction. 1) Man muss eine Lähmung des Cricoarytaenoideus lateralis und nicht des Cricoarytaenoideus posticus annehmen; denn in letzterem Falle wäre die Abduction vollständig und es bestände Athemnoth. 2) Die Lähmung ist myopathischer Natur; wäre selbe neuropathisch, so beständen andere Symptome der Erkrankung des Recurrens oder der Centren. 3) Es besteht keine Ankylose des Cricoarytaenoidalgelenkes, kein Tumor, keine Vegetationen, keine Narben, welche eine sonstige Entstehungsursache abgeben könnten. 4) Man kann

vorausgegangene Catarrhe und Ueberanstrengung der Stimme hier als Ursache annehmen. 5) Die Möglichkeit einer solchen Diagnose ist ja auch klinisch nachgewiesen; selten ist eine organische Erkrankung des betreffenden Nerven nachzuweisen, sonst träten die vielen Heilungen nicht ein. 6) Warum diese Lähmungen meist linkerseits vorkommen, weiss man nicht.

Dr. P. K.

Ein Fall von angeborenem Mangel des Kehldeckels, dessen Thätigkeit beim Schlucken erklärend. (A case of congenital defect of the epiglottis, illustrating its function in deglutition.) Von Frank Donaldson, M. D. (New-York medical Journal, 7. Aug. 1886.)

Zunächst setzt Verf. die verschiedenen Ansichten von vielen Autoren auseinander; erzählt dann den Fall, in welchem die Epiglottis einschliesslich des Petiolus fehlte, so dass nur die Stimmbänder den Abschluss bildeten. Seine Schlüsse sind:

1) Dass der Kehldeckel nicht ein werthloses Anhängsel sei; sondern einer der Mitwirker zum Schutze des Kehlkopfes gegen das Eindringen von Speise und Trank.

2) Gewöhnlich ist nur das untere Drittel des Kehldeckels dazu nöthig.

3) Die andern Mitwirker sind die Aufwärtsbewegung des Kehlkopfes und der hinteren Zunge, Schluss der Glottis, die ausserordentliche Empfindlichkeit der Schleimhaut des Kehlkopfeingangs und ausnahmsweise die unteren Pharynxconstrictoren.

4) Welchem Theile der grösste Antheil zufällt im Schützen des Kehlkopfes, ist schwer zu sagen, sie wirken meistens alle zusammen, sind einige verhindert, so ersetzen sie die andern.

Dr. M. Schm.

Lähmung des Nervus recurrens laryngis. (Paralysis of the recurrent laryngeal nerve.) Von Dr. Port. (Lancet, 30. Mai 1889.)

Verf. stellte in der Hunterian Society einen Patienten vor, welcher in Folge von Ueberfahren durch einen schweren Wagen über die Brust eine Lähmung des Recurrens bekam, wohl in Folge von Blutungen in's Mediastinum. Patient wurde unter Anwendung des unterbrochenen electricischen Stroms geheilt.

Dr. M. Schm.

Einige practische Winke in Verbindung mit Intubation des Kehlkopfes. (Some practical hints in connection with intubation of the larynx.) Von J. Mount Bleyer, M. D. (New-York med. Journal, 2. Februar 1889.)

Verf. verlangt, dass jedes Kind vor und nach der Intubation laryngoscopirt werde und glaubt dies mit seinem „Tractor“ in jedem Falle erzielen zu können. Das Kind wird fest eingewickelt und von einem Assistenten gehalten.

Der Tractor ermöglicht die Zunge vorzuschieben und den Kehlkopf dadurch aufzurichten.

In den letzten 50 Fällen hat Verf. die Tube täglich entfernt, dann nach Reinigung des Halses Nahrung gegeben vor der Wiedereinführung, mit der man öfter stundenlang warten kann. Verf. bespricht die verschiedenen Zeichen, wenn die Tube in den Kehlkopf oder die Speise-

röhre eingeführt wurde. Wenn eine Röhre ausgehustet wurde, soll man die nächst grössere Nummer wählen. Man soll immer mehrere Sätze bei sich haben. Er empfiehlt Irrigation von Nase und Hals mit Wasserstoff-superoxyd, innerlich Glycogene (Glycerin mit activem Ozon gesättigt). Flüssige Nahrung giebt er immer mit der Magensonde wegen der Schluckpneumonie. Die Betten sollen mit Vorhängen umgeben und die Fenster weit geöffnet sein. Der Operateur soll immer eine Brille zum Schutz der Augen tragen.

Verf. erzielte in 206 Fällen 67 Heilungen (33 pCt.). 3 Heilungen bei Kindern unter einem Jahr, 21 von 1–3 Jahren, 43 von 3–31 Jahren.

Dr. M. Schm.

Autolaryngeale Operation. (Lancet, 23. März 1889.)

In der Medical Society of London berichtete George Stoker über einen Fall von multiplen Papillomen bei einem jungen Manne, der von verschiedenen Specialisten operirt worden, und als ihm zuletzt die Mittel ausgingen, es unternahm, mittelst sinnreicher, von ihm erfundener Instrumente sich selbst zu operiren. Es glückte ihm, die Geschwülste vollständig zu entfernen.

Dr. M. Schm.

Diphtherie mit Flecken am Perinäum. (Diphtheria with patches in the perineal region.) Von William Hill, London. (Lancet, 9. März 1889.)

In der Harveian Society berichtete Verf. über Fälle von Diphtherie, die am Perinäum die ersten Flecken zeigten. Von 4 Personen, welche ein sehr defectes, insanitäres Wassercloset benutzten, erkrankten 3 zuerst am Perinäum.

Dr. M. Schm.

Fall von Fibrom des Schlundes. Operation, Bemerkungen. (Case of fibroma of pharynx; operation, remarks.) Von R. M'Leod, M. D., Calcutta.)

Der Fall betraf einen Hindu von 35 Jahren, der seit 3 Jahren Schluckbeschwerden hatte. Nach Tracheotomie wurde von aussen operirt, Einschnitt vor dem Musc. sternocleidomast. Das Fibrom sass breit hinten an der aryepiglottischen Falte, es wurde mittelst des Ecraseurs abgetragen; am vierten Tage entstand eine secundäre Hämorrhagie aus der Operationsstelle, der der Kranke erlag.

Dr. M. Schm.

Angeborene Geschwulst im Kehlkopfe. Von Lennox Browne, M. D., London. (Lancet, 9. März 1889.)

Verf. zeigte in der Pathological Society of London den Kehlkopf eines 3jährigen Mädchens, welches wegen Asphyxie durch eine angeborene Kehlkopfgeschwulst zuerst durch Intubation behandelt, und welches, nachdem dabei eine Blutung eingetreten, tracheotomirt wurde. Auch danach traten Blutungen auf; es starb 40 Stunden nach der Operation. Die erste Blutung wurde durch Abstossen eines Papilloms am rechten Stimmband mit der Intubationsröhre veranlasst; die folgenden erklärt Verf. aus der raschen Ausdehnung der bei dem seit der Geburt bestehenden Athembhinderniss sehr klein gebliebenen Lungen.

Dr. M. Schm.

62. Versammlung

Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg.

Als Einführender der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie der vom 17. bis 23. September cr. in Heidelberg tagenden „Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte“ erlaube ich mir, die Fachgenossen zur Theilnahme an den Berathungen dieser Abtheilung und zur Abhaltung von Vorträgen ergebenst einzuladen. Eine frühzeitige Anmeldung der letzteren ist höchst erwünscht.

Prof. Dr. A. Jurasz
Heidelberg, Bergheimerstr. 26.

Berichtigung.

In dem Aufsatz: „Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches“ von Dr. F. Siebenmann sind einige Druckfehler wie folgt zu berichtigen:

Es muss auf Seite 76 heissen:

- Zeile 15 v. oben: „und zwar sind dies mehrfach geschichtete etc.“ statt
„und zwar mit mehrfach geschichteten etc.“
„ 20 v. oben: „Eurotium“ statt „Euroteum“.
„ 12 v. unten: „obwohl letzteres ein kleines Geschwür und Erosionen
zeigte“ statt „Auch zeigte letzteres keine Erosionen“.

Inhalt.

I. Originalien: Herzog: Beitrag zur Lehre über Ohrreflexe. — Voltolini: Die ersten Operationen in der Kehlkopfhöhle vom Munde aus, bei der Durchleuchtung des Kehlkopfes von aussen. — Beschorner: Zur Diagnose des Larynx-Carcinoms. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Rüdinger: Ueber die Abflusskanäle der Endolymphe des inneren Ohres. — Rohrer: Die Bedeutung des Rinne'schen Versuches für die Diagnose der Labyrinth-Affectionen. — Wagenhäuser: II. Bericht über die Univ.-Poliklinik für Ohrenkranke zu Tübingen. — b) Rhinologische: Wall: Erectiles Gewebe der Nasenhöhlen. — Baber: Neue Verbesserung der hinteren Rhinoscopie. — Duret und Lavrand: Hypertrophie der Mucosa des Nasenrachenraumes. — Villedary: Zur Lehre von den Nasenvarices. — Cleland: Hypertrophische Rhinitis. — Goodville: Nasal-intubation. — Spicer: Neue Fortschritte in der Behandlung von Nasenverstopfung. — Forbes: Krankheiten der Nase. — M'Weeney: Nasenstein. — c) Pharyngo-laryngologische: Ruault: Zur Pathologie der vierten Mandel. — Natier: Zur Lehre des hysterischen Stimmseins. — Mackenzie: Lähmung der Zunge, des weichen Gaumens und des Stimmbandes. — Robinson: Hypertrophie des adenoiden Gewebes der Fossa epiglottica. — Blair: Gefahr der Blutung nach der Amygdalotomie. — Krieg: Empyem des Antrum Highmori. — Scheffer: Cystosarcom der Parotis. — Pedley: Eiterung des Antrum, abhängig von Caries eines Milchzahn. — Trifiletti: Werth der laryngoscop. Diagnose bei einem Fall von Lähmung des Adductor des linken wahren Stimmbandes. — Donaldson: Fall von angeborenem Mangel des Kehlkopfes. — Port: Lähmung des Nervus recurrens laryngis. — Bleyer: Einige practische Winke in Verbindung mit Intubation des Kehlkopfes. — Stoker: Autolaryngeale Operation. — Hill: Diphtherie mit Flecken am Perinäum. — M'Leod: Fall von Fibrom des Schlundes. — Browne: Angeborene Geschwulst im Kehlkopfe. — Jurasz: Einladung zur 62. Naturf.-Versammlung. — Berichtigung.

Zur gefälligen Beachtung!

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt Klage geführt worden, dass die Correcturen mangelhaft besorgt würden. Da die Monatsschrift in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit Original-Arbeiten versehen wird, so könnten Wochen vergehen, ehe die Correcturen von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze recht klar und deutlich zu schreiben, am besten von leserlicher Hand abschreiben zu lassen, dann kann die Correctur von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Die Herren Mitarbeiter werden dringend und in ihrem eigenen Interesse ersucht, otologische Beiträge und Referate nur an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freilung 7, und pharyngo-laryngologische nur an Herrn Prof. Dr. Voltolini in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubilinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapfing** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziemi** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien
und

Dr. R. VOLTOLINI
Professor
an der Universität
Breslau

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, Juni 1889.

No. 6.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Monatsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

I. Originalien.

Ueber Laryngitis haemorrhagica.

Von

A. P. Favitzky.

(Aus der laryngologischen Abtheilung des Herrn Prof. Simanowsky an der militär-medicinischen Academie zu St. Petersburg.)

Ueber die Natur der Laryngitis haemorrhagica, namentlich über die Stelle, welche dieselbe unter den catarrhalischen Larynxerkrankungen einnimmt, herrscht bis auf heute noch viel Dunkelheit.

Nach den einen Autoren (Strübing¹⁾, Fränkel²⁾, E. Stepanow³⁾ bildet dieselbe eine selbstständige klinische Form catarrhalischer Erkrankungen des Larynx, nach den anderen (M. Mackenzie, Gottstein⁴⁾, Schnitzler) gehört dieselbe zu derjenigen Form der gewöhnlichen Laryngitis, welche im Gefolge von starken Hustenstößen oder Borkenbildung beobachtet wird (Laryngitis sicca von Gottstein).

¹⁾ Strübing: »Laryngitis haemorrhagica«. 1886.

²⁾ Berliner klin. Wochenschrift No. 2, 1874.

³⁾ Separat-Abdruck aus Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.

⁴⁾ Gottstein: »Die Krankheiten des Kehlkopfes«. 1886.

Aus den casuistischen Mittheilungen über Hämorrhagien im Larynx ist leicht zu ersehen, dass die Ursache derselben eine verschiedene sein kann: Man trifft dieselben sowohl im Gefolge der Erkrankungen des Gesamtorganismus, als auch des Larynx selbst. Einmal kommen dergleichen Kehlkopfblutungen im Laufe verschiedener Allgemein-Erkrankungen (Phthisis, Morb. macul. Werlh., Pocken, Hämophilie, Leukämie, beschrieben von Rethi, Jurasz, Coomes, Masucci u. A.), ein anderes Mal bei Herz-, Nieren- und Lebererkrankungen, als Folge der Blutstauungen in den Venen, vor; dergleichen Fälle wurden auch als Folge von Ueberanstrengungen der Stimme beschrieben (Rethi, Schnitzler⁵), Lanz⁶) u. A.)

Ausserdem findet man in der Literatur eine ganze Reihe solcher Fälle angeführt, bei welchen Hämorrhagien im Larynx als idiopathisch, unabhängig von oben angeführten Ursachen, bezeichnet werden. Hierher gehören die vereinzelt beobachteten Fälle von Strübing⁷), E. Stepanow⁸), Fränkel⁹), Boecker¹⁰), Burow¹¹), Nawratil¹²), Gleitsmann¹³), Sommerbrodt¹⁴), Semeleder¹⁵), Jurasz¹⁶), La Sota y Lastra¹⁷), Tobold¹⁸), Levin und Mandl.

Es liegt nicht in meiner Absicht, jede dieser Beobachtungen in Kürze zu beschreiben; ich will an dieser Stelle bemerken, dass man in sämtlichen Fällen mit einer catarrhalischen Affection des Larynx, begleitet von Hämorrhagien, theils oberflächlich, theils tiefer in die Schleimhaut gehend, bei voller Intactheit der letzteren, zu thun hatte.

Betrachtet man die besagte, höchst interessante und seltene Larynxaffection näher, so stösst man vorerst auf die Frage, welches ätiologische Moment als nächste Ursache derselben betrachtet werden kann — ob dieselbe „per rhexin“ resp. „per diapedesin“ zu Stande kommt, und in welcher Beziehung dieselbe, in klinischer Hinsicht, zu anderen catarrhalischen Larynxaffectionen steht.

Was die erste Frage anbetrifft, so wissen wir darüber noch sehr wenig; es wird bloss angenommen, dass dieselbe bei Frauen weit öfter, als bei Männern vorkommt. In Bezug auf die nächste Ursache der Blutungen bei Laryngitis haemorrhagica sind bloss Vermuthungen ausgesprochen, da keine pathologisch-anatomischen Abhandlungen darüber vorhanden sind. Strübing und E. Stepanow glauben, dass dieselben durch Zerreißung der Blutgefäße zu Stande kommen können. Blut-

⁵) Wiener med. Wochenschrift 1880.

⁶) Internationales Centrabl. f. Laryngologie, Rhinologie etc. No. 9, 1887.

⁷) l. c. (Strübing »Laryng. haemorrhagica«. 1886).

⁸) l. c. (Separat-Abdruck).

⁹) l. c.

¹⁰) Berliner klin. Wochenschrift No. 2, 1874.

¹¹) Burow: Laryngoscopischer Atlas. 1877.

¹²) Nawratil: »Laryngoscopische Beiträge«. 1871.

¹³) Internat. Centralbl. für Laryngologie etc. 1885—1886, No. 2.

¹⁴) Berliner klin. Wochenschrift 1878.

¹⁵) Semeleder: »Die Laryngoscopie«. 1863.

¹⁶) Deutsche med. Wochenschrift No. 15, 1879.

¹⁷) Revista de Medicina de Sevilla 1887, Bd. XI.

¹⁸) Tobold: »Die Laryngoscopie und Kehlkopfkrankheiten«. 1874.

suffusionen können dessenungeachtet auch selbstständig bei Austreten der Blutkörper „per diapedesin“ sich bilden, und besonders in denjenigen Fällen, in denen der catarrhalische Process nicht stark (ausgesprochen) ist und folglich von einer starken Blutgefässerweiterung keine Rede sein kann.

Ein von mir vor einem Jahre in der laryngologischen Abtheilung des Herrn Prof. N. P. Simanowsky beobachteter typischer Fall von Laryngitis haemorrhagica, an welchem sowohl Obduction, als histologische Untersuchung des Kehlkopfes vorgenommen wurden, kann für die uns interessirende Form womöglich Aufklärung geben. Ich erlaube mir daher auch, sogleich zur kurzen Beschreibung desselben überzugehen; die Folgerungen daraus, als auch die Antwort auf die dritte Frage, werde ich am Schlusse meines Berichtes anführen.

Der in Rede stehende Fall betrifft einen 48 Jahre alten Mann, der, laut eigener Angabe, seit 2 Jahren an Husten und Stimmlosigkeit leidend, in den letzten 2 Wochen eine Beimengung von Blutspuren im Auswurf bemerkte.

Die laryngoscopische Untersuchung ergab Folgendes: Die Schleimhaut des Einganges, wie auch die Stimmbänder, sind trocken, mässig geschwollt, von dunkelrother Farbe. Die wahren Stimmbänder, welche ein bauchförmiges Aussehen hatten, waren gleichfalls trocken und rothgefärbt. An den Kanten der Stimmbänder und mehr nach oben (ganz besonders aber am hinteren Ende derselben) sieht man von dreieckiger Form kirschrothe Blutgerinnsel anhaften; diese letzteren waren dicht am Spatium interarytaenoideum zwischen beiden Stimmbändern in der Form einer Brücke aufgeworfen. Die sichtbare Schleimhaut der Trachea stark geröthet. Trockener Catarrh der Nasenhöhlen mit Erosionenbildung an der Schleimhaut, insbesondere längs dem Septum narium.

In den Lungen nichts Besonderes; eine leichte Zunahme der Percussionsdämpfung in der Herzgegend; Leber und Milz vergrössert. In der Bauchhöhle mässiger Ascites, leichtes Oedem der Beine; der Harn eiweissfrei.

Gegen Kehlkopfcarrh wurden alkalische Inhalationen, Pinselung mit 2procentiger Lapislösung und Morphiun innerlich verordnet.

Unter derartiger Behandlung nahmen sämmtliche Erscheinungen an Intensität ab: Die Blutgerinnsel verkleinerten sich, die Trockenheit und Röthung nahmen ab, die Stimme ging zur Besserung.

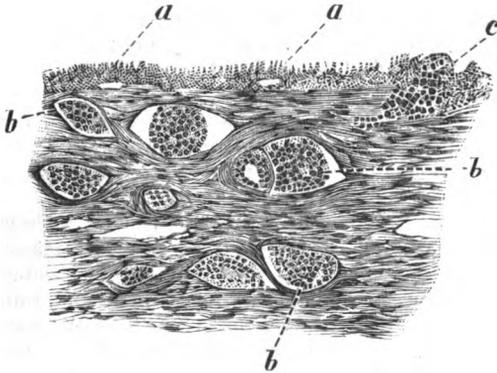
Am zehnten Tage des Aufenthalts aber verschlimmerte sich ganz plötzlich der Zustand des Patienten: die Temperatur stieg bis auf 40°, es trat grosse Athemnoth auf, sodann Verlust des Bewusstseins, zugleich auch eine profuse Blutung durch Nase und Rachen, unter welchen Erscheinungen der Kranke auch verschied.

Einige Stunden vor dem Tode wurde der Kranke laryngoscopisch untersucht, wobei es sich erwies, dass alle Erscheinungen im Kehlkopfe an Intensität zugenommen hatten: der Catarrh nahm einen mehr acuten Charakter an, Blutgerinnsel und frisches Blut bedeckten die Schleimhaut des Kehlkopfes, der Trachea, des Pharynx und der Mundhöhle; gleiche Blutgerinnsel wurden auch in den Nasenhöhlen vorgefunden.

Man kann leicht vermuthen, dass man hier mit einem Influenzaprocesse zu thun hatte, in Folge dessen das schon vorher geschwächte

Herz noch mehr an Schwäche zunahm und plötzlich eine Lähmung desselben eintrat.

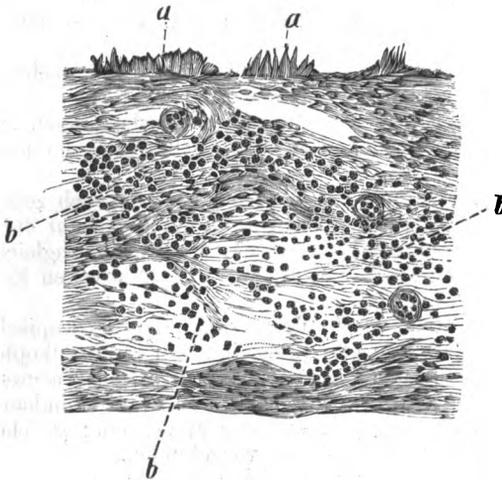
Die Obduction ergab: Die Schleimhaut, als auch die Submucosa des Kehlkopfes und Trachea gelockert und bedeutend hyperämirt; an der Epiglottis, in der Trachea und an einem der Santorini'schen Knorpel punktförmige Blutextravasate. Das Herz fettig degenerirt, die Leber cirrhotisch, in den Lungen nichts Anormales. Auf der Darmschleimhaut, Pleura und Peritoneum keine Spur von Bluterguss.



Aus der Mucosa der Trachea.
a a Epithelium. **b b** ausgedehnte Gefäße mit rothen Blutkörpern.
c eine hervorgehobene Mucosa-schicht.

Figur 1.

Die sorgfältig ausgeführte histologische Untersuchung der Kehlkopfschleimhaut, wobei die Präparate mit Picrocarmin und Eosin-Hämatoxylin gefärbt wurden, ergab Folgendes: Eine hochgradigste Hyperämie der Gefäße der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut; ausgedehnte Venen



Aus einem falschen Stimmbande.
a a Epithelium. **b b** Imbibition des Gewebes durch rothe Blutkörper.

Figur 2.

und Capillare wurden mitunter gleich unter der Epithelialschicht vorgefunden; an einzelnen Stellen hoben dieselben diese letztere hervor (s. Fig. 1); ganze Gruppen aus den Gefässen ausgetretener rother Blutkörper wurden sowohl in der Schleimhaut der Epiglottis, als auch der Stimmbänder und Trachea vorgefunden (s. Figur 2); Zerreissung irgend welcher Blutgefässe konnte nicht constatirt werden.

Es fragt sich nun, was ergab uns die Obduction und microscopische Untersuchung des Kehlkopfes und der Trachea?

Die erstere bewies, dass die Kehlkopfbloodung nicht beim gesunden Organismus, sondern unter solchen Umständen stattfand, welche ein leichteres Durchtröpfeln des Blutes durch die Gefässwände begünstigten, hierher gehören Herzdilatation und Lebercirrhose.

Die histologische Untersuchung ihrerseits ergab, dass eine grosse Bedeutung dem Austreten der Blutkörper „per diapedesin“ zuerkannt werden muss, obgleich hiermit die Möglichkeit des Austretens der Blutkörper aus den Gefässen „per rhexin“ nicht absolut verworfen werden kann. Denn es ist leicht möglich, dass Zerreissung irgend eines kleinen Blutgefässes, z. B. in Folge von starken Hustenstössen, auch stattfand und die im Leben beobachtete Blutung (je $\frac{1}{2}$ Theelöffel täglich) bedingte; nur dass diese Stelle ganz zufällig im Schnitte nicht gelang.

Jetzt erübrigt uns noch, eine Antwort auf die letzte Frage zu geben: in welchem Verhältnisse die Laryngitis haemorrhagica zu den anderen catarrhalischen Affectionen des Kehlkopfes steht. Bedenken wir nur, dass Blutungen, dieses Hauptsymptom der uns interessirenden Krankheit, auch im Verlaufe von Entzündungsprocessen verschiedener Schleimhäute unseres Körpers, z. B. der Nase, Pharynx, der Bronchien und Harnröhre nicht selten vorkommen, und Niemand dieses einzigen Symptomes wegen dieselben in eine selbstständige klinische Form „der hämorrhagischen Entzündungen“ genannter Schleimhäute einreihet, so kann dasselbe auch von der Kehlkopfschleimhaut gelten und die hämorrhagische Entzündung der letzteren blos als eine besondere Form der acuten resp. subacuten Laryngitis angesehen werden.

(Autoreferat des Originalaufsatzes in „Wratsch“ 1888—89.)

Allgemeines über Kehlkopftuberculose und der jetzige Stand ihrer Behandlung.

Vortrag, gehalten im „ärztlichen Berufsverein“ zu Berlin.

Von

Dr. med. **Otto Ringk**,

Special-Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke.

Das thema probandum, welches ich heute Abend die Ehre habe, vor Ihnen abzuhandeln, betrifft die neueren Behandlungsweisen der Kehlkopftuberculose; ehe wir jedoch zu den verschiedenen Formen der Therapie dieser Krankheit übergehen, müssen wir zum bessern Verständniss die Krankheit selbst genügend beleuchtet und durchforscht haben; und grade bei der Kehlkopftuberculose ist dies so sehr eine Haupt-

bedingung, dass ich nicht glaube, einen Verstoss gegen Ihrer Aller reiche Kenntniss und Erfahrung zu begehen, wenn ich mich diesem Special-Gebiete etwas eingehender zuwende.

Nach den ausgezeichneten und erschöpfenden Vorträgen unserer letzten Sitzungen über Tuberculose im Allgemeinen, kann ich selbst auf eine Recapitulation jener verzichten, und begeben mich sofort in *medias res*, indem ich die sehr einfach aufzustellende, aber wie sich im Verfolge zeigen wird, um so schwerer zu beantwortende Fragen aufstelle:

- 1) ist die Tuberculose des Larynx als ein primäres, event. in andern Organen, speciell den Lungen, die gleiche Erkrankung nach sich ziehendes Leiden,
- 2) oder als ein secundäres,
- 3) oder als ein auf seinen Ort abgegrenztes, isolirtes Leiden anzusprechen?

Obwohl die Erfahrung festgestellt hat, dass der Tuberculose in den verschiedensten Organen des menschlichen Organismus eine solche in den Lungen in fast 90 pCt. vorhergegangen ist — ich übergehe hier die Doctorfrage: Phthise oder bacilläre Tuberculose; Cohnheim sagt, „nur das ist Tuberculose, die sich als solche überimpfen lässt“ — so lässt sich doch bei der Kehlkopftuberculose über primär oder secundär um so eher eine wissenschaftliche Frage construiren, als ja der Kehlkopf in den engsten Beziehungen zu den Lungen steht, und deshalb zunächst ein logischer Grund nicht vorhanden zu sein scheint, warum nicht Kehlkopftuberculose ebenso primär wie Lungentuberculose entstehen sollte? Das Secundäre der Kehlkopftuberculose wird sich ja leicht in den Fällen nachweisen lassen, in denen Auscultation und Percussion das länger bestehende Lungenleiden sicher stellt. Der Nachweis aber, ob primär ob secundär, wird schwierig, ja unmöglich, wenn wir wohl eine tuberculöse Veränderung im Kehlkopf mit Bestimmtheit zu erkennen vermeinen, aber nicht im Stande sind, an der Lunge *intra vitam* irgend welche Veränderungen zu constatiren.

In der angezogenen Frage stehen die Laryngologen in fast zwei gleich starken Lagern einander diametral entgegen:

Rühle, Waldenburg, Mandl, Schech, Lebert, Trousseau, Belloc, Cohen, B. Fränkel, Schnitzler

sprechen sich für die primäre Erkrankung aus;

Ziemssen, Tobold, Klebs, Heinze, E. Fränkel, Rossbach, Voltolini, Schmidt, Schrötter, Louis, Mackenzie, Schrötter

schliessen die primäre Erkrankung *direct* aus.

Andere halten sich in der Mitte in unentschiedener Stellung.

Ziemssen sagt: weder der Catarrh noch die Ulcerationen der Phthisiker bieten charakteristische Merkmale dar, aus denen man sie als solche erkennen könnte.“

Rossbach als Referent auf dem internationalen Congress in London: dass man eine sichere Diagnose auf Halsschwindsucht nur bei gleichzeitig nachweisbarer Lungenschwindsucht stellen könne.

Heinze lässt nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu, und

Schmidt legt den Hauptwerth auf die Untersuchung der Lungen und die Heilmittel, speciell Jodkalium.

Heinze sagt: dass es eines Theils deshalb schwer sei, *intra vitam*, die Diagnose auf primäre Kehlkopftuberculose zu stellen, weil selbst der sorgfältigsten physicalischen Untersuchung kleinere ältere, central gelegene käsige Heerde oder verdichtete Stellen in den Lungen entgegen können; anderen Theiles deshalb: weil nicht jede Kehlkopfsulceration tuberculösen Ursprungs ist; weil **nicht** tuberculöse Ulcerationen nicht zur Kehlkopfschwindsucht führen; (?) und weil keiner Kehlkopfsulceration ohne Weiteres angesehen werden könne, ob sie Tuberkeln ihr Entstehen verdankt oder nicht?

Mackenzie geht noch weiter, wenn er sagt: selbst wenn die tuberculöse Diathese wirklich ausgesprochen ist, und selbst wenn sich Tuberkeln in andern Organen finden, sind keine tuberculösen Ulcerationen im Kehlkopf vorhanden, wenn nicht die Lungen gleichzeitig erkrankt sind, und

Rice, New-York: nicht jede bei Tuberculose auftretende geschwürige Laryngitis ist tuberculös.

Von allen Forschern ist unumstösslich nachgewiesen worden, dass bei sämtlichen Obductionen von Phthisikern die Lungenaffection als die ältere erkannt worden ist, und dass man niemals den Befund hatte:

Hochgradige Kehlkopferstörung, unbedeutende Lungenaffection.

An 1226 Obductionen von Phthisikern in der Zeit von 1867—1886 ergab sich als Complication:

630mal Darmtuberculose — 376mal Kehlkopftuberculose; und ausserdem befanden sich unter diesen 376 Fällen 50 Kehlkopfcomplicationen nicht tuberculöser Natur.

Die primäre oder isolirte Kehlkopftuberculose wird eben dann erst als primär sicher gestellt sein, wenn einmal an der Leiche eine Kehlkopftuberculose gefunden sein wird neben noch gesunden Lungen.

Die Aetiologie der Kehlkopftuberculose hat viele Speculationen veranlasst. Schon 1790 lenkten zwei Franzosen Petit und Portal die Aufmerksamkeit auf den Kehlkopf, jedoch erst Laennec 1819 stellte den tuberculösen Character fest, welchen Louis 1825 widersprach, indem er behauptete, die Kehlkopftuberculose wäre keine Erkrankung für sich, sondern die Entzündung und Geschwürsbildung würde durch das fortwährend ausgehustete Lungensecret bewirkt, dem er einen direct corrodirenden Character beilegen wollte; ein unbewusster Vorläufer der Koch'schen Bacillenlehre. Er hat heute einen berühmten Amerikaner an seiner Seite, S. Brown; während Bosworth, New-York, diese Wirkung läugnet, indem er die Erkrankung des Kehlkopfes bei Tuberculose als ein neues Centrum ansieht, welches die Tuberculose der Lungen setzt.

Die Auffassung von Louis wird endgiltig durch das Microscop widerlegt, welches zeigt, dass das Epithel der Kehlkopfschleimhaut vollständig selbst da erhalten ist, wo unter ihm zahlreiche Tuberkel abgelagert sind, und erst mit dem Zerfalle der Tuberkel zur Geschwürsbildung vernichtet wird. Weiterhin ergiebt die tägliche Erfahrung das Unrichtige der Louis'schen Auffassung: 1) der schon erwähnte statistische Nachweis, dass nur 30 pCt. Lungentuberculose mit der des Kehlkopfes complicirt waren; 2) dass die Tuberkeln im Kehlkopfe sich fast ausschliesslich an den noch zu besprechenden charakteristischen Stellen ansiedeln, während doch alle Theile mit dem Sputum in Verbindung treten. Sicher müsste dann doch der unermessliche Auswurf bei Lungen-

pyämie einen besonders corrodirenden Einfluss auf den Kehlkopf haben, was nicht der Fall ist.

Rheiner glaubt in dem Aneinanderreiben der Stimmbänder die Ulcerationen hervorgerufen zu sehen. Dem gegenüber steht wieder die tägliche Erfahrung, dass durch die der Ulceration immer vorhergehenden und nicht unbedeutenden catarrhalischen Anschwellungen der Schleimhaut der Stimmbänder und besonders die der Proc. vocales diese sich gar nicht mehr zusammenlegen können. Wie will Rheiner dann die zahlreichen und tiefgreifenden Geschwüre an der unteren Fläche und der Basis der Epiglottis erklären, die niemals einer Reizung ausgesetzt sind? Indem Rheiner also eigentlich das Entstehen miliärer Tuberkel im Kehlkopf läugnet, stellt er sich damit gerade im Gegensatze zu Virchow, der den Kehlkopf allen denen empfiehlt, welche den wahren Tuberkel studiren wollen und durch Construction seines lenticulären Geschwüres ebenfalls alle die bisher widerlegten Erklärungen bekämpft. Die Thatsache eben, dass die Tuberkel des Kehlkopfes einen sehr oberflächlichen Sitz haben, und auch wegen äusserer Unbilden frühzeitig zerfallen und kleine seichte Geschwüre hinterlassen, und erst späterhin durch Zusammenfliessen einzelner kleiner seichten Geschwürchen zu einer grösseren Geschwürsfläche die Rokitansky'schen „secundären tuberculösen Geschwüre“ bilden, ohne jemals käsig zu werden — nämlich die Tuberkeln — oder (nämlich die Tuberkeln) zu einer besonders auffallenden Geschwulstbildung Veranlassung zu geben, hat ihren tuberculösen Charakter im Anfang übersehen lassen. Wenn allerdings erst diese secundären tuberculösen Geschwüre da sind, dann wird nur vorübergehend ein Zweifel über ihre Natur vorherrschen können, und macht Schrötter besonders darauf aufmerksam, dass diese Geschwüre viel öfter, wie man wohl anzunehmen geneigt ist, durch das Perichondrium hindurch in den Knorpel selbst eindringen. Diese ebenso richtige wie wichtige Auffassung Schrötter's habe ich gerade in letzter Zeit an zwei Patienten zu beobachten Gelegenheit gehabt, wo wahrscheinlich in Folge Uebergreifens eines secundären Geschwüres an der Basis epiglott. sich ein beharrliches Oedem gebildet hatte, local-circumscrip't wenn ich so sagen soll, etwa dem Bezirk entsprechend der Arrosion des Perichondriums.

So sehr die Ansichten über die Frage primäre oder secundäre Kehlkopftuberculose auseinandergehen, so sind alle Laryngologen bis auf B. Fränkel darüber einig, wie schwer bei fehlenden Lungensymptomen nur aus einfach im Kehlkopf vorhandenen Geschwüren die Diagnose auf Tuberculose zu stellen ist. B. Fränkel behauptet, dass in der Mehrzahl der Fälle die Tuberculose aus dem laryngoscopischen Bilde diagnosticirt werden könne, nicht aus der Farbe der Schleimhaut und nicht aus dem Sitze des Geschwüres, sondern aus seiner Form und seiner Natur, auf welche er bei der Diagnose den Hauptwerth legt. Auch will er mit der Lupe in den Rändern der Geschwüre miliäre Tuberkel gesehen haben. Die Wiener laryngoscopischen Coryphäen haben sich von den B. Fränkel'schen Behauptungen nicht überzeugen lassen, und existirt bisher als Unicum nur ein Fall von Schnitzler, an dem im Leben die Tuberkelablagerungen sichtbar waren, und die Richtigkeit durch den Obductionsbefund alsbald bestätigt wurde. Auch Solis Cohen hält die Möglichkeit, miliäre Tuberkel im Larynx als solche zu erkennen, für ausgeschlossen.

Schon mehrfach habe ich den Ausdruck catarrhalische Geschwüre gebraucht; ich will jedoch gleich hier einflechten, um mich nicht eines pathologischen Fehlers schuldig zu machen, dass Virchow und Schrötter die Existenz von catarrhalischen Geschwüren im Kehlkopffinnern abläugnen; Schrötter solche, wenn vorhanden, als Ausdruck eines complicirteren Leidens ansieht. Virchow bekämpft den Ausdruck catarrhalisches Geschwür als unrichtig und unlogisch, und bestreitet, dass ein Catarrh, ein Zustand der Schleimhaut, während dessen etwas Bewegliches von der an sich unversehrten Schleimhaut abgesondert würde, Ulcerationen regelmässiger Weise und gewissermassen als Normalausgang bringe. Aber auch die Möglichkeit der Erosion etwa durch Lungenschleim im Kehlkopfe — wie derartige erosive Geschwüre bei Ausflüssen der Nase und des Ohres in der Umgebung der Nase und des Ohres entstehen — hält er für ausgeschlossen mit der Begründung, dass erosive Veränderungen der Haut oder Schleimhaut nur an den Stellen entstehen, wo absolut reines Plattenepithel vorhanden ist; dieses findet sich im Kehlkopffinnern aber nur auf der kleinen Fläche, welche an der hinteren Larynxwand zwischen den Giessbeckenknorpeln liegt und sich von hier auf die wahren Stimmbänder fortsetzt.

Wenn ich trotz dessen im weiteren Verfolge den Ausdruck catarrhalisches Geschwür gebrauche, so will ich damit nicht eine Gegenansicht zu Virchow's Meinung bekunden, sondern ich folge der Allgemeinheit in der Anwendung einer wissenschaftlichen Bezeichnung, die sich ob mit Recht oder Unrecht gewissermassen das Bürgerrecht erworben hat. Ich verstehe unter catarrhalischen Geschwüren des Kehlkopfes besonders solche, die ihr Entstehen einer vorausgegangenen Ohren-, Nasen- oder Rachencomplication verdanken.

Wir stehen heut auf dem Boden der Koch'schen Bacillentheorie. Angesichts dieser erscheint es mir, als wenn wir die Frage der Möglichkeit der primären tuberculösen Erkrankung des Kehlkopfes nicht so von der Hand weisen dürfen, ja sie direct annehmen müssen. Die Tuberkelbacillen, vielleicht einmal recht zahlreiche, dringen mit dem Inspirationsstrom ein, und werden sich an allen Theilen ihres erst durch die äussersten Lungengrenzen abgeschlossenen Weges niederzulassen suchen, also auch im Kehlkopfe, vielleicht hier zahlreicher durch ihr Zurückgeworfen werden mit der Expirationsluft beim Sprechen, Räuspern, und finden sie nun hier im Kehlkopffinnern catarrhalische Geschwüre — sit venia verbo — so ist es nicht abzusehen, warum die Bacillen hier nicht grade so gut primär inficiren sollen, ohne dass Tuberkelablagerungen vorher vorhanden waren. Ist jedoch die Epithelschicht im Larynx unverletzt, so halte ich eine primäre Infection des Larynx durch die Tuberkelbacillen direct und absolut für ausgeschlossen. Vor Allem die flimmernde Bewegung des Epithels, characteristisch nach aussen und oben zum Heile des Individuums, lässt diese microscopischen feindlichen Körperchen keinen Ruhepunct finden, befördert sie im Gegentheile in der angedeuteten Richtung, wobei der secernirte Hals- und Lungenschleim fördernd zur Seite stehen wird. Wollte man aber an eine Infection der localen Schleimhautdrüsen denken, so lehrt der microscopische Befund, dass diese hier am längsten zwischen voluminösen Tuberkelablagerungen selbst dieser Ablagerung widerstehen.

Indem ich also nur bei vorherigem Vorhandensein von catarrhalischen Geschwüren theoretisch die primäre, durch Vorbeistreichen bacillengeschwängelter Luft bewirkte Infection anerkennen kann, lehrt jedoch die Wirklichkeit, dass selbst bei ausgesprochenster Tuberculose in den Lungen catarrhalische Geschwüre des Larynx nicht tuberculös zu erkranken brauchen, sondern obgleich sie durch Athmung und Sputum beständig den Angriffen der Bacillen ausgesetzt sind, bis zum exitus letalis des Patienten als catarrhalische verharren, und oft sogar trotz dieser beständigen bacillären Angriffe vernarben, also heilen, ohne jede Therapie.

Es müssen nach meiner persönlichen Auffassung eben noch andere Verhältnisse vorliegen, welche die Bacillen vor Allem in den Lungen sich ansiedeln und dort ihre vernichtende Thätigkeit ausüben lassen, denn warum finden wir nie tuberculöse Geschwüre in der Nase, dem Thorwege, den die Bacillen zunächst zu durchwandern haben?

Diese Verhältnisse erkenne und deute ich so:

Der Tuberkelbacillus ist so lange ungefährlich und nicht entwicklungs-fähig, bevor ihm nicht drei Factoren zur Seite stehen; und von diesen drei Factoren darf auch nicht ein einziger fehlen, sonst verkümmert der Bacillus, und möge er noch in so grossen Schaaren in den menschlichen Körper eingewandert sein. Zu diesen Factoren gesellt sich noch die Voraussetzung eines gewissen Grades von ererbter Empfänglichkeit, einer Familienanlage; denn wenn diese nicht der Haupt- und Nährboden zur Entwicklung des Gesamtbildes der Tuberculose wäre, müssten in grösseren Gemeinwesen nicht blos sämtliche Einwohner, die täglich Tuberkelbacillen in grösster Zahl einathmen, sondern besonders diejenigen Berufsarten, oder diejenigen Familienglieder, die fortwährend um tuberculöse Erkrankte beschäftigt sind, einfach sämmtlich und ebenfalls an Tuberculose zu Grunde gehen.

Die von mir statuirten drei Factoren sind nun:

- 1) Ruhe,
- 2) gleiche Wärme gewisser Höhe,
- 3) Feuchtigkeit,

und findet diese der Tuberkelbacillus in bester Vereinigung in den oberen und den den grösseren Bronchien abseits gelegenen Lungenparthieen, daher die Spitzencatarrhe und kleineren centralen Herde; er findet sie nicht in der Nase, Kehlkopf, grösseren Bronchien. Hier wird der Bacillus, wenn auch Feuchtigkeit und Wärme genügend vorhanden ist, gestört und beunruhigt durch das fortwährende Vorbeiströmen verschiedenartigst temperirter Luft, Sprechen, Husten, Kauen, Schlucken, Auswerfen, besonders aber durch die Flimmerbewegung des Epithels; er wird ausserdem von dem zwischen das Flimmerepithel secretirten Schleim aufgenommen, und event. inkrustirt mit ausgehustet. Neben der erforderlichen Feuchtigkeit und Wärme findet der Bacillus aber in den Lungen auch die nöthige Ruhe ganz besonders dadurch, dass beim jedesmaligen Athmen nur $\frac{1}{4}$ neue Luft direct zugeführt wird, $\frac{3}{4}$ sich durch Gasaustausch zersetzt.

Nach dieser meiner Auffassung über die Entwicklung der eingeathmeten Tuberkelbacillen ist es mir erklärlich, warum eine primäre Tuberculose des Kehlkopfes wohl theoretisch möglich, aber in praxi und auf dem Obductionstische noch nicht nachgewiesen ist. Sollte aber nun

wirklich einmal eine primäre Infection des Kehlkopfes bei einem Patienten vorkommen, oder vorgekommen sein, so wird sich und auch besonders in Folge des neuralgisch bedingten und deshalb sofort mit auftretenden Hustens sogleich eine Infection der Lungen anschliessen, und diese dann auf dem Obductionstische sich als die ältere, jedoch nur weil schneller vorwärts schreitende Erkrankung präsentiren. Ich sagte in Folge des auftretenden Hustens, und mit Ueberlegung, denn wie der Husten den Bacillus im Kehlkopf in seiner primären Entwicklung durch Störung der Ruhe hemmt, bedingt durch ausgiebigste Luftwellen, beschleunigte Flimmerbewegung und Vibrationen des ganzen Kehlkopferüstes, so wird ihn der Husten grade in der Lunge zum schönsten Wachsthum führen, besonders, wenn schon kleinere bacilläre Herde sich in der Lunge festgenistet haben.

Durch fortgesetzten Husten werden die Lungengefäße strotzend mit Blut gefüllt, und Feuchtigkeit und Wärme wird sich dadurch mehr erzeugen, als für das Wachsthum der Bacillen erforderlich ist. Daher sehen wir Laryngologen, sofern es uns gelingt durch locale Therapie die pathologischen Erscheinungen im Kehlkopfe zu heilen, und so in letzter Instanz den Husten zu lindern, und meiner Auffassung nach dadurch wieder eine normale Blutfüllung in den Lungen zu erzeugen, dass mit Abnahme des Hustens eine gleich fortschreitende Eucharie beim Kranken Platz greift, d. h. eine Abnahme der Vermehrungsfähigkeit der Bacillen, und Hand in Hand damit geht eine sogar oft auffällige Zunahme des Körpergewichtes beim Patienten, ja vielleicht Anfangs der Krankheit sogar Heilung. Ich bin nicht so vertrauensvoll, gleich manchem Fachgenossen zu meinen, dass auch die späteren Stadien der Tuberculose durch locale Therapie im Kehlkopfe geheilt werden können, weil dann nicht blos die Lungentuberculose schon zu weit vorgeschritten ist, sondern auch in diesem Stadium der Erkrankung der gesammte Organismus mehr weniger bacillär durchseucht ist.

Aus alle dem Gesagten bestreite ich das Vorkommen isolirter Kehlkopftuberculose, rein primärer, d. h. einer solchen, die ohne weitere ihr nachfolgende secundäre Lungenerscheinungen einhergeht.

Würde allein der Tuberkelbacillus genügen, die Tuberculose zu erzeugen, er nicht blos das *movens agens* sein auf dem Boden der Familienanlage, wie käme es alsdann, dass wir noch nie von einer Epidemie der Tuberculose gehört haben? ogleich doch der parasitäre Charakter der Tuberkelbacillen ohne Frage ist. Sollten die hin und wieder jedem Arzte in seiner Praxis begegnenden Pneumonieepidemien hiermit in gewissen Connex zu bringen sein? An eine reine hereditäre Tuberculose ganzer Familien glaube ich nicht, sonst würden nicht Fälle in Familien vorkommen, dass z. B. die weiblichen Glieder gesunder Eltern an Tuberculose zu Grunde gehen, die männliche Nachfolge dagegen gesund bleibt und gesunde Kinder erzeugt, oder umgekehrt.

Die Lebenszeit, in welcher die meisten Menschen am meisten an Kehlkopftuberculose erkranken, ist die vom 20. bis 40. Jahre. Männer erkranken fast an doppelter Zahl gegenüber den Frauen, wie 33,6 : 21,6 (Heinze). Derselbe Arzt veröffentlicht einen Fall, dass ein Knabe von 6 Jahren unter ausgesprochener Tuberculose des Kehlkopfes und Bacillen im Auswurfe zu Grunde gegangen ist.

Was die voraussichtliche Lebensdauer bei Kehlkopftuberculose betrifft, so ist vor Allem auf die Anamnese grosser Werth zu legen; doch kann man folgende Zahlen ziemlich als sichere festhalten: nach dem Beginne lästiger Symptome im Halse sterben die meisten nach 12—18 Monaten. 66 pCt. sterben zwischen 6 Monat und 2 Jahren, nur wenige leben länger als $2\frac{1}{2}$ Jahre und sterben vor 6 Monaten. Am schnellsten sterben Menschen im Alter von 18—25 Jahren.

Die Prognose bei dieser Krankheit ist mehr als infaustissima, und muss man bei Berücksichtigung noch voraussichtlicher Lebensdauer ein clinisches Symptom berücksichtigen: wir müssen einem schnelleren Verlaufe unter Zugrundelegung obiger Zahlen entgegensehen, wenn die Tuberculose sich auf der Epiglottis und den aryepiglott. Falten angesetzt hat, als wenn sie die inneren Theile des Kehlkopfes befallen hat.

Die Prophylaxis, welche wir bei der Kehlkopftuberculose anzuwenden haben, wird sich im Allgemeinen mit der der Tuberculose decken. Mit Familienanlage behaftete oder scrophulöse Individuen suche man vor Erkältung zu schützen, nicht dadurch, dass man sie verweichlicht, sondern dass man sie gegen Witterungsverhältnisse widerstandsfähiger macht. Man hülle vor Allem den Hals nie in Tücher ein, diese Manie ist geradezu ein Gift für Halsleidende. Man lasse solche Kranke nie in neue Häuser ziehen, und besonders schütze man sie vor Eiseinwickelungen um den Hals; mir ist es unbegreiflich, wie man eine Therapie aufbringen konnte, welche das edelste und empfindlichste Organ unseres Körpers, die Lungenspitze, einer nicht bloss stunden- sondern oft tagelangen uncontrolierbaren Einwirkung einer Eisblase aussetzt. Hat etwa ohne Grund die Natur die Lungenspitzen anatomisch so sehr geschützt, wie nur angängig? Ein Verdienst um die Menschheit hat sich der Vater der Eistherapie nicht erworben.

Man lasse verdächtige Patienten unserer Categorio keine sitzende Lebensweise ergreifen, denn diese führt zu subacuten Halscatarrhen, während die Leute, die selbst grössten Unbilden der Witterung ausgesetzt sind, selten an Schnupfen, Hals- und Lungencatarrhen erkranken, und dann nur vorübergehend.

Es ist erwiesen, dass Anämie Ablagerung von Tuberkeln begünstigt. Wodurch wird aber diese mehr erzeugt, wie einerseits durch die geradezu unmenschlichen geistigen Ueberanstrengungen, denen unsere Kinder von klein auf unter unserer heutigen Schuldisciplin ausgesetzt sind? Wer selbst Kinder hat, wird gleich mir die Erfahrung gemacht haben, ein frisches Kind bringt man zur Schule, und wie sehen die Kinder nach 6 wöchentlichem Schulbesuche aus? Mit Besorgniss muss sich der Sachverständige die Frage vorlegen, sollen diese in der Mehrzahl hohlhängigen, anämischen Jungen und Mädchen einst als Männer die Stützen des Staates werden? oder als dereinstige Frauen demselben gesunde und kräftige Kinder geben? Das heutige Verfahren der Schule mit den Kindern bevölkert nur die Irrenanstalten und Kirchhöfe, schafft in den meisten Fällen ein geistiges Proletariat, aber ist auch nicht in einem Punkte geistiger Leistung und Spannkraft über die Leistungen der Schule unserer Jugendzeit hinausgekommen.

In gleicher Weise wirkt in den niederen Classen das Ausnutzen der Arbeitskraft bei mangelhafter Ernährung und Schlaf. An jedem Procent

Dividende gewissenloser Actiengesellschaften heutiger Zeit hängen so und so viel in ihrer Gesundheit zerrüttete Existenzen.

Man lasse verdächtig Beanlagte nur bei dringendster Nothwendigkeit einer grösseren Operation sich unterziehen aus Besorgniss für die ev. Tuberkel erzeugende Eiterung. Als Curiosum möchte ich hier anführen, dass unsere Altvordern die Operation der Mastdarmfistel als einen Hauptgrund für Entstehen der Phthise betrachteten.

Kinder, welche in der Jugend häufig Halsentzündungen und Halsdrüsenanschwellungen zu bestehen haben, werden leicht phthisisch. Man hat bei solchen die Exstirpation der Mandeln angerathen; nach dieser Operation sollen sogar die Zeichen der Scrophulose verschwinden. Strassmann glaubt, da man in vielen exstirpirten Mandeln Bacillenherde nachgewiesen hat, dass die Phthise von den Mandeln aus entstehe und durch den Speichel dem Körper übermittelt werde.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Neue Untersuchungen über den Einfluss der Schädelform auf einige topographisch wichtige Verhältnisse am Schläfenbein. Von O. Körner (Frankfurt). (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. XIX, 4.)

Diese neuen, an 29 Schädeln angestellten Untersuchungen ergaben genau dieselben Resultate, welche der Autor in seiner ersten diesbezüglichen Arbeit (Zeitschrift für Ohrenheilk. XVI, 2 u. 3 — Ref. in dieser Monatsschrift 1888, pag. 295) mitgetheilt hat. Besonders hervorzuheben dürfte die Bemerkung K.'s sein, dass er seinen Vorschlag, bei Eröffnung des Warzenfortsatzes die Operationsöffnung weit nach vorne anzulegen, womöglich vor die Ansatzlinie der Muschel, auch jetzt noch, trotz andererseits erhobener Bedenken, aufrecht erhält; die Befürchtung, dass die zurückbleibende Knochensubstanz der hinteren Gehörgangswand sehr dünn werde, was für die Heilung nachtheilig sein könne, habe er nicht bestätigt gefunden.

Keller.

Ein seltener Fall von Acousticus-Reflexen. Von Prof. Steinbrügge. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XIX, 4.)

Bei einem 45jährigen, hysterischen Manne traten seit 15 Jahren (in Folge heftigen Schreckens) beim Hören von Instrumentalmusik, nie dagegen durch Geräusche, eigenthümliche Krampfanfälle im Gebiete des Vagus und Hypoglossus auf, zu Beginn Kältegefühl, bald darauf sehr beschleunigte Athmung (60 Respir. in $\frac{1}{4}$ Minute), dann kurz dauernde Apnoe, unregelmässiges Athmen, Gähnen; Sprache fehlt während des Anfalls, stellt sich erst allmählig wieder ein. Bewusstsein frei, Pupillenreaction normal. In beiden Ohren Residuen alter Otorrhoeen, beträchtlich herabgesetzte Hörschärfe; subjective Geräusche fehlen; Hyperaesthesia des Acusticus mittelst des galvanischen Stroms zur Zeit nicht nachweislich. — Der Kranke wurde durch einmaliges Hypnotisiren von seinen Anfällen geheilt.

Verf. glaubt diesen Fall zu Gunsten der bis in die letzte Zeit allgemein gültig gewesenen Anschauung von der differentiellen peripheren Perceptionsstelle für Töne (Schnecke) und Geräusche (Vorhofsäckchen) deuten zu können; bekanntlich ist neuerdings (Exner, Brücke, Helmholtz) die Vermuthung ausgesprochen worden, dass auch die Geräusche in der Schnecke durch Erschütterung der Membr. basil. zur Empfindung gelangen; bei dieser Annahme aber würde es unerklärlich bleiben, weshalb die Reizung derselben Schneckenervenfasern in obigem Falle das eine Mal (durch Töne) den krankhaften Reflex auslösen sollte, das andere Mal (durch Geräusche) dagegen nicht. Keller.

Die Erkrankungen des Gehörorgans bei Masern. Von Dr. L. Blau.
(Archiv für Ohrenheilk. Band XXVII, Heft 2.)

Blau bringt 4 Tabellen mit den bisher in der Literatur vorhandenen Angaben über

- I. die Häufigkeit der Ohrerkrankungen bei Masern und Scharlach,
- II. die Häufigkeit der eitrigen Mittelohrentzündung nach Masern und Scharlach,
- III. die Häufigkeit der nervösen Schwerhörigkeit und

IV. der erworbenen Taubstummheit nach diesen zwei Infektionskrankheiten. Blau hat unter seinen 2560 Privat-Patienten 65, welche mit Sicherheit ihr Ohrenleiden auf Masern zurückführten, was einem Procentsatze von 2,5 entspricht. Davon entfielen auf

Otitis media catarrhalis acuta	12
„ „ suppurativa acuta	16
„ „ „ chronica	31
Residuen chron. entzündlicher Processe im Mittelohre	12
Otitis externa diphtheritica	1
Nervöse Schwerhörigkeit	3

Fälle. Die von Otitis media acuta catarrhalis und suppurativa waren stets im Beginne des Desquamations-Stadiums aufgetreten und betrafen ausnahmslos Kinder. Die statistische Aneinanderreihung der Symptome bei den einzelnen Krankheitsgruppen enthält viel Lesenswerthes. Sehr interessant ist es, dass Blau in den Fällen von Otitis med. catarrhalis acuta „das Trommelfell von röthlichgrauer Farbe, in Folge Durchschimmerns der stark injicirten Schleimhautplatte fand; die Cutis dagegen hatte nur wenig an dem entzündlichen Prozesse theilgenommen, daher erschien die Oberfläche der Membran noch glatt und mehr oder weniger glänzend, und waren der Hammergriff und Processus brevis zu erkennen. Niemals waren Zeichen einer erheblicheren Secret-Ansammlung in der Paukenhöhle vorhanden, welche etwa die Paracentese nothwendig gemacht hätte*).

Die acuten Fälle konnte Blau sämmtlich in Heilung überführen und

*) Ref. hat dem entgegen an der überwiegenden Mehrzahl der nach Masern aufgetretenen Fälle ein intensives Mitergriffensein der Cutis-Schichte beobachtet, so dass an der scharlachrothen, von reichlichen radiären Gefässen durchzogenen Membran selten der kurze Fortsatz, fast nie der Hammergriff sichtbar war; auch zeichneten sich gerade diese Fälle durch die Ansammlung massigen, schleimigen Exsudates aus.

mit normalem Hörvermögen entlassen; ungünstiger war das Resultat der Behandlung bei den chronischen Fällen. Den Angaben von Tobeitz**), die sich mit Blau's Erfahrungen und Auffassung voll und ganz decken, nämlich, dass es sich bei den Ohrcomplicationen der Morbillen um eine primäre exanthematische Erkrankung des Gehörorganes handle, schliesst sich der Autor an.

Gomperz.

Bericht über die im Monate April 1889 stattgehabte Versammlung norddeutscher Ohrenärzte.

Am 22. April 1889 tagte in Berlin eine Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in der Absicht, eine dauernde Vereinigung in's Leben zu rufen, ähnlich wie sie schon seit Jahren in Süddeutschland mit dem besten Erfolge besteht. Gottstein (Breslau) wurde zum Vorsitzenden gewählt, Barth (Berlin) zum Schriftführer bestimmt. Nach eingehender Berathung wurde beschlossen: Die heutige Versammlung ist eine constituirende. Jedes Jahr findet eine freie Vereinigung norddeutscher Ohrenärzte statt. Zur Theilnahme an derselben wird in Zukunft eine Aufforderung an norddeutsche Specialcollegen erlassen. Die Theiligung ausländischer Ohrenärzte wird gern gesehen, doch werden dieselben nicht officiell aufgefordert. Der Zweck der Vereinigung ist, Wissenschaft und Collegialität zu fördern. Die regelmässige Zusammenkunft findet statt zu Ostern. Als Ort wird, besonders auf Wunsch der auswärtigen Herren, Berlin bestimmt. Zur Führung der Angelegenheiten bis zur nächsten Versammlung wird ein Organisationsausschuss gewählt, bestehend aus den Herren: Berthold (Königsberg), Hartmann (Berlin), Walb (Bonn). Vorstehende Beschlüsse — sowie die nun folgenden wissenschaftlichen Verhandlungen sollen in kurzem Auszuge veröffentlicht werden.

Vorträge:

Berthold spricht „über die Heilung von veralteten Trommelfellperforationen.“

Weder eigene, noch Anderer Resultate haben ihn bisher vollständig befriedigt. Erst im letzten Jahre ist es ihm gelungen, die von ihm geübten Methoden derartig zu verbessern, dass die Hauttransplantation jetzt dieselben günstigen Resultate zur Heilung von Trommelfelllöchern, wie sonst zur Heilung von granulirenden Wundflächen an anderen Stellen des Körpers liefert. Sein Verfahren besteht im Wesentlichen darin, dass er nach Ablauf der Eiterung und nach Lösung etwaiger Verwachsungen zwischen dem Trommelfellrande und der gegenüberliegenden Paukenschleimhaut ein Stückchen Haut auf die granulirende Schleimhaut der Paukenhöhle aufsetzt, welche so genau wie möglich die Grösse der Perforation hat, und in der Dicke dem Abstände vom Perforationsrande bis zur inneren Paukenhöhlenwand gleich kommt. Die Oberfläche des Hautstückchens passt dann in den Perforationsrand so hinein, wie ein Uhrglas in den Falz seines Gehäuses. Das Gehör erlitt durch diese Art des Verschlusses in keinem Falle eine Verschlechterung, meistens erfuhr es eine mehr oder weniger grosse Verbesserung. — Statt der menschlichen

**) Die Morbillen, Archiv f. Kinderheilk. 1887, Bd. VIII, Seite 921.

Cutis hat B. in einzelnen Fällen auch die Cornea von Kaninchenaugen verwandt, doch sind diese Versuche noch nicht abgeschlossen. Froshaut erwies sich als ungeeignet. Das vorhin geschilderte Verfahren der Transplantation mit menschlicher Cutis lässt sich bei den grössten Perforationen, also auch bei fast vollständigem Verlust des ganzen Trommelfells anwenden. Bei kleineren Perforationen, die den früheren Methoden der Behandlung Widerstand leisten, wendet B. die Eihaut an, welche er täglich mit einem in Terpentin getauchten Wattebausch im Zeitraum von wenigen Minuten mehrmals hintereinander vorsichtig betupft. Die Eihaut wird dabei fast vollständig durchsichtig und gestattet so die Besichtigung des verklebten Trommelfellrandes. Man sieht, wie sich auf den Reiz des Terpentins das Trommelfell röthet, der Rand verbreitert, die Perforation verengert. Sobald der Kranke den geringsten Schmerz von dem Betupfen mit Terpentin äussert, wird damit aufgehört und das Verfahren erst nach 24 Stunden wiederholt. Durch diese mit Vorsicht ausgeführte Reizung des Trommelfellrandes kommt es dann je nach Grösse der Perforation in einigen Wochen zur vollständigen Heilung. Nach derselben wird das Eihäutchen abgestossen.

Walb spricht „über die Pars ossea der externen Paukenhöhlenwand und die hohe Bedeutung der sich dort abspielenden Veränderungen für die clinische Diagnose.“

Bisher wurde stets nur das Trommelfellbild und der Trommelfellbefund für die Diagnose verworthen. Walb hält dies nur für einen Bruchtheil chronischer Fälle für genügend, während für alle acuten und auch viele chronische der Befund an der oberhalb des Trommelfells gelegenen Pars ossea hinzukommen muss. Diese Pars ossea setzt sich zusammen: seitlich aus dem Margo tympanicus, der an der oberen Hälfte des Trommelfells aus dem Rahmen der Gehörgangswände immer mehr herauspringt und zu einem verschieden breiten Halbmondabschnitt sich gestaltet. Die Lücke zwischen den beiden Margines tympanici wird von einer dünnen Knochenplatte ausgefüllt, welche vom Schuppentheil des Schläfenbeines stammt und mit dem Margo tympanicus sich zu einem vollkommenen Halbmond gestalten würde, wenn nicht dieselbe nach unten zur Aufnahme der Pars flaccida den Rivini'schen Ausschnitt zeigte. Um letzteren ist der Halbmond in der Mitte verschmälert. Dieser knöcherne Theil der externen Paukenhöhlenwand vermittelt erst den Ansatz des Trommelfells an die obere Gehörgangswand und verdient seiner Wichtigkeit wegen mit einem besonderen Namen belegt zu werden. — Bei allen acuten Entzündungen des Trommelfells und der Paukenhöhle zeigen sich die entzündlichen Erscheinungen an der Pars ossea früher, als weiter abwärts. Es hat dies einen sehr natürlichen Grund, indem die Trommelfellgefässe in einem von oben her kommenden Zwickel liegen und naturgemäss in den gröberen Aesten höher oben sich früher Injection und daran anschliessende Schwellung zeigen muss, als weiter abwärts, wo die feineren Verzweigungen sich befinden. Nimmt man hier nur das Trommelfellbild, so giebt man oft nur den kleineren Theil der Veränderungen wieder. Die differenzielle Diagnose zwischen einer sich hier abspielenden Otitis externa oder momentalen Reizungsröthe giebt die weitere Untersuchung, insbesondere die Auscultation. Noch wichtiger für die Diagnose werden nun diese Verhältnisse, wenn ein Ohr von einer

acuten Entzündung des Trommelfells oder der Paukenhöhle befallen wird, an dem sich bereits früher einmal ein entzündlicher Prozess abgespielt hat. Dann ist häufig Verwachsung der Pars flaccida mit dem Hammerhals sowie sehr straffe Faltenbildung, vom kleinen Fortsatz ausgehend, zurückgeblieben. In solchen Fällen können sich Injection und Schwellung gar nicht am Trommelfell entwickeln, da die Gefässe in der an der Pars flaccida liegenden Narbe verödet oder sehr verkleinert sind. Hier zeigen sich dann Injection und Schwellung nur an der Pars ossea, oft von hier aus seitlich das Trommelfell umgebend, ohne auf das Terrain desselben überzugehen. Dabei ist sonst das vollkommene Bild der Otitis media acuta entwickelt: beständige, heftige Schmerzen, Fieber etc. Man wundert sich, mit dem Spiegel nicht mehr entdecken zu können, denkt an eine beginnende Otitis externa, und erst die Untersuchung der Paukenhöhle giebt Aufschluss, indem man durch die Punction des Trommelfells massenhaftes seröses Exsudat entleert, und dann die Erscheinungen sofort nachlassen. — Wenn das bisher Gesagte sich hauptsächlich auf die Cutis dieses Theils bezog, so spielt auch die Pars ossea selbst eine sehr wichtige Rolle in allen Fällen von sogen. Perforation der Membrana flaccida, da diese fast stets mit Caries der Pars ossea verbunden sind. Hier findet man oft grosse, zackige Defecte, die bis an die obere Gehörgangswand reichen und durch welche der ganze Kuppelraum der Paukenhöhle frei zu Tage liegt. Walb beobachtete mehrmals, dass bei vollkommenem Defect der Pars flaccida der Hammerkopf noch ganz intact frei lag. — Es muss ferner daran erinnert werden, dass die Pars ossea sehr häufig der Sitz von Exostosenbildung ist, indem man an der knöchernen Umrandung des Trommelfells oben oft mehrere derselben findet, mit oder auch ohne eine gleiche Entwicklung im Gehörgang vor dem Trommelfell, meist hier in Form zweier sich gegenüberliegenden Halbkugeln. Walb schlägt zum Schluss vor, nicht mehr, wie bisher, bloß den Trommelfellbefund nach dem bekannten, von Politzer herrührenden Schema zu zeichnen, sondern ein Schema zu construiren, in welches die ganze externe Paukenhöhlenwand hineinpasst.

Hartmann stellt eine Patientin vor, bei welcher eine vollständige Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand bestanden hatte und durch die Operation eine seit 10 Monaten bestehende künstliche Oeffnung hergestellt worden war. Der Verwachsung lag eine syphilitische Infection zu Grunde. Die Bewegungen des Gaumens hatten nur geringe Störung erfahren, so dass die Sprache vollständig rein geblieben war und sogar die Resonanten ohne wesentliche Beeinträchtigung hervorgebracht werden konnten. Die Operation erfolgte durch Ablösung an der Verwachsungsstelle und Umsäumung der Ränder durch die Naht. Das Einlegen von festen Körpern zur Verhütung einer Wiederverwachsung wurde nicht vertragen. Trotzdem erfolgte die Heilung in der Weise, dass eine genügende Oeffnung bestehen blieb, um die Respirationsluft durchtreten und die Entfernung der Secrete in der Nase durch Ausschnauben gelingen zu lassen.

Derselbe berichtet sodann über einen Versuch zur Herstellung einer künstlichen Oeffnung bei angeborenem Verschluss des äusseren Gehörganges: Der Fall betraf einen 20jährigen Patienten, bei welchem die Ohrmuschel gut entwickelt war, indem die Cymba,

Tragus und Antitragus vorhanden waren, nur der Helix fehlte. Das Vorhandensein von Hörvermögen konnte besonders durch die Stimmgabelprüfung festgestellt werden. Beim Catheterismus konnte durch die Auscultation auf der Oberfläche des Warzenfortsatzes ein kräftig eintretender Luftstrom gehört werden. Um über das Vorhandensein des äusseren Gehörganges Aufschluss zu gewinnen, wurde nach der zur Entfernung von Fremdkörpern üblichen Weise die Ohrmuschel nach vorn abgelöst und mit Hilfe des Raspatoriums in die Tiefe gedrunken. Es zeigte sich nun, dass die Pars tympanica vollständig fehlte und der Gelenkkopf des Unterkiefers auf der vorderen Fläche des Warzentheils auflag. Eingeführte Wattetampons wurden bei Verschluss der Mundspalte an die hintere Wand angedrückt und konnten erst nach Oeffnen des Mundes wieder entfernt werden. Die hergestellte Wunde wurde vernäht und heilte per primam intentionem. — Aus der gemachten Erfahrung glaubt der Vtr. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1) dass es bei angeborenem Fehlen der Gehörgangsmündung unstatthaft ist, an der Stelle, wo derselbe liegen sollte, operative Eingriffe vorzunehmen wegen der Gefahr einer Verletzung des Kiefergelenks; 2) das Vorhandensein oder Fehlen des knöchernen Gehörganges kann am sichersten und ungefährlichsten festgestellt werden durch Ablösung der Ohrmuschel in der zur Entfernung von Fremdkörpern üblichen Weise.

Barth zeigt 2 Präparate vom inneren Ohr und stellt einige Separatabzüge zur Verfügung, in welchen die einfache und leichte Darstellungsweise näher beschrieben ist. Es handelt sich um durchsichtige Celloidinansgüsse des Labyrinthes mit vollständiger Erhaltung der Weichtheile. — Ausserdem legt Barth zwei neue, nach eigener Angabe angefertigte Instrumente vor: a) einen Gaumenhalter, eine zweckmässige Modification des Gaumenhakens von Hartmann und desjenigen von Krause; b) einen Sperrhaken zum Auseinanderhalten der Weichtheile bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Man erspart durch denselben wenigstens einen Assistenten, die Blutung stillt sich leichter u. s. w. Der eingelegte und auseinandergeschraubte Haken hält zu gleicher Zeit die Ohrmuschel nach vorn. — Die Instrumente sind angefertigt bei Détert in Berlin.

Hansberg zeigt den Schädel eines erwachsenen Individuums, bei dem ein Frontalschnitt durch die Nasenhöhlen gelegt ist. Die hochgradig verkleinerten Highmorshöhlen zeigen sich beiderseits erkrankt. Die linke, kaum von der Grösse einer kleinen Haselnuss, ist bis auf ein kleines Lumen von höchstens 2 Mmtr. mit einer gelblichen, sulzigen Masse ausgefüllt, die sich in geringerem Grade auch in dem rechten Sinus findet. Bei der Gewinnung des Präparates waren beide Oberkieferhöhlen mit Eiter gefüllt. H. weist nach, dass hier die Erkrankung beiderseits von der Nasenhöhle ihren Ursprung genommen haben muss, trotz vorliegender, normaler Nasenschleimhaut, und betont die Schwierigkeiten, die bei Anbohrung vom Alveolarfortsatze oder der Fossa canina aus entstanden wären. — An drei anderen vorgelegten Präparaten, ebenfalls Frontalschnitte durch die Nasenhöhlen vorstellend, ist die Verschiedenheit in der Grösse der Highmorshöhlen besonders gut zu sehen. — Weiter demonstriert Hansberg ein von einem Rechtsanwalt Rettich in Saarbrücken angegebenes Hörrohr, mit dem in der Hartmann'schen Poli-

linik Versuche an Schwerhörigen angestellt wurden. Der Apparat besteht aus einem parabolisch geformten Trichter von Metall, einer Leitungsröhre mit Ansatzstück, und enthält an der Aussenöffnung des Paraboloids eine mittelst einer Schraube regulirbare Dämpfungsvorrichtung, die die störende Resonanz abschwächen soll. — Unter 8 Schwerhörigen, bei welchen das Rettich'sche Hörrohr geprüft wurde, konnte nur in zwei Fällen ein besseres Resultat erzielt werden, als mit den sonst gebräuchlichen Hörrohren. Einer allgemeinen Verwendung steht die Grösse des Instrumentes und der hohe Preis im Wege.

Noltenius demonstrirt an der Hand von 22 wohl ausgebildeten, horizontal durchschnittenen Felsenbeinen aus der Hartmann'schen Sammlung das gegenseitige Lageverhältniss zwischen der Spina supra meatum und einem Punkte, der 1 Ctm. hinter der Spina gelegen ist und etwa der Gegend entspricht, in welcher der Meissel behufs Eröffnung des Antrum mastoideum eindringt einerseits, und dem Canalis facialis und dem nächst gelegenen Canalis semicircularis andererseits. Die Durchschnittsmaasse betragen: 1) von der Spina zum Canalis facialis 15,5 Mmtr., 2) von der Spina zum Canalis semicircularis 16,5 Mmtr., 3) von dem Eröffnungspunct zum Canalis facialis 22 Mmtr., 4) von dem Eröffnungspunct zum Canalis semicircularis 22 Mmtr. In den einzelnen Rubriken schwanken die Werthe 1) zwischen 11 und 18 Mmtr.; 2) 13 und 20,5 Mmtr.; 3) 18 und 25 Mmtr.; 4) 17 und 25,5 Mmtr. Daraus ergiebt sich, dass bei Gelegenheit einer Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bereits in der Tiefe von weniger, als 20 Mmtr., functionswichtige Organe verletzt werden können.

Truckenbrod demonstrirt einen Rhinolithen, bei dem in selten schöner Weise die Bildung desselben um den Fremdkörper (Stiefelknopf?) zu erkennen war, und der 15 Jahre in der Nase verweilt hatte. Ferner legt derselbe einen Speichelstein aus der Glandula sublingualis vor. Im Anschluss hieran zeigt Hartmann einen ähnlichen Rhinolithen, der den unteren und mittleren Nasengang ausgefüllt hatte. In demselben befindet sich ein einem Johannisbrodkern entsprechender Hohlraum. Barth.

b) Pharyngo-laryngologische:

Lähmung des seitlichen Adductormuskels des Kehlkopfes mit einem einzig dastehenden Fall. (Paralysis of the lateral adductor muscle of the larynx with unique case.) Von Frank Donaldson, M. D. (New-York med. Journ. 12. Februar 1887.)

Verf. erzählt zunächst den Fall: ein dreiundfünfzig Jahre alter Landmann, sonst immer gesund, hatte heftige Schmerzen hinter dem rechten Ohr gehabt, an welche sich Taubheit und Stimmverlust anschlossen. Die Untersuchung ergab äusserste Auswärtsstellung des linken Stimmbandes; Aryknorpel gesund; Behandlung erfolglos. Verf. glaubt aus diesen Symptomen auf eine cerebrale Erkrankung schliessen zu müssen.

Im Anschluss daran bespricht er die Abductorenlähmungsfrage, die Ansichten von Semon und Krause. Er entscheidet sich entgegen seinen früheren Ansichten für Semon, da seine Untersuchungen ihm gezeigt haben, dass der Abductor zwar auf geringere Reize schon antwortet, allein auch früher abstirbt, als die Adductoren. (Siehe das folgende Referat.)

Dr. M. Schm.

Weitere Untersuchungen über die Physiologie des Nervus recurrens.

(Further researches upon the physiology of the recurrent laryngeal nerve.) Von Frank Donaldson, M. D., Baltimore. (New-York med. Journ., 6 u. 13. Aug. 1887.)

Nach früheren Untersuchungen hatte Verf. die Sätze aufgestellt, dass schwache Reizung des Recurrens Zusammenziehung der Erweiterer ergibt, die bei wachsender Verstärkung des Reizes in Zusammenziehung der Verengerer übergeht, unabhängig von der grösseren oder geringeren Tiefe der Betäubung oder dem Verluste des Bewusstseins; was Hooper behauptet hatte. Letzterer hatte den Satz aufgestellt, dass bei ganz tiefer Betäubung Reizung des Recurrens Abductorcontraction hervorruft, je mehr das Bewusstsein nach Aufhören der Narcose wiederkehre, desto mehr reagiren die Verengerer auf den gleichen Reiz; mit anderen Worten, die Glottis hat die Tendenz offen zu stehen, wenn nicht der Wille mitspielt, alsdann bringt Reizung der Nerven Glottisschluss hervor. Er weist Hooper nach, dass er nicht richtig beobachtete, da er dieselben Resultate erzielte, ob der Nerv durchschnitten und das periphere Ende gereizt wurde oder der Nerv ganz war; im ersteren Falle sei doch jedenfalls das Bewusstsein für den Kehlkopf ausgeschaltet gewesen; dann habe er den Einfluss des Aethers nicht beachtet; nach seinen Versuchen müsse dieser entweder auf die peripheren Nervenenden oder auf die Muskeln wirken (Semon und Horsley). Verf. beschreibt dann die Art, wie er die Ab- und Adduction graphisch darstellte und zieht aus seinen neuen Versuchen folgende Schlüsse:

- 1) Abduction kann auch ohne Aether erhalten werden.
- 2) Abduction folgte auf schwächere, Adduction auf stärkere Reize.
- 3) Es zeigten sich keinerlei Abänderungen in Bezug auf die Ergebnisse. Nach dem Tode verschwand die Abduction allmählig, an ihre Stelle trat Adduction. Dies beweist, dass die an sich reizbaren Abductoren zuerst absterben.

Es sei ja auch recht zweckmässig, dass die Abductoren auf schwächere Reize schon antworten in Anbetracht der Wichtigkeit ihrer Function für das Leben.

Dr. M. Schm.

Spasmus glossolabialis auf einer Seite bei Hysterie. Diagnose zwischen herdartiger Lähmung und hysterischer Lähmung.

(Spasme glossolabie unilatérale chez les hystériques. Diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique.) Von Professor Charcot. (Semaine médicale, Februar 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Die von einem Blutcoagulium herrührende, d. h. die herdartige Lähmung, kann mit einseitiger hysterischer Lähmung verwechselt werden und auch umgekehrt. Bei hysterischer Lähmung besteht nie Lähmung des Facialis; die Deviation des Gesichtes bei Hysterie kommt ganz einfach von einem Krampfe der Zunge und der Lippe, welcher Krampf auf derselben Seite oder auf der andern Seite, wie die Lähmung sein kann. Bei einiger Übung kann man leicht den Effect einer Facialislähmung von einem Krampf der Zunge und der Lippen, wie er bei Hysterischen vorkommt, unterscheiden; die Differentialdiagnose ist von Wichtigkeit.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Chorea des Larynx. (Deux cas de chorée du larynx.)
Von Dr. Masucci. (Arch. itali di laringol., Avril 1886 und Annales des
maladies du larynx No. 5, 1887.)

Die charakteristischen, von einem eigenthümlichen Ton begleiteten
Hustenstösse hören während des Schlafens auf, um beim Erwachen
wieder anzufangen; der Larynx ist dabei normal. Massei und Schrötter
haben zuerst die Krankheit beschrieben, letzterer gab ihr den Namen
„Chorea“. Verf. wandte die Brompräparate und die Einblasungen von
Morphium vergebens an; nur der faradische Strom an der vorderen
äusseren Halsseite half.

Dr. P. K.

Recidivirende Blutung aus dem linken Stimmbande. (Un cas d'hé-
morrhagie à répétition de la corde vocale gauche.) Von Dr. C. E.
Beach. (N.-Y. medic. Journal, September 1887 und Revue mensuelle de
laryngologie No. 3, 1888.)

Aphonie nach einem starken Hustenanfall; beide Stimmbänder ent-
zündet. Patient wurde geheilt; aber nach 3 Monaten traten nach einer
Anstrengung Aphonie und Blutung am linken Stimmbande ein. Diese
Anfälle wiederholten sich noch mehrere Male.

Dr. P. K.

Erkrankungen der Articulatio cricoarytenoidea. (Maladies de l'ar-
ticulation cricoaryténoïdienne.) Von Dr. George Mayer. (N.-Y.
med. Journal, September 1887 und Revue mens. de laryng. No. 3, 1888.)

Sehr häufig bei Syphilis und Larynxphthise, kommen die Erkrankun-
gen des Cricoarytenoidalgelenkes öfters bei Traumen und sonstigen
Entzündungen vor und endigen dann meist durch Ancylose. Eine Luxation
des Gelenkes kann bei heftigem Verschlucken vorkommen; idiopathische
Luxation ist im Uebrigen selten. Die Entzündung wird am häufigsten
bei Gicht und Rheumatismus, seltener bei Amygdalitis, Masern, Schar-
lach beobachtet.

Dr. P. K.

**Verengung des Kehlkopfes mit ausgedehnten Vernarbungen in
Folge von Tuberkelgeschwüren.** (Stricture of the larynx with
extensive cicatrisation from ulcerative tuberculosis.) Von S.
Solis-Cohen, Philadelphia. (Amer. Journal of med. Sciences, December 1888.)

Bei einem 45 Jahre alten Manne fand Verf. grosse Narben im
Schlunde und am Kehlkopfe den Kehldeckel zerstört, vernarbt, die Taschen-
bänder zum grossen Theil verwachsen; er hielt es für angeborene Syphilis;
die bei den Erweiterungsversuchen gelösten Theilchen ergaben Tuberkel-
bacillen. Pat. starb an Phthise.

Dr. M. Schm.

Congenitale Larynxverengung. (Un cas de rétrécissement congé-
nital du larynx) Von DDr. Emile Léwy und Etienne. (Revue méd.
de l'Est, August 1887 und Revue mens. de laryngol. No. 3, 1888)

Ein 17 Monate altes Kind hat Larynxpfeifen beim Inspirium und
beim Expirium; täglich 4—5 einige Secunden andauernde Erstickungs-
anfälle; Stimme wenig verändert; laryngoscopische Untersuchung unmög-
lich; Brust normal. Das Kind stirbt suffocatorisch; als Todesursache
fand man Oedem der Plicae aryepiglotticae; die fortwährende, während
des Lebens bestehende Dyspnoe war bedingt durch die Enge der Glottis,

welche wieder durch das Verkleben beider Aryknorpel bedingt war; also bestand keine sogenannte Glottis respiratoria und dabei war die Glottis vocalis abnorm klein. Es bestand also congenitale Entwicklungshemmung.

Dr. P. K.

Extraction einer Muschel aus dem Larynx mittelst Tracheotomie. (Coquillage enlevé du larynx après la trachéotomie.) Von Dr. Thompson. (The Journal of the Americ. med. Association, October 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Ein 16jähriger Knabe hatte eine Muschel im Munde und inspirirte selbe in den Larynx. Hustenanfall, Blutspeien, Aphonie, Dyspnoe. Die Tracheotomie wurde gemacht; der durch die Wunde eingeführte Finger fühlte die Muschel in der Gegend des linken Taschenbandes; mittelst einer Zange wurde sie freigelegt und mit den Fingern aus dem Munde entfernt.

Dr. P. K.

Bronchialdrüsenerkrankung. Perforation der Speiseröhre und der Trachea. Septicämie der Eingeweide. Entzündung beider unteren Lungenlappen. (Adéno-pathie trachéo-cervicobronchique. Perforation de l'oesophage et de la trachée. Septicémie intestinale. Pneumonie grise dans les lobes inférieures des deux poumons.) Von Dr. Hanot. (Archives générales de médecine, September 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Ein 22jähriger Mann litt an Bronchialdrüsenerkrankung. Der Titel giebt den Sectionsbefund.

Dr. P. K.

Ein Fall von Knochenbildung in der Schleimhaut der Trachea und der grossen Bronchien. Von Dr. Rudolf Heymann, Assistent am patholog.-anatom. Institut in Erlangen. (Virchow's Archiv, Band 116, Heft 2, 1889, Seite 329.)

Da sich in der Literatur nur wenige Fälle von Knochenbildung in der Schleimhaut der grossen Luftwege verzeichnet finden, so referiren wir über diesen seltenen Fall etwas ausführlicher.

Es handelt sich um eine 60jährige Bauersfrau Sch., die am 14. December 1888 zur Section kam.

Die klinische Diagnose lautete: Verdickung der Schleimhaut unterhalb der Stimmbänder; Tracheotomie; Thyreotomie; Mors subitanea.

Leichendiagnose: Glottisoedem, Perichondritis der Hinterseite des Ringknorpels mit Perforation in den Oesophagus. Theilweise Necrose des Ringknorpels. Hochgradige Verknöcherung der Kehlkopfknorpel. Submucöse Infiltrate in den Sinus pyriformes, sowie in der Rachenschleimhaut. 2 Operationswunden an Kehlkopf und Luftröhre. Chronisch-entzündliche Veränderungen mit Bildung von Knochenplättchen in der Schleimhaut der Trachea und der grossen Bronchien. Schwellung der Tracheal- und Bronchialdrüsen. Indurationsherde beider Lungenspitzen, sowie des rechten oberen und mittleren Lungenlappens. Leichte Altersatrophie und Altersemphysem der Lungen. Residuen von Pleuritis. Ecchymosen der Pleura. Abnormer Ursprung der grossen Halsarterien. — Schnürleber. Atrophie der Milz. Hyperämie der rechten Niere, Retentionscyste der linken Niere. Atrophie der Genitalien. Partielle Hyperämie der Darmschleimhaut.

In der Trachea befindet sich eine reichliche Menge zähen, mit gelblichen Flocken untermischten Schleimes. Die Schleimhaut ist im Ganzen sehr blass. Von ungefähr 4 Ctm. unterhalb des unteren Randes des Ringknorpels beginnend, bis herab zur Bifurcation, und von da sich noch ein Stück in die beiden Bronchien hinein erstreckend, zeigt sie eine reibisenartig rauhe Beschaffenheit und erscheint hier gleichzeitig etwas stärker injicirt, als in den übrigen Abschnitten. Die Rauheiten finden sich sowohl an der vorderen, als auch an der hinteren Wand, doch sind sie vorn etwas zahlreicher und daher dichter gestellt. Die Vorsprünge stellen knochenharte, zum Theil isolirte und dann bis stecknadelkopfgrosse, entweder rundliche oder mehr pyramidale Höcker dar; zum Theil aber confluren sie auch zu kammartigen Leisten oder zeigen unregelmässig verzweigte Gestalt. Sie liegen theils über den Knorpelringen, zum grösseren Theil aber über den Zwischenräumen zwischen 2 Knorpelringen und scheinen, auch wo sie über den Knorpelringen selbst liegen, nicht mit diesen zusammenzuhängen. Die Prominenzen erheben sich etwa 1—2 Mm. über das Niveau der Schleimhaut. Die Schleimhaut zieht, zwar stark verdünnt, zum grössten Theil noch über die Höcker hinweg; nur an einzelnen Stellen finden sich schwache Substanzverluste über den Höckern. An einer Stelle sieht man eine circa 5 Mm. lange und 2 Mm. breite, derbe, papierdünne, weisse Knochenlamelle, deren Oberfläche von Schleimhaut ganz entblösst erscheint. Das Knochenplättchen ist nur noch an seinen schmalen Seiten durch lockere, bandartige Streifen mit der Schleimhaut verbunden. Die reibisenartige Rauigkeit erstreckt sich, wie erwähnt, auch noch in die grossen Bronchien hinein, und zwar rechts ungefähr 1,5 Ctm. weit, während sich links, besonders an der hinteren Fläche, solche Vorsprünge bis zu der Stelle finden, wo die Theilung in die Bronchien II. Ordnung erfolgt.

Ein Stück der höckrigen Trachealwand wurde, um es zu entkalken, in eine 4 procentige Salpetersäurelösung gethan und nach der Entkalkung in Alcohol gehärtet. Die Untersuchung senkrecht zur Schleimhautoberfläche geführter Microtomschnitte zeigte nun, dass die Hervorragungen durch die Einlagerung echten Knochengewebes in die Schleimhaut bedingt sind. Der Knochen zeigt überall einen exquisiten lamellosen Bau und zahlreiche, regelmässig gelagerte Knochenkörperchen. An den dickeren Knochenplatten sind deutliche Havers'sche Lamellensysteme vorhanden, ausserdem aber auch ziemlich weite, von Fettgewebe erfüllte Markräume. Bei der grossen Mehrzahl der durchmusterten Präparate besteht kein Zusammenhang zwischen den Knocheinlagerungen und den in jeder Beziehung normal erscheinenden Knorpelringen. Nur bei einigen Präparaten erhielt man den Eindruck, als ob das Perichondrium in Wucherung gerathen sei.

Was die Deutung des Falles betrifft, möge man das Theoretisiren im Originale nachlesen.

In der Literatur findet sich fast kein einziger so exquisiter Fall; einigermaassen ähnliche Fälle sind von Eppinger, Steudener, Wilks, Chiari und Solis Cohen beschrieben. Ueber Kalkablagerungen in der Schleimhaut der Trachea bei manchen Kropfstenosen berichtet Demme.

In diesem sehr seltenen und interessanten Falle ist nun auch be-

sonders interessant und hervorzuheben, dass die klinische Diagnose keine Ahnung davon hatte, dass hier in der Trachealwand Knocheneinlagerungen vorhanden waren, denn es heisst oben bei der klinischen Diagnose nur einfach: „Verdickung der Schleimhaut unterhalb der Stimmbänder“. Es ist dies auch ganz erklärlich, denn der Kehlkopfspiegel kann bei der Beleuchtung von oben, d. i. vom Munde aus, auch gar nichts Anderes ergeben und entdecken, als eben nur eine Verdickung.

Hier würde nun die von mir eingeführte **Durchleuchtung** der Trachea resp. des Kehlkopfes die trefflichsten Resultate geliefert haben; mindestens würde sie gezeigt haben, dass Einlagerungen in das Gewebe der Trachea stattgefunden haben. Wieder ein pathologischer Vorgang, der die Laryngoscopiker antreiben muss, die Durchleuchtung zu cultiviren! Cf. „Ueber die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers“ von Prof. Dr. Voltolini in No. 48 und 49, 1888, der Internationalen klinischen Rundschau; Allgem. Wiener med. Zeitung No. 47 und 48, 1888; diese Monatsschrift No. 11, 1888 —, No. 2, 1889 —, No. 5, 1889. Voltolini.

Inhalt.

I. Originalien: Favitzsky: Ueber Laryngitis haemorrhagica. — Ringk: Allgemeines über Kehlkopftuberculose und der jetzige Stand ihrer Behandlung. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Körner: Neue Untersuchungen über den Einfluss der Schädelform auf einige topographisch wichtige Verhältnisse am Schläfenbein. — Steinbrügge: Ein seltener Fall von Acusticus-Reflexen. — Blau: Die Erkrankungen des Gehörorgans bei Masern. — Bericht über die im Monate April 1889 stattgehabte Versammlung norddeutscher Ohrenärzte. — b) Pharyngo-laryngologische: Donaldson: Lähmung des seitlichen Adductormuskels des Kehlkopfes mit einem einzig dastehenden Fall. — Donaldson: Weitere Untersuchungen über die Physiologie des Nervus recurrens. — Charcot: Spasmus glossolabialis auf einer Seite bei Hysterie. Diagnose zwischen herdartiger Lähmung und hysterischer Lähmung. — Masucci: Zwei Fälle von Chorea des Larynx. — Beach: Recidivirende Blutung aus dem linken Stimmbande. — Mayer: Erkrankungen der Articulatio cricoarytenoidea. — Solis-Cohen: Verengerung des Kehlkopfes mit ausgedehnten Vernarbungen in Folge von Tuberkelgeschwüren. — Léwy und Etienne: Congenitale Larynxverengerung. — Thompson: Extraction einer Muschel aus dem Larynx mittelst Tracheotomie. — Hanot: Bronchialdrüsenkrankung, Perforation der Speiseröhre und der Trachea. Septicämie der Eingeweide. Entzündung beider unteren Lungenlappen. — Heymann: Ein Fall von Knochenbildung in der Schleimhaut der Trachea und der grossen Bronchien.

Zur gefälligen Beachtung!

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt Klage geführt worden, dass die Correcturen mangelhaft besorgt würden. Da die Monatsschrift in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit Original-Arbeiten versehen wird, so könnten Wochen vergehen, ehe die Correcturen von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze recht klar und deutlich zu schreiben, am besten von leserlicher Hand abschreiben zu lassen, dann kann die Correctur von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I. Freyung 7, und **pharyngo-laryngologische** nur an Herrn Prof. Dr. Voltolini in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Sacht-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. M. **Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E. v. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien
und

Dr. R. VOLTOLINI
Professor
an der Universität
Breslau

Dr. WEBER-LIEL
Professor der Ohrenheilkunde in Bonn.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, Juli 1889.

No. 7.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Beratern etc. für die Monatschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

I. Originalien.

Aus der Klinik des Herrn Prof. Dr. J. Gruber.

Drei Fälle spontaner Schrumpfung von Ohrpolypen.

Von

Dr. B. Gomperz,

Assistenten der k. k. Universitätsklinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

(Der Redaction eingesendet am 16. Juli 1889.)

Vor Kurzem hatte ich Gelegenheit, mehrere Fälle von spontaner Schrumpfung ausgebildeter Polypen, die theils in der Paukenhöhle, theils am Trommelfelle ihren Ursprung hatten, genau zu verfolgen. Abgesehen von der grossen Seltenheit solcher Beobachtungen, gebührt ihnen auch ein practisches Interesse insofern, als sie auf die Behandlung der Ohrpolypen Einfluss nehmen könnten. Die Thatsache, dass Polypen durch Verschrumpfung heilen können, soll schon Kramer (citirt von Moos¹⁾) bekannt gewesen sein. Ich konnte jedoch in den mir zugänglichen Werken jenes Autors²⁾ einen Fall von wirklicher Schrumpfung nicht

¹⁾ Klinik der Ohrenkrankheiten.

²⁾ Kramer: Erfahrungen über die Kenntniss und Heilung der linken Schwerhörigkeit. Berlin 1833. — Erkenntniss und Heilung der Ohrenkrankheiten. Berlin 1836. — Handbuch der Ohrenheilkunde. Berlin 1867.

auffinden, sondern nur vom Collabiren sackartiger Polypen beim Ausspritzen. v. Tröltsch³⁾ erwähnt, er habe einige Male im Gehörgange, nahe am Trommelfelle, in Folge eines acuten Catarrhes mit Perforation eine zapfenförmige Granulation entstehen sehen, die bald verschwand, nachdem das Ohr reingehalten wurde. v. Tröltsch dürfte es hier mit den von Politzer als zitzenförmige Elevationen beschriebenen Formen zu thun gehabt haben, die bei Durchspülungen der Paukenhöhle sehr hübsch zurückgehen, deren Wucherungen sich mir aber bei der microscopischen Untersuchung als aus epithellosem Granulationsgewebe bestehend erwiesen.

Es ist daher unrichtig, dass sich Autoren auf v. Tröltsch beziehen, wenn sie die Schrumpfung von Polypen besprechen.

Urbantschitsch⁴⁾ erzählt von einem Falle, wo ein hartnäckig recidivirender Polyp der inneren Paukenwand in Folge einer heftigen Angina, die eine bedeutende Anaemie des Patienten hervorgerufen hatte, spontan zur Heilung kam. U. bezieht diese auf die durch Anaemie eingetretene Verödung der Gefässe, theilt jedoch Nichts über Form und Grösse der Neubildung mit.

Gruber⁵⁾ erwähnt, dass nicht selten Polypen, welche trotz der gelungensten Operation immer wieder recidivirten, ganz von selbst schwinden, wenn es gelungen ist, die sie begleitende Entzündung zu heilen, während Politzer⁶⁾ sich dahin ausspricht, dass Heilung durch spontane Schrumpfung äusserst selten vorkomme.

Wie wenig dieser Vorgang überhaupt bekannt ist, zeigen übrigens auch die Bemerkungen von Schwartz⁷⁾: „Eine spontane Heilung von gestielten Ohrpolypen durch Verschrumpfung derselben kommt nicht vor“ und von Schwabach⁸⁾: „Eine spontane Heilung (der Ohrpolypen) kommt nicht vor.“

Im Hinblick auf diese widersprechenden Ansichten erscheint es mir geboten, meine Fälle bekannt zu geben, um so mehr, als ich in der Lage war, von ihnen auch Material zur histologischen Untersuchung zu gewinnen.

Fall I. betrifft den am 8. November 1888 in die Klinik aufgenommenen 15jährigen Carl Fabian, Zeichnerssohn aus Penzing.

Dieser Krankengeschichte sind die zwar nicht künstlerisch ausgeführten, aber leicht verständlichen Zeichnungen beigegeben, wie ich sie bei Führung der klinischen Protocolle in den Text einzufügen pflege.

Die zweite Mutter des Pat. weiss nur anzugeben, dass der Knabe seit Kindheit an Otorrhoe beiderseits leidet.

Status praesens: Gehörgang rechts mit Eiter erfüllt, nach dessen Ausspritzung zeigt er sich verlegt durch einen scheinbar mehr als erbsengrossen, himbeerrothen, glatten, leicht beweglichen Polypen. Laut tickende Uhr 25 Ctm. (normal 4 Mtr.), beim P. V. undeutliches Perforationsgeräusch. Links zeigt sich nach dem Ausspritzen reichlicher, zum Theile

³⁾ Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 6. Auflage.

⁴⁾ Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1884.

⁵⁾ Ibidem. 1882 und 1888.

⁶⁾ Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres 1885.

⁷⁾ Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1888.

⁸⁾ Ohrpolypen. Eulenburg's Real-Encyclopädie 1888, Seite 577.

käsiger Eitermassen der Gehörgang erfüllt von scheinbar 4 hanfkorn- bis erbsengrossen, ebenfalls lebhaft rothen Polypen. Hier hört Patient dieselbe Uhr auf 50 Ctm. Beim P. V. deutliches Perforationsgeräusch. Patient wurde behufs Vornahme der Exstirpation der Polypen in die Klinik aufgenommen und bekam unterdessen Borsäurepulver eingeblasen. Am nächsten Tage fand sich beiderseits die Borsäure trocken; am 10. Novbr. wurde sie ausgespritzt und die Polypen waren jetzt beiderseits derart auffallend geschrumpft, dass ich beschloss, den weiteren Verlauf abzuwarten. — Es boten sich folgende Bilder dar:



Rechtes Ohr. An der hinteren, oberen Peripherie des Gehörganges sitzt ein circa 6 Mm. Durchmesser haltender, runder, an der vorderen oberen Peripherie ein circa 3 Mm. breiter, 5 Mm. langer, ovoider und an der hinteren, unteren ein 2 Mm. Durchmesser haltender, runder Polyp.



Links sitzt ein 6 Mm. langer, 5 Mm. breiter, ovoider Polyp, nach hinten oben und hinten unten je ein kugelig, 3 Mm. Durchmesser haltender Polyp, hinter denen Theile einer grau glänzenden Membran (Trommelfell?) deutlich sichtbar sind.

Sowohl rechts, wie links erweisen sich die Polypen, in besonderem Maasse die grössten, bei Sondenuntersuchung gestielt, indem sie hierbei grössere seitliche Excursionen machen. Die Wurzeln scheinen an der Trommelfellperipherie zu sitzen. Die Farbe ist lange nicht mehr so roth wie Anfangs, die Oberfläche trocken, mattglänzend. 13. Novbr. Die Polypen sind wieder geschrumpft.



Rechts kann man schon an der unteren Peripherie den ehemaligen Perforationsrand sehen, von dem aus eine narbige Membran sich an die innere Paukenwand anlegt und sich beim S. V. theilweise deutlich bewegt. Deutliches Perforationsgeräusch bei der Luftdouche. Flüstersprache 4 Mtr.



L. Ohr. Auch hier sieht man hinter den geschrumpften Polypen eine graue, glänzende Membran, die sich beim S. V. lebhaft bewegt. Um vor der völligen Schrumpfung die Polypen genauer bestimmen zu können, entfernte ich nun mittelst eines Ringmessers die vorne oben sitzende Wucherung; sie erwies sich sehr derb. Die Gehörgänge wurden mit Watte verstopft und erhielt Patient blos jeden zweiten Tag die Luftdouche applicirt.

15. Novbr. Am linken Ohre ist das Trommelfell mit einer Blutkruste bedeckt.



30. Novbr. Rechts sind nur mehr 2 hirsekorn-grosse Wucherungen vorne oben, eine stecknadelkopfgrosse hinten unten zu sehen, sämmtlich derb anzufühlen. Vom Hammer keine Spur. Die ganze vordere untere Parthie bewegt sich lebhaft beim S. V.

Links haftet die Blutkruste noch fest an.



13. Decbr. Rechtes Ohr: Trommelfell zeigt sich jetzt zerstört bis auf einen kaum 1 Mm. breiten Saum an der Peripherie. Der Hammergriff ist sichtbar geworden, liegt der inneren Paukenwand an und ist mit ihr verlöthet; in Narbengewebe eingebettet ist auch der lange Ambosschenkel

zu sehen. Vom Perforationsrande zieht Narbengewebe gegen das Promontorium hin, der Zugang zum Antrum mastoideum ist frei. Der Uebergang der inneren Paukenwand epidermisirt, blass, glatt und glänzend. Flüstersprache 14 Mtr. Bei der Luftdouche hohes, feines Perforationsgeräusch.



Linkes Ohr. Entfernung der Kruste mittelst Pincette gelingt leicht. Es erscheint jetzt Hammergriff und kurzer Fortsatz, das Trommelfell ist sehr verdünnt, eingezogen, nach hinten oben der inneren Paukenhöhlenwand anliegend; am Hammergriff, hart hinter dem kurzen Fortsatze, dann circa 3 Mm. dahinter und eben so weit nach hinten und unten vom Umbo je eine punktförmige Ecchymose. Beim S. V. ist keine Beweglichkeit, bei der Luftdouche kein Perforationsgeräusch wahrzunehmen. Flüstersprache 15 Mtr. Uhr beiderseits über 2 Mtr. Patient wird geheilt entlassen.

Am 15. Juli 1889 stellte sich Patient auf mein Verlangen wieder in der Klinik vor. Der Befund am Trommelfelle war links unverändert, die Hörweite für die Flüstersprache betrug über 16 Mtr.

Rechts war Eiter am Grunde des Gehörganges und nach dem Ausspritzen zeigte sich das Narbengewebe an der inneren Wand der Paukenhöhle geröthet, aufgelockert, gegen das Antrum mastoideum zu succulent, Hammer und Ambosschenkel jedoch gut sichtbar. Hörweite für die Flüstersprache 4 Mtr.

Fall II. Johann Frost, 6 Jahre alt, wurde am 5. Januar 1889 von seinem Vater in's Ambulatorium gebracht. Wir erfuhren, dass der Kleine im 3. Lebensjahre Masern acquirirte, wonach beiderseits Ohrenfluss auftrat; seitdem kömmt fortwährend Eiter aus den Ohren, der seit einigen Tagen blutig gefärbt ist. Jetzt erst fanden sich die Eltern bewogen, ärztliche Hilfe zu suchen. Beide Gehörgänge waren mit Eiter gefüllt, aus dem lebhaft rothe Polypen vorragten. Nach dem Ausspritzen zeigten sich die Gehörgänge beiderseits durch polypöse Massen verlegt. Patient bekam Luftdouche, wobei rechts kein, links lautes Perforationsgeräusch hörbar wurde, Borsäure beiderseits und wurde für den nächsten Tag zur Operation bestellt. Er kam aber erst nach einer Woche und da fand sich die Borsäure beiderseits trocken; nach dem Ausspritzen zeigten sich die Polypen blass und so geschrumpft, dass man bequem die Trommelfelltheile dahinter sehen konnte. Rechts sah man einen hanfkorngrossen, keulenförmigen, dünn gestielten Polypen an der hinteren oberen Peripherie des Trommelfelles, einen zweiten grösseren, ebenfalls leicht beweglichen, bisquitförmigen, in der Gegend des kurzen Fortsatzes wurzeln. Am linken Trommelfelle, das sich bis auf einen circa 3 Mm. breiten Saum an der unteren Hälfte zerstört zeigte, waren zwei etwas kleinere Polypen zu sehen, einer vorne oben, dünn gestielt, gut beweglich, der zweite grössere an der hinteren oberen Peripherie, breit aufsitzend. Das Wurzeln der Polypen am Trommelfelle war sehr deutlich zu sehen, ihre Farbe blassgrau, ihre Oberfläche pergamentartig. An beiden Trommelfellen war der Hammer nicht sichtbar. Ich beschloss, mit Rücksicht auf den zuerst beobachteten Fall, die Polypen nicht zu operiren und entfernte nur, behufs microscopischer Untersuchung, die hirsekorn-grosse Wucherung links vorne oben; Patient bekam ausser der Luftdouche und Watte in's Ohr Nichts mehr. Bei seinen Vorstellungen von Woche zu Woche konnte

man, ohne weiteres Zuthun, die Schrumpfung deutlich verfolgen. Mitte Februar waren die Wucherungen gänzlich geschwunden; das Trommelfell rechts sehr retrahirt, links destruiert sichtbar; der Kleine hörte leise geflüsterte Worte, r. auf 13, l. auf 11 Meter.

Am 15. Juli d. J. wurde mir der Knabe auf mein schriftliches Ersuchen wieder vorgestellt und konnte ich hierbei folgenden Status aufnehmen.

R. Ohr: Trommelfell getrübt, sehr verdickt, blass; kurzer Fortsatz und Hammergriff deutlich sichtbar. Nach hinten unten von der Gegend des Umbo eine stecknadelgrosse gelbrothe Epithelverdickung. Flüstersprache 15 Meter.

L. Ohr: Trommelfelld defect vollständig ersetzt durch eine bleigraue, von radiären injicirten Capillaren überzogene, der inneren Paukenhöhlenwand anliegende Narbe. Flüstersprache 11 Meter.

Beim Politzer'schen Verfahren: rechts normales, links zischendes, dem bei Perforation nicht unähnliches Geräusch. Jetzt findet sich links die Narbe nach auswärts gewölbt, in ihrer Mitte eine prominente, mit schleimigem Exsudate erfüllte Blase.

(Fortsetzung folgt.)

Ein Fall von extralaryngealem Polyp.

Von

Dr. **M. Tsakyroglous** (Smyrna).

Vor Kurzem wurde eine 65jährige Frau zu uns geschickt, welche seit einem Jahre an Schlingbeschwerden und dyspnoetischen Anfällen litt.

Patientin erzählt, dass sie manchmal beim Würgen Schwierigkeiten empfindet, und dass es ihr sei, als ob ein fremder Körper sich in ihr Athemorgan hineinschiebe, der sie zur Asphyxie bringt, welche nach heftigem Husten weiche. Ihr Uebel, meint sie, liege an der linken Seite und sie könne bewirken, dass es zum Munde herauskomme. Um es zu zeigen, steckt sie zwei Finger so weit wie möglich in den Mund hinein, als ob sie ein Erbrechen hervorrufen wolle, und nach einiger Anstrengung bringt sie einen beinahe 7 Ctm. langen Polypen zum Vorschein, den sie mit der Hand fasst und zum Munde herauszieht. Nachdem wir die Spitze des Polypen mit der Pincette gefasst, verfolgten wir ihn mittelst des Laryngoscops bis an die äussere Wand des Kehlkopfes am oberen, seitlichen Theile der Platte des Ringknorpels, auf welcher er mit einem dünnen, sehnenartigen Stiele inserirte. Wir beseitigten den Polypen mit einem stark gekrümmten Messer in der Nähe seiner Insertion. Das abgeschnittene Stück mass, obwohl stark abgeschumpft, 5 Ctm.*).

*) Dieser sehr interessante Fall erinnert an den berühmten Fall von Middeldorpf, an welchem die galvanocaustische Schlinge ihre ersten Triumphe feierte und in welchem ebenfalls der $4\frac{1}{2}$ Ctm. grosse Polyp am Kehlkopf beim blossen Öffnen des Mundes ohne Spiegel (der damals noch nicht bekannt war) sichtbar wurde. Middeldorpf: »Die Galvanocaustik«. Breslau 1854. S. 216, Taf. IV, Fig. 1—5. Cf. auch: Voltolini »Die Anwendung der Galvanocaustik.« 2. Auflage. Wien 1871. S. 223, Fall 33.

Voltolini.

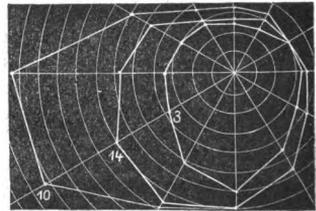
Zur Lehre von der Parotitis.

Von

Dr. Ziom, Danzig.

Eine unlängst von mir gemachte Beobachtung dürfte für die Lehre von der Parotitis vielleicht in mehrfacher Beziehung nicht ohne Interesse sein.

Bei dem 11jährigen Johannes K. aus Neustadt, der einer intra-ocularer Erkrankung und einer doppelseitigen, mehrjährigen Naseneiterung wegen am 3. December 1888 in meine Behandlung getreten, wurde am 6. December die rechte Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze aus, und zwar zwischen den Zähnen, zwischen dem 2. Bicuspidatus und 1. Molaris eröffnet und nach Einführung einer 1 Mm. dicken Irrigationscanüle flockiger Eiter aus dem Sinus entleert. Das Sehvermögen des rechten Auges, wie auch das Gesichtsfeld desselben besserten sich bei Fortsetzung der Ausspülungen, man möchte sagen zusehends. Nun trat am 12. December eine entzündliche Anschwellung der linken Parotisgegend auf, die in den nächsten Tagen noch zunahm, etwas nach der oberen Halsgegend hinab sich fortsetzte, zu einem Gefühl von Spannung, zu Beschwerden beim Kauen und, übrigens nur leichter, Temperaturerhöhung Veranlassung gab. Etwa 3 Wochen zuvor war auch der jüngere Bruder des Kranken, der gleichfalls an einer Naseneiterung litt, von Parotitis befallen gewesen. Es wurden Umschläge von Fett auf die Anschwellung applicirt, die Nase täglich durchgespült und ausserdem am 18. Decbr. etwas Jaborandi gegeben, wonach die Schwellung so weit zurückging, dass der Mund wieder weit geöffnet und die Anbohrung auch der linken Kieferhöhle am 20. Decbr. vorgenommen werden konnte. Hierbei entleerte sich theils flockiger, theils mehr krümeliger Eiter, und zwar in bedeutend grösserer Menge, als früher aus der rechten Kieferhöhle. Das linke Gesichtsfeld, das schon allein unter dem Einflusse der Ausspülungen der Nase bis zum 12. Decbr. einen wesentlich grösseren Umfang gewonnen hatte (siehe die Figur), war während des Bestehens der Parotitis wiederum kleiner geworden, um dann später allerdings von Neuem zuzunehmen bis zur normalen Ausdehnung.



Tafelzeichnung
auf 30 Ctm. Entfernung.
 $\frac{1}{100}$ der natürl. Grösse.

Nun liegt die Frage doch nahe genug, warum ist die Parotitis hier nur einseitig, nur auf der linken Seite aufgetreten? Ist hierfür nicht doch der Umstand bestimmend gewesen, dass nach Eröffnung der rechten Kieferhöhle am 6. Decbr. der Eiter aus der rechten Nasenhälfte in einer viel ausgiebigeren Weise hat entfernt werden können, als aus der linken Seite? Zwar ist mir bekannt, dass Parotitis auch sonst öfters nur einseitig auftritt, aber es müsste das doch einen auf anatomische Verhältnisse zurückzuführenden Grund haben, wenn in einem entsprechenden Falle gerade die eine Seite und nur diese ergriffen wird. Die gewöhnliche Annahme, die Entzündung der Speicheldrüsen sei eine von der Mund-

schleimhaut aus längs den Speichelhöhren fortgeleitete, ist doch in mehr als einer Beziehung wenig befriedigend, und besonders ist mit Hilfe derselben das epidemische Auftreten von Parotitis doch ganz und gar nicht zu erklären. Man hat deshalb ja auch an eine Infection vermittelst der Blutbahn in den letzteren Fällen gedacht, freilich ohne die Localisation des Infectionsstoffes gerade im Gefäßgebiete der Parotis durch diese Annahme erklären zu können. Wenn aber andererseits Parotitis auch bei Caries der Kiefer¹⁾ oder im Gefolge von Nasencatarrhen²⁾ beobachtet worden ist, so darf man doch fragen, ob ein derartiges, besonders das letztere Zusammentreffen bei genauerer Prüfung nicht doch häufiger sich finden würde, als man das bis dahin vermuthet hat. Ich meinerseits wenigstens erinnere mich so mancher von Parotitis befallener Personen, die auch mit eitrigen Nasencatarrhen viel zu thun hatten. Man kann sich da wohl ohne Schwierigkeit vorstellen, dass entweder der, der Parotitis eigenthümliche oder irgend welcher anderer, faulenden Substanzen entstammender, dem Malariavirus etwa ähnlicher Infectionsstoff bei der Athmung in die Nasenhöhle aufgenommen, einen besonders günstigen Boden zur Entwicklung dann findet, wenn hier an und für sich schon ein eitriges Catarrh besteht, und dass derselbe dann durch die Lymphbahnen nach der Wangen- oder Ohrgegend hin fortgeleitet, eine Miterkrankung der Speichelhöhren oder der Parotis selbst zu Stande bringt. Denn wenn bei eitrigen, trachomatösen Catarrhen der Bindehaut des Auges ein „sympathischer“ Bubo in der Ohrgegend öfters zu beobachten ist³⁾, so muss ein in der Nasen- oder Kieferhöhle vorhandener Infectionsstoff diesen Weg doch gleichfalls einschlagen können, um so mehr, als nach einer Angabe von Hunter Mackenzie Lymphgefäße der Nase nach der Parotisgegend thatsächlich hinführen⁴⁾.

Der zweite Punkt, auf welchen ich hier aufmerksam machen möchte, ist die Einschränkung des Gesichtsfeldes während des Bestehens der Parotitis. Dieselbe kann ja offenbar nur so aufgefasst werden, dass bei der durch jene Anschwellung gesetzten Circulationsstörung eine Rückstauung nach der Orbita und dem Bulbus, insbesondere nach dem Schwellorgan des Auges, nach dem Ciliarkörper, hin eingetreten ist, welche dann zu einer Kreislaufsstörung auch in der Netzhaut und zu mangelhafter Perception der peripherischen Theile der Netzhaut Veranlassung gegeben hat. Ueber Sehstörungen nach Parotitis ist noch wenig bekannt, doch habe ich eine ähnliche Einschränkung des Gesichtsfeldes kürzlich auch bei einem Kranken beobachtet, bei welchem im Gefolge einer missglückten Anbohrung der Kieferhöhle eine Wasserinfiltration der Wange aufgetreten war.

Vielleicht sind Fachgenossen, welche öfters Gelegenheit haben, Parotitis zu beobachten, geneigt, den hier berührten, für die Praxis doch recht wichtigen Fragen einige Aufmerksamkeit zu widmen.

¹⁾ Schech, Krankheiten des Rachens u. s. w. 2. Aufl., Seite 69.

²⁾ König, Chirurgie.

³⁾ Hyrtl, topogr. Anatomie, 7. Aufl. I., Seite 381. — Michel, Archiv für Augenheilkunde XVI. Bd., Seite 365. — Parinaud, Journ. de méd. et de chir. 1889, Seite 259.

⁴⁾ Internat. Centralblatt f. Laryngol. u. s. w. 1889, No. 10, Seite 497.

Allgemeines über Kehlkopftuberculose und der jetzige Stand ihrer Behandlung.

Vortrag, gehalten im „ärztlichen Berufsverein“ zu Berlin.

Von

Dr. med. **Otto Ringk**,

Special-Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke.

(Fortsetzung statt Schluss.)

Obwohl die Uebertragbarkeit der Tuberculose von Mensch auf Mensch mit mathematischer Gewissheit nicht erwiesen ist, so wird man phthisisch anscheinend Veranlagte doch sehr vor Umgang mit wirklichen Phthisikern in vorgeschrittenem Stadium zurückhalten müssen. Besonders halte ich es für durchaus unangebracht, erst beginnende Phthisiker in sogen. Heilanstalten für derartige Kranke oder in Wintercurorte, wo sie mit vorgeschrittenen Kranken in nächste Berührung kommen müssen, zu schicken. Schwere Phthisiker müssen isolirt werden; phthisische Frauen, wenn man sie vom Heirathen nicht zurückhalten kann, sollen auf keinen Fall stillen dürfen. Der Auswurf der Phthisiker darf nicht in Wohnräumen oder im Freien zu Staub eintrocknen; solche Kranke müssen bei Strafe in desinficirte Behälter auswerfen. Nach erfolgtem Ableben eines Phthisikers muss seine Wohnung und benutzte Kleidung einer strengen gesetzlichen Desinfection unterliegen. Als Begründung dieser weitgehenden Forderungen führe ich hier einen Fall an, den van der Bruce veröffentlicht: Ein junger Advokat begab sich zur Erholung von seinen Examenstrapazen zur Luftcur in eine Winterstation. Der junge, kräftige Mann aus gesunder Familie in auf- und absteigender Linie, in der nachweislich nie Tuberculose vorgekommen, ging daselbst an Miliartuberculose zu Grunde; in seinem Bette hatte vorher ein Patient im letzten Stadium der Tuberculose geschlafen.

Brown veröffentlicht einen Fall von directer Uebertragung von Tuberculose durch eine Zahnoperation.

Wie ich schon sagte, mit mathematischer Gewissheit ist die directe Uebertragung der Tuberculose ja nicht nachgewiesen, um so mehr, als wir ja pathologisch zwischen einer bacillären Phthise alias Tuberculose und nicht bacillären zu unterscheiden haben, obgleich die Erscheinungen und der Schluss dieselben sind — ich erinnere hier an den Patienten unseres Collegen Windelband, der an den Erscheinungen ausgesprochenster Tuberculose erkrankt ist, und in dessen Sputum unser unter Koch's Leitung stehendes Gesundheitsamt trotz häufiger Untersuchungen noch keine Bacillen zu finden vermochte —, aber die hohe Wahrscheinlichkeit ist nicht ausgeschlossen, deshalb müssen vor Allem die Laryngologen vorsichtiger, wie jeder andere Arzt auf Desinfection ihrer Instrumente achten. Vor Allem aber sollte der Haarpinsel aus dem Instrumentarium des laryngologischen Specialisten verschwinden. Meist wird ja jeder Patient seinen eigenen Pinsel haben. Aber wenn er ihn einmal vergessen hat, wird der Arzt leicht in Verlegenheit kommen, einen seiner Pinsel zu benützen. Ein Pinsel, welcher nun einmal bei Larynx-tuberculose angewandt wurde, kann selbst nach der sorgfältigsten Auswaschung noch Koch'sche Bacillen enthalten — wie schwer ist die Differentialdiagnose

ob tuberculöser Larynx oder nicht? — und vermag dann in einem catarrhalisch afficirten Kehlkopfe Tuberculose hervorzurufen; die etwa vorhandenen Bacillen werden mit solch' einem unerkant inficirten Pinsel direct mechanisch in erkranktes Gewebe hineingepresst. Aber benutzt man selbst den gleichen Pinsel nur beim selben Patienten, so ist es nicht ausgeschlossen, dass dieser Pinsel Grund eines schlimmen localen Recidivs werden könnte. Man ersetze den Pinsel durch Watte, um einen Eisendraht gewunden; die Watte muss man auf jeden Fall nach erfolgtem Gebrauche wegwerfen, den Draht wird man über seiner Lampe oder Gasflamme abglühen; diese kleine Mühe wird sich ein gewissenhafter Arzt nicht verdriessen lassen.

Weiterhin ist eine immer mehr um sich greifende nationale Leidenschaft der Grund des immer häufigeren Vorkommens der Tuberculose unter den Männern; ich meine das Cigarrenrauchen. Unter dem Regime der Tabakspfeife war bei Weitem nicht so viel von den allerheterogensten Halsleiden bei Männern zu spüren. Mit der Verallgemeinerung des Cigarrenrauchens hat die Schwindsucht zugenommen. Doch nicht der Tabak ist es, oder besser gesagt, der Tabaksrauch ruft diese jetzt täglich zu beobachtenden deletären Einwirkungen hervor, sondern die Fabrikationsweise der Cigarren. Das Cigarrenwickeln ist wohl die leichteste Arbeit, die von Arbeitern zu leisten ist, deshalb drängen sich besonders schwächliche Personen beiderlei Geschlechtes zu derselben, und vor Allem Personen, die durch Krankheiten und Entbehrungen jeder Art zu schwerer, körperliche Kräfte beanspruchenden Arbeit nicht mehr tauglich sind. Wer solche Fabriksäle der Tabaksindustrie durchwandert, wird eher glauben, einen Krankensaal zu betreten, und vor Allem wird ihm das Bild hochgradiger Schwindsucht und Scrophulose hier entgegentreten. Tuberculöser Auswurf trocknet in diesen Räumen in Mengen zu Staub ein, und vermischt sich innig mit den Staubwolken, die das Auseinanderrollen des Tabaks bedingt. Und nicht gering ist die Staubmenge, die jede Cigarre in ihrem Innern birgt, man überzeuge sich nur durch Auspusten einer Cigarre nach abgeschnittener Spitze vom hinteren Ende her.

Oftmals lecken auch zum Schluss die Arbeiter beim Wickeln der Spitze an der Cigarre. Da das Contagiöse der Lungenschwindsucht, sofern Koch Recht hat, nicht zu bezweifeln, ist nach Lage der geschilderten Cigarrenfabrikation diese eine concessionirte Brutstätte für Weiterverbreitung der Tuberculose. Und noch schlimmer ist die Gefahr der Hausindustrie. Es ist kaum glaublich, in welcher körperlicher Verfassung sich oft die armen Individuen befinden, die, nicht mehr im Stande, auszugehen, nun als letzten Verdienst das Cigarrenwickeln betreiben, bis der Tod sie von ihren Leiden befreit. Es liegt demnach auf der Hand, in welche Gefahr sich Jeder begiebt, wenn er eine Cigarre an die Lippen führt. Erinnern muss ich noch an die Fabrikationsweise der echten Cigarren, welche von den Plantagenarbeitern beiderlei Geschlechtes zumeist auf nacktem — ob sauberem? — Oberschenkel eingedreht werden.

Kein verdächtig Beanlagter darf Cigarren rauchen; er greife zur Pfeife. Wenn überhaupt, dann hat hier die ganze Strenge des Gesetzes Platz zu greifen, und die Fabrikation der Cigarren ist unter Staatscontrolle zu stellen, welche Tuberculöse gänzlich von dieser Arbeit auszuschliessen hat; die Hausindustrie aber ist einfach aufzuheben.

Noch möchte ich auf einen zweiten Punkt, der mit dem Cigarrenrauchen in engster Verbindung steht, Ihre Aufmerksamkeit lenken. Es ist dies der Gebrauch der sogen. schwedischen Zündhölzer; dieselben enthalten in ihrer Zündmasse Bleisuperoxyd; dasselbe, wenn nicht ganz rein, ist arsenikhaltig. Bei der Unsumme Streichhölzer, die wir nicht bloß beim Rauchen, sondern auch zu unseren sonstigen Lebenszwecken verwenden, wäre es doch wohl nöthig, zu untersuchen, wie gross ist in einer bestimmten Anzahl von solchen schwedischen Zündholzköpfchen der Arsenikgehalt, und nimmt dieser Gehalt etwa eine Grösse an, die der Gesundheit nachtheilig ist? Zu vergessen ist dabei nicht, dass das Holz eines jeden schwedischen Streichhölzchens mit einer starken chlor-sauren Kalilösung getränkt ist.

Zum Schluss der Besprechung der Prophylaxis muss ich noch einer vielleicht etwas durchgreifenden, aber dennoch meiner Ansicht nach unbedingt nöthigen Aenderung in unserer gebräuchlichen Fussbekleidung das Wort reden.

Fort mit den Stiefeln mit Gummizügen; diese sind eine fortwährende Quelle übermässiger Abkühlung der Füsse für Gesunde und Kranke; daher in unserm blutarmen Geschlecht die beständige Klage Derer über kalte Füsse auch im Hochsommer, die diese Fussbekleidung tragen. Anämische, Scrophulöse und tuberculös Veranlagte leiden gemeinhin nicht bloß an kalten, sondern an Füssen, die nasskalten Schweiss erzeugen. Hier tritt die Schädlichkeit des Gummizugstiefels nach 2 Richtungen hin zu Tage: der Fuss kann in ihm nicht ausdünsten, der Fuss bleibt feucht, und das Bischen Wärme, welches diese Fussfeuchtigkeit noch hat, wird durch den Gummizug hindurch beständig abgekühlt. Wer sich von dieser Abkühlung überzeugen will, trage einmal eine Stunde lang derbe hohe Jagdstiefel, ziehe darauf sofort Gummizugstiefel an, und er wird zu seiner Ueberraschung merken, wie intensiv der Fuss an der Parthie sich abkühlt, die gerade dem darüber befindlichen Gummizuge entspricht. Also Leute mit kalten Füssen, zu denen besonders die Tuberculösen gehören, mögen Schaftstiefel oder Schnürstiefel tragen. Diese schützen die bewegten Kranken am allerbesten vor krankhafter und Krankheit erzeugender Abkühlung der Füsse, und gerade fortwährend kalte Füsse schliessen für Halsleidende eine eminente Gefahr in sich.

Auch würde ich noch statt der Ledersohle eine solche von Cautschuk anrathen; ich selbst habe mich von der Vortrefflichkeit solcher Sohlen überzeugt. Diese lassen weder directe Nässe durch, noch hat man auf ihnen jenes den Körper oft erschauern machende, nasskalte Gefühl, vor welchem uns bei langanhaltender Nässe des Bodens keine noch so dicke Ledersohle auf die Dauer zu schützen vermag, wenn man nicht in der Lage ist, in solcher Zeit die Fussbekleidung genügend oft zu wechseln.

Nachdem ich im Voraufgehenden mich über Geschichte und Aetiologie der Kehlkopftuberculose verbreitet habe, wende ich mich nun zur Therapie derselben.

Diese tritt uns als eine dreifache gegenüber, als eine:
prophylactische — symptomatische — locale.

Die Prophylaxe habe ich bereits in Einzelheiten näher und eingehender berührt; sie hat sich mit der der Tuberculose überhaupt zu decken.

Die symptomatische Therapie wird sich mit der Bekämpfung der auftretenden belästigenden Erscheinungen befassen müssen, wobei wieder zu erinnern ist, dass viele oft von den gleichzeitigen pulmonären Erscheinungen verdeckt oder gar in den Hintergrund gedrängt werden können.

Wir haben es nun bei der Kehlkopftuberculose, entsprechend dem Sitze des örtlichen Leidens, einerseits mit mehr nach aussen zu Tage tretenden und andererseits mit inneren localen Symptomen zu thun, und will ich die Häufigkeit des Vorkommens der äusseren Symptome nach einer Statistik anführen, wie sie seiner Zeit Dr. Porter an der Hand von 500 Fällen am Lebenden untersuchter Kehlkopftuberculose im Verhältniss zu einander gefunden hat.

Bei diesen 500 Fällen fand sich:

- 123 Mal Aphonie,
- 337 Mal Dysphonie,
- 151 Mal Dysphagie,
- 62 Mal Wundgefühlsein in Halse,
- 8 Mal stridulöse Respiration,
- 3 Mal grosse Dyspnoe, welche Tracheotomie erforderte,
- 427 Mal Husten,
- 415 Mal Kurzathmigkeit bei geringen Anstrengungen, beruhend auf desorganisirten Lungen und unvollkommenem Schluss der Glottis.

Die Dysphagie betrachtet Mackenzie als dreifach begründet: 1) Schmerz beim Schlingen, 2) Schlinghinderniss durch Schwellen der Epiglottis und ary-epiglott. Ligamente, 3) unvollkommener Abschluss des Kehlkopfes und deshalb Eindringen von Speisen in denselben.

Diese angeführten äusseren Symptome finden ihre Erklärung wieder durch die inneren, d. h. sie sind meistens, sofern sie nicht direct von der erkrankten Lunge ausgelöst werden, die nothwendige Folge der local im Kehlkopfe bei Kehlkopftuberculose auftretenden speciellen Erscheinungen, speciellen deshalb, denn sie sichern als solche, wenn vorhanden, die Diagnose auf Kehlkopftuberculose unbedingt.

Wie nun die Tuberculose im Kehlkopfe zwei Hauptstadien durchmacht: 1) die Ablagerung von Tuberkeln in den Kehlkopf und 2) den ulcerösen Verfall dieser, so werden also auch die speciellen Erscheinungen unter diesen beiden Gesichtspunkten im Spiegelbilde sich zeigen, oder wie ein Ablagern eines fremden Körpers in einen andern naturgemäss eine Schwellung hervorbringen muss, so werden diese 2 Stadien im Allgemeinen 1) als ein Schwellungs- und 2) als ein geschwüriges Stadium zu erkennen und zu betrachten sein.

Es ist nun eine eigenthümliche, aber feststehende Erscheinung, dass die Tuberkelablagerung im Kehlkopfe an gewissen Prädispositionsstellen vor sich geht: in der Schleimhaut über den Aryknorpeln, der Plica interarytaenoidea, der ary-epiglott. Ligamente, dann in der Epiglottis, jedoch nur an der unteren Fläche und Basis derselben. Die Entwicklung des geschwürigen Zerfalles erfolgt langsam, zum Unterschied gegen Syphilis.

Selbstverständlich werden auch die wahren und falschen Stimmbänder tuberculös erkranken, und besonders verdeckt durch die falschen Stimmbänder können schwere tuberculöse Erscheinungen sich entwickeln,

bevor sie zu Gesicht kommen, aber eine Verdickung (Birnform Mackenzie) oder geschwüriger Zerfall an den Aryknorpeln, den Lig. ary-epiglott. und den erwähnten Stellen der Epiglottis sichern von vornherein die Diagnose auf Kehlkopftuberculose.

Characteristisch für Tuberculose ist eine Anaemie des Kehlkopfes und der Epiglottis. Dieselbe muss jedoch, um verdächtig zu erscheinen, eine auf diese Stellen isolirte sein, zum Unterschied von allgemeiner Anaemie. Und weiterhin, wenn noch andere Erscheinungen fehlen, ist eine turbanartige Verdickung des Epiglottisrandes verdächtig. Finden wir weiter nichts als die beschriebene locale Anaemie und Verdickung des Epiglottisrandes, so können wir schon jetzt mit Sicherheit auf eine sich entwickelnde Tuberculose schliessen, selbst wenn noch keine Lungensymptome nachweislich sind. Auf eine gewisse Eigenthümlichkeit der Larynx-Anaemie bei Tuberculose mache ich aufmerksam: beim öfteren aufeinanderfolgenden Laryngoscopiren macht diese Anaemie einer plötzlichen dunkelrosafarbenen Hyperaemie Platz, nicht unähnlich einem plötzlichen schamhaften Erröthen.

Dass selbstverständlich statt Anaemie eine hartnäckige Hyperaemie an den beschriebenen Orten vorherrschend sein kann, bedarf kaum der Erwähnung, jedoch berechtigt eine solche durchaus nicht beim Fehlen der gen. speciellen Symptome zu der einschneidenden Diagnose: Kehlkopftuberculose. Vorhandene Bacillen werden natürlich jeden Zweifel aufheben, schliessen jedoch, wenn nicht vorhanden, durchaus die Tuberculose nicht aus. Es giebt eben eine bacilläre und nicht bacilläre Phthise; wie ja der citirte Windelband'sche Fall deutlich beweist.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1888 ambulatorisch behandelten Kranken.

Im Jahre 1888 erschienen im Ambulatorium 4470 neue Kranke, und zwar 2794 Personen männlichen und 1680 Personen weiblichen Geschlechts.

Von den erschienenen Kranken waren dem Alter nach:

	bis zu 5 Jahren	202 =	114 männliche +	88 weibliche,
von	5—10	396 =	214 " +	182 "
"	10—20	883 =	520 " +	363 "
"	20—30	1034 =	594 " +	440 "
"	30—40	899 =	646 " +	253 "
"	40—50	541 =	352 " +	189 "
"	50—60	299 =	200 " +	99 "
"	60—70	166 =	120 " +	46 "
"	70—80	43 =	25 " +	18 "
"	80—90	11 =	9 " +	2 "

Summa 4474 = 2794 männliche + 1680 weibliche.

Der Beschäftigung nach waren von den Männern:

Tagelöhner 27, Schuster 22, Schneider 44, Tischler 23, Schlosser 92, Maurer 16, Bäcker 36, Drechsler 17, Kellner 22, Hausknechte 33, Buchbinder 13, Diener 41, Spengler 12, Schmiede 27, Anstreicher 17, Fleischauger 42, Hutmacher 3, Privatiers 25, Tapezierer 14, Diurnisten 12, Zimmerleute 8, Commis 52, Schriftsetzer 33, Uhrmacher 12, Friseure 17, Zeugschmiede 7, Metallgiesser 3, Graveure 4, Maschinisten 6, Musiker 35, Stadtträger 28, Büchsenmacher 2, Studenten 26, Schulknaben 67, Arbeiter 32, Gärtner 6, Mediciner 22, Maler 7, Wirthe 14, Zeichner 12, Comtoiristen 20, Aerzte 4, Bauern 42, Kastrirer 2, Schildermaler 3, Müller 8, Sicherheitswachtmänner 9, Metalldreher 4, Schauspieler 6, Agenten 23, Correspondenten 4, Photographen 3, Juristen 11, Priester 4.

Von den Weibern:

Mägde 82, Köchinnen 33, Tagelöhnerinnen 12, Wäscherinnen 21, Haushälterinnen 8, Cassirerinnen 5, Handarbeiterinnen 13, Blumenmacherinnen 14, Fabriksarbeiterinnen 6, Lehrmädchen 15, Kleidermacherinnen 13, Kaufmannsgattinnen 26, Schülerinnen 63, Bäuerinnen 21.

Von den übrigen Kranken wurde die Beschäftigung nicht angegeben.

K r a n k h e i t e n .

D i a g n o s e .	Männer				Weiber			
	rechts	links	beider-seits	Summa	rechts	links	beider-seits	Summa
Fistula auris congenita	—	—	—	—	—	1	—	1
Missbildung der Ohrmuschel	—	—	1	1	—	—	—	—
Entzündung der Ohrmuschel	1	—	—	1	—	—	—	—
Acute nässende Flechte der Ohrmuschel	—	—	1	1	1	1	—	2
Chronische nässende Flechte der Ohrmuschel	3	1	1	5	1	1	1	3
Keloid am Ohrläppchen	—	—	—	—	—	1	—	1
Perichondritis der Ohrmuschel	1	—	—	1	—	—	—	—
Ohrblutgeschwulst (Othämatom)	1	—	—	1	—	—	—	—
Gumma an der Ohrmuschel	1	—	—	1	—	—	—	—
Verletzung der Ohrmuschel	1	—	—	1	—	—	—	—
Ohrenschmalzanhäufung	106	87	267	460	70	61	97	228
Fremdkörper im äusseren Gehörgange	9	8	—	17	16	12	—	28
Umschriebene Entzündung im äusseren Gehörgange	43	45	2	90	31	38	2	71
Diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges	8	4	—	12	9	15	2	26
Parasitäre Entzündung im äusseren Gehörgange	1	—	4	5	2	2	1	5
Acute nässende Flechte im äusseren Gehörgange	2	2	—	4	1	1	1	3
Chronische nässende Flechte im äusseren Gehörgange	—	—	—	—	—	—	2	2
Bläschenflechte im äusseren Gehörgange	2	—	—	2	—	—	—	—
Excoriationen des äusseren Gehörganges	3	5	—	8	1	2	—	3
Hautjucken (Pruritus) im äusseren Gehörgange	2	2	1	5	3	2	—	5
Verengerungen des äusseren Gehörganges	—	1	—	1	1	—	—	1
Verschluss des äusseren Gehörganges	1	—	—	1	—	—	—	—
Traumatische Ruptur des Trommelfells	6	14	—	20	2	2	—	4
Acute Entzündung des Trommelfells	5	5	—	10	6	3	—	9

K r a n k h e i t e n .								
D i a g n o s e .	M ä n n e r				W e i b e r			
	rechts	links	beider- seits	Summa	rechts	links	beider- seits	Summa
Chronische Entzündung des Trommelfells . . .	1	—	—	1	1	—	—	1
Verdickung des Trommelfells	—	—	2	2	—	—	—	—
Narben des Trommelfells	53	39	21	115	37	24	21	82
Atrophie des Trommelfells	2	1	—	3	4	2	—	6
Kalkablagerungen im Trommelfell	22	16	3	41	22	10	8	40
Trockene Perforation des Trommelfells (Perforatio obsoleta)	20	18	6	45	13	30	8	51
Destruction des Trommelfells	47	38	19	104	20	9	4	33
Acuter Catarrh der Tuba Eustachii	5	1	1	7	2	2	1	5
Acute catarrhalische Mittelohrentzündung . .	117	103	89	309	71	33	30	134
Chronische catarrhalische Mittelohrentzündung	111	198	345	654	67	70	204	341
Hämorrhagie im Mittelohre (Hämatotympanom)	1	—	—	1	—	—	—	—
Plastische Mittelohrentzündung	27	19	58	104	17	13	31	61
Plastische Mittelohrentzündung mit Labyrinthaffection	3	4	—	7	—	—	3	3
Acute eitrige Mittelohrentzündung	79	64	33	176	44	47	13	104
Chronische eitrige Mittelohrentzündung . . .	180	131	85	396	113	90	68	271
Chronische eitrige Mittelohrentzündung mit Polypenbildung	24	19	5	48	14	10	1	25
Caries und Necrose des Schläfenbeins	11	17	—	28	2	2	—	4
Labyrinthaffection	7	6	21	34	2	—	6	8
Primäre Periostitis des Warzenfortsatzes . .	1	—	—	1	1	1	—	2
Nervöses Ohrtönen	6	5	1	12	5	1	1	7
Taubheit	—	—	—	4	—	—	—	—
Taubstummheit	—	—	—	20	—	—	—	11
Nervöser Ohrschmerz	15	11	2	28	54	40	1	95
Hypertrophie der Tonsillen nebst Nasenrachenvegetationen	—	—	5	5	—	—	3	3
Rhinitis hypertrophica	—	—	4	4	—	—	1	1
Summa	928	864	978	2794	633	526	510	1680
				2794	+	1680		
				Männer		Weiber		
				= 4474				

(Fortsetzung folgt.)

Microorganismen bei acuten Mittelohrerkrankungen. Von A. Scheibe in München. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XIX, 4.)

Der Autor stellte im bacteriologischen Laboratorium des Münchener hygienischen Instituts unter Leitung von Prof. Emmerich in 11 Fällen von acuter Mittelohrentzündung vor dem Trommelfelldurchbruch, und in 2 nach demselben, sowie in 4 Fällen von Tubenaffectation mit Serumansammlung Untersuchungen über den Gehalt des Secrets an Microorganismen an; es wurden 2 Mal der Streptococcus pyog., 2 Mal der Staphyloc. pyog. alb., 2 Mal der Staphyloc. pyog. tenuis, 1 Mal der Diploc. pneumon., 1 Mal der Streptoc. pyog. mit dem Staphyloc. pyog.

alb. und 1 Mal mit dem Diploc. pneum. zusammen, sowie 2 Mal Stäbchen gefunden. Der Staphyl. pyog. aureus konnte nicht nachgewiesen werden, doch betont Sch., dass er diesem Umstande keine Bedeutung beilege, da Zaufal diesen Staphyl. aus dem Mittelohreiter als Reincultur gezüchtet hat. Ob die gefundenen Microorganismen die Erreger der Mittelohrentzündung in den untersuchten Fällen gewesen sind, hält Verf. nicht für direct erwiesen, aber sehr wahrscheinlich; ebenso konnte die Frage, ob und in wie weit der Character der Eiterung durch die Natur der Microorganismen beeinflusst wird, bei der beschränkten Zahl der untersuchten Fälle nur insofern beantwortet werden, als die Beobachtungen von Zaufal und Weichselbaum über die Beziehungen lebensgefährlicher Complicationen von Mittelohrentzündungen bei Gegenwart von Streptoc. pyog., Bacill. Friedländer bzw. Diploc. Fränkel bestätigt scheinen, wengleich in einem Falle trotz des Nachweises von Streptoc. pyog. die Mittelohrentzündung sehr milde verlief. — Im Gegensatz zu Röhrer, welcher bei seinen Untersuchungen niemals Bacillen im nicht fötiden Mittelohrsecrete nachweisen konnte, gelang dem Autor dieser Nachweis in 2 Fällen (ebenso Löwenberg und Netter). — Bei vier Fällen von Tubenverschluss mit Ansammlung von reinem Serum konnte durch Culturversuche kein Microorganismus gefunden werden, wodurch, wie Sch. ausführt, die allgemeine Annahme ihre Bestätigung findet, dass es sich hierbei um einen rein physicalischen, nicht entzündlichen Vorgang handelt. Das Secret wurde mittelst Paracentese entnommen.

Keller.

b) Rhinologische:

Ueber genitales Nasenbluten (De l'épistaxis génital.) Von Dr. Joal.
(Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1888.)

Die neuen Arbeiten über die Anatomie der Nase zwingen uns, das Nasenbluten in verschiedene Categorien einzutheilen; man unterscheidet demnach: 1) traumatisches und ulceröses, 2) dyscrasisches, 3) mechanisches, 4) vasomotorisches, durch Turgescenz des erectilen Gewebes, hervorgerufen durch directen Reiz oder Reflexe. Zu letzterem gehört das von den Autoren als essentielles, spontanes, idiopathisches Nasenbluten beschriebene. Aeltere und die neuern Autoren stimmen darin überein, dass das spontane Nasenbluten meistens in der Pubertät auftritt, jedoch ohne den causalen Zusammenhang näher zu beleuchten. Bei genauer Beobachtung findet man, dass die Plethora, die Anaemie, die directen Reize nicht als ursächliche Momente in allen Fällen gelten können, sondern dass man das genitale Element mit annehmen muss. Verf. sucht letztere Behauptung durch Beispiele zu beweisen, und sind diese seine Beweise recht triftig; es besteht ein intimes Verhältniss zwischen dem Genitalsystem und dem Geruchorgan; Citate aus eigener Praxis und der anderer Autoren beweisen diesen Connex hinlänglich: die durch den Coitus oder sonstige sexuelle Excesse hervorgerufene Turgescenz des erectilen Gewebes der Nase führt zu den sogen. genitalen Nasenblutungen; hierher muss man die meisten Fälle von sogenanntem vicariirendem Nasenbluten rechnen. Durch Beispiele thut Verf. hinreichend dar, dass Masturbation eine häufige Ursache des Nasenblutens

ist, aber nicht in Folge von daraus entstehender Anaemie, wie Germain Sée behauptet, sondern durch Reflexwirkung auf das nasale, cavernöse Gewebe.

Die Schrift wird jedenfalls mit viel Nutzen gelesen; sie wird dazu dienen, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf eine bis jetzt vielleicht vernachlässigte Ursache des Nasenblutens während der Pubertät zu lenken.

Dr. P. K.

Nasenbluten als vorzeitiges Symptom des Morbus Brightii. (Epistaxis prémonitoire de la nephrite interstitielle.) Von Dr. Gaucher. (Société médicale des hôpitaux, Juni 1887 und Revue mensuelle de laryngol. No. 9, 1889.)

Ein 38jähr. Mann hat während 3 Monaten so heftiges Nasenbluten, dass tamponirt werden musste. Der Urin enthielt Eiweiss. Milchbehandlung brachte Heilung.

Dr. P. K.

Retronasale Schlinge zur Entfernung der Tumoren des Nasenraumes. (Portelacs rétronasal pour l'enlèvement des tumeurs nasopharyngiennes.) Von Dr. Goris. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique No. 4, 1889.)

Da alle bisher angewandten Schlingenträger für den Patienten sowohl, als für den Arzt unangenehm anzulegen sind, benutzte Verf. das Princip des von Professor Hyernaux in der Geburtshilfe angewandten Schlingenträgers. Verf. zeigt 6 auf diese Weise mit Leichtigkeit entfernte Tumoren.

Dr. P. K.

Neue Methode, die Nasenrachenpolypen zu entfernen. (Nouveau procédé d'arrachement des polypes nasopharyngiens.) Von Prof. Dr. Heidenreich. (Semaine médicale No. 19, 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 9, 1889.)

König (Centralblatt für Chirurgie) in Göttingen schlägt vor, die Nase mittelst der Scheere zu spalten, den linken Finger in die betreffende Nasenhöhle einzuführen, sich einen Weg zu bahnen, einen grossen scharfen Löffel mit nach oben gekehrter Hohlfläche unter dem Tumor einzuführen und bis hinter den pharyngealen Theil des Tumors zu führen; dann soll man mit starker Gewalt das Instrument an sich ziehen und so den Tumor abreißen.

Verf. bemerkt, die Methode sei nicht neu, das angewandte Instrument sei nur neu; die Methode schütze gar nicht vor den sonst so gefürchteten Complicationen, nämlich den Blutungen und den Hirnerscheinungen.

Dr. P. K.

Schwammgewächs der Nasenhöhlen. (Tumeur fongueuse des fosses nasales.) Aus der Klinik des Prof. Richet. (Le Praticien, Juli 1888 und Revue mensuelle de laryngol. No. 9, 1889.)

Eine 64jährige Frau zeigt seit 6 Jahren Verstopfung der Nase, Asymmetrie der Nase, linken Exophthalmus, einen linksseitigen, weichen, leichtblutenden, rothen, nicht cystischen Tumor; starke Kopfschmerzen. Tamponade des Pharynx, Resection des Nasenflügels, Entfernung des Tumors, Cauterisation.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-larynologische:

Verhältniss des Schluckcentrums zum Respirationcentrum. (Rapports entre le centre de déglutition et le centre respiratoire.) Von Dr. Markwald. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Bruxelles, November 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Ruft man eine Schluckbewegung hervor, d. h. wird der Laryngeus superior oder das Velum palatinum gereizt, so bemerkt man zugleich eine Bewegung des Diaphragma's, welches eine abortive Inspiration zu sein scheint (Schluckathmung); diese Schluckathmung tritt beim ersten Tempo des Schluckens ein, dabei bleibt die Glottis offen stehen; sie besteht auch nach Durchschneidung der Nervi phrenici, d. h. sie wird nicht nur durch Contraction des Diaphragma, sondern auch durch Hilfe der accessorischen Respirationsmuskeln hervorgerufen; ebenso sind es nicht die Mm. mylohyoidei, welche sie bewerkstelligen, denn sie tritt auch nach Durchschneiden der Medulla ein; sogar während der Apnoe bemerkt man selbe. Sie hört auf mit der Zerstörung des Respirationcentrums; das Respiration- und das Schluckcentrum, sowie die Nervi glossopharyngei sind in innigem Zusammenhang. Das Schluckcentrum befindet sich gewöhnlich im Ruhezustand; wird es aber durch Reflex gereizt, so kommt die ganze Reihe der Schluckakte; die Schlucknerven des Vagus reizen das Respirationcentrum und es tritt ein Inspirium ein; in demselben Momente aber kommt eine Stillstandsordre durch die Glossopharyngei, und so entsteht das sogenannte Schluckathmen. Diese Wirkung der Glossopharyngei, welche einen Bruchtheil einer Secunde zur Entfaltung ihrer Wirkung bedürfen, ist nothwendig, sonst würde man beim öfteren Schlucken sich mit inspiratorischer Luft füllen.

Dr. P. K.

Epithelioma der Epiglottis mittelst eines Epiglottome entfernt. (Un cas d'épithélioma de l'épiglotte extirpé à l'aide d'un épiglottome.) Von Dr. Robert C. Myles. (New-Orléans med. and Surg. Journal, October 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Ein 54jähriger Patient zeigte einen tiefsitzenden Tumor der Epiglottis; die microscopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Bruchtheiles ergab ein Epithelioma; das Schlucken war sehr schmerzhaft und hatte das Allgemeinbefinden in Folge dessen sehr gelitten. Die Epiglottis wurde nach mehrmaliger Bepinselung mittelst Cocain mit dem von Morell Mackenzie construirten Epiglottom entfernt. Letzteres Instrument ist ein gewöhnliches Amygdalotom, welches geknickt ist; die Operation ist folgende: Patient hält zuerst die Zunge selbst; der Arzt führt mit der einen Hand das Laryngoscop ein und legt mit der anderen das Instrument um die degenerirte Epiglottis; der Kehlkopfspiegel wird entfernt, der Arzt nimmt selbst des Patienten Zunge, drückt das Instrument fest an die Zungenbasis an und zieht es zu sich, gerade wie bei der Amygdalotomie; man muss nie dem Patienten die Zunge selbst überlassen; die Operation gelingt leicht; man bepinselt die so gemachte Wunde nachher mit Cocain und später mit Morphium in Pulverform. Am anderen Tage konnte Patient feste Sachen schlucken, die Flüssigkeiten aber gelangten in den Larynx und riefen Hustenstösse hervor. Die Heilung war vollständig.

Dr. P. K.

Phthisis laryngée par le docteur A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisierè et de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisierè et par Paul Tissier, interne des hôpitaux de Paris. Avec 13 figures dans le texte et 5 planches hors texte dont deux en chromolithographie. Paris. G. Masson, éditeur.

Der Titel dieses jüngst in Paris erschienenen, recht hübsch ausgestatteten Buches sagt hinlänglich, um was es sich handelt: um das zwar alte, jedoch durch seine furchtbaren Zerstörungen, welchen wir noch heute ziemlich machtlos gegenüber stehen, immer neue Thema; um jenen complicirten Symptomenhaufen, welchen zu läutern und genau zu beschreiben der letzten Zeit vorbehalten war und noch jetzt vorbehalten ist. Denn die Laryngoscopie und die Microscopie haben noch lange nicht diesem grausamen Uebel gegenüber Alles geleistet, was wir das Recht haben, von ihnen zu fordern. Diesen Kampf mit auszufechten und dem endlichen zweifellosen Siege etwas näher gerückt zu sein, ist das unlängbare Verdienst des obengenannten Buches. Und das genügt.

Seit dem classischen, vor mehr denn 50 Jahren erschienenen, also jetzt veralteten Werke von Trousseau und Belloc ist in Frankreich keine vollständige Monographie über Phthisis laryngea veröffentlicht worden. Verff. haben Alles, was die Specialärzte in den letzten Decennien geleistet haben, nebst ihren eigenen Erfahrungen in ein Ganzes zusammenzubringen gesucht, welches Ganze sehr gut in das Gebiet der speciellen Pathologie und Therapie, wohin es eigentlich gehört, wieder zurückgeführt werden kann.

Verff. theilen die Geschichte der Phthisis laryngea in 3 Perioden ein. Die erste, dunkle Beschreibung finden wir bei Morgagni, Bayle, Bouillaud und namentlich Laennec. Mit Louis (1825) beginnt eine zweite epochemachende Periode; Louis ist der erste Autor, der das häufige Nebeneinanderbestehen der Larynxgeschwüre mit Lungentuberculose betont; bemerkenswerth ist, dass die von Louis aufgestellte, von vielen damaligen Autoren verworfene Theorie der Infection des Larynx seitens der mechanisch und specifisch wirkenden Sputis in Folge der Koch'schen Entdeckung heute festen Fuss gefasst hat: *Multa renascentur quae jam cecidere*. Dann folgen der Reihe nach Barth und Albers (1829), Blache, Trousseau und Belloc (1837 und 1838); Ersterer verdammt schon damals den von Bayle erfundenen Namen „*Oedema glottidis*“, eine Bezeichnung, welche unbegreiflicher Weise 1852 wieder von Sestier in seiner bekannten Schrift angewandt wird; Hasse (1841), Sestier (1852), dessen Theorie des Aneinanderklappens der geschwellten aryepiglottischen Falten beim Inspirium und des Auseinanderweichens beim Exspirium für die Phthisis laryngea wenigstens ganz falsch ist. L'héritier, Monneret, Fleury, Piorry, Rheiner (1853), welch' Letzterer zuerst in Betreff der Aetiologie der schädlichen, von Louis betonten Einwirkung der Sputa auf die Larynxmucosa das mechanische Moment, bestehend in dem gegenseitigen Reiben, hinzufügt; Friedreich (1854), Rilliet und Barthez (1854), Wunderlich und Gunzburg (1856), Toulmouche (1857). Die dritte Periode beginnt im Jahre 1858 mit der Erfindung Czermak's; hier begegnen wir den zwei entgegengesetzten Anschauungen von Ruehle und Rokitansky (1861) über die Larynxtuberculose. Folgen dann die Arbeiten von Virchow, Empis,

Hérard und Cornil, Villemin, Förster, Colberg, E. Wagner, Waldenburg, Wahlberg, Schech, Schrötter, Tobold, Türck, Rindfleisch, Ziemssen, Peter und Krishaber, Isambert, E. und J. Boeckel, Beverley Robinson, Heinze, Morell Mackenzie, Cornil und Ranvier, Störck etc. etc.

Das Studium der anatomischen Larynxveränderungen beruht auf zwei Untersuchungsmethoden: die erste, am Lebenden, durch den Larynxspiegel, die andere an der Leiche. Letztere ist bei Weitem die wichtigere und auf ihr sollen eigentlich alle anatomischen Beschreibungen beruhen. Verf. geben die Methode an, wie man am besten den Larynx mit den benachbarten Weichtheilen, und namentlich den beiden Recurrentes nebst den sie umgebenden Lymphdrüsen behufs genauer Untersuchung aus der Leiche entfernt. Man öffnet den Larynx von vorne oder von hinten in der Medianlinie und untersucht mit blossem Auge, lässt dann die Präparate in Gummi und Alcohol erhärten und macht dann folgende Schnitte: einen transversalen Schnitt durch Epiglottis, dann durch die aryepiglottischen Falten, dann durch die Regio arytenoidea, einen oder mehrere senkrechte Schnitte durch die Taschenbänder, die Morg.-Ventrikel und die unteren Stimmbänder.

Die gewöhnliche chronische Larynxphthise mit der tuberculösen Infiltration der Larynxschleimhaut stellt den ersten Grad der Larynxphthise dar und wurde früher fälschlich von den Autoren als Larynxoedem, Oedem der aryepiglottischen Falten bezeichnet; sie ist sehr häufig, häufiger als man glaubt, eben weil der Larynx nicht bei allen an Phthisis pulmonum Gestorbenen untersucht wird. Man findet so die tuberculöse Infiltration in vielen Fällen, wo während des Lebens laryngeale Symptome kaum bemerkbar waren, und hierin stimmen die Verfasser mit Heinze überein, welch' Letzterer einen noch grösseren Procentsatz annimmt. In geringen Graden sieht man nur eine leichte Schwellung auf den falschen Stimmbändern oder auf den Aryknorpeln, einseitig oder doppelseitig; später erscheinen die genannten Theile ungleichmässig geschwellt, meist normal gefärbt, hart, stramm gespannt, schleimig-eitrig bedeckt, scirrhusartig beim Durchschnitt, wo dann eine seröse Flüssigkeit herausfließt; sie hat also kein Symptom gemein mit dem wirklichen Oedem. Die Epiglottis ist am seltensten von dieser Infiltration befallen; meist bei jungen Leuten, welche geringe Lungensymptome zeigen; die Mucosa ist dann dunkelroth, mit meist unebener Oberfläche und mit gelbem, zähem Schleim bedeckt. Die Ligamenta glossoepiglottica nebst den Fossae glossoepiglotticae sind verschwunden; der hübsche, scharfe Rand hat sich in eine dicke, unförmliche, harte Geschwulst umgewandelt, welch' letztere in schiefer horizontaler Richtung als unbewegliche Masse die sonst so gracil gebaute Epiglottis ersetzt; höchstens entfernen die verdickten Seitenränder sich ein Weniges beim Inspirium, entgegengesetzt der Theorie von Sestier. Auf dem Durchschnitt bemerkt man in dem um das 4—5fache verdickten gelben Gewebe den Knorpel gewöhnlich unversehrt. Bei diesen anatomischen Abnormitäten begreift man leicht die Schwierigkeit einer laryngoscopischen Untersuchung.

Die aryepiglottischen Falten sind sehr häufig infiltrirt. Diese Infiltration geht ohne scharfe Grenzen in die meist ebenfalls miterkrankte Regio arytenoidea und in die Seitenränder der Epiglottis über; in weniger

ausgesprochenen Graden bemerkt man noch, durch eine seichte Furche von einander getrennt, die beiden Cartilagine Santorinianaee und Wrisberghianaee, bei schweren Formen bildet das Ganze bloß eine compacte Masse. Anfangs unsymmetrisch geschwollen, wird die Schwellung bald an beiden Seiten dieselbe; die Pharyngo-Laryngealrinne verschwindet zu beiden Seiten, ein Factum, welches erklärt, dass trotz der Unbeweglichkeit der Larynxtheile das Fehlschlucken nicht eintritt.

Die falschen Stimmbänder werden am frühesten infiltrirt; einen leichten Grad findet man oft, namentlich am Rande des einen falschen Stimmbandes, bei an Phthisis Gestorbenen, ohne dass während des Lebens an Phthisis laryngea gedacht worden war. Im Laryngoscop bemerkt man Anfangs einen kleinen, unebenen, dunkelroth gefärbten Höcker, mit nach hinten, zur entsprechenden Arytenoidea, zugewandter Basis und zur Epiglottis zeigender Spitze; dementsprechend erscheint das darunter liegende wahre Stimmband, im Spiegel sowohl, als in der Leiche, von oben gesehen, weniger breit, als sein Gespann, was wichtig für die Diagnose am Lebenden. In höheren Graden des Leidens sind die wahren Stimmbänder ganz bedeckt, der Larynxeingang ist höckerig, verdickt, hart, unsymmetrisch, verengt; die Schwellung geht ohne scharfe Grenze in die Regio arytenoidea und in die aryepiglottischen Falten über.

Die Morgagni'schen Ventrikel werden natürlich verkleinert, ihr Eingang wird verlegt und daraus schon allein erklärt sich theilweise eine Stimmveränderung.

Die Regio arytenoidea, die sogenannte Glottis respiratoria der alten französischen Autoren, ist selten infiltrirt, hingegen ist sie der Lieblingssitz der sogenannten polypösen Vegetationen. Noch bevor Stimm- und Athmungsstörungen bestehen, wenn die Patienten kaum über eine Veränderung der Klangfarbe der Stimme klagen, nimmt die Mucosa der Regio arytenoidea eine pathognomonische Formveränderung an, welche Hering mit 2 Zuckerhüten vergleicht und welche, mit abgerundeten Spitzen versehen, mit ihrer Basis aneinander kleben. Dieses Aussehen der Regio arytenoidea finden wir nur in Ausnahmefällen bei sehr intensivem, nicht specifischem Catarrh (dermoide Metamorphose nach Förster). Pathognomonisch sind diese kleinen, papillenförmigen Vegetationen, welche sich gewöhnlich vom Rande eines im Spiegel nicht sichtbaren Geschwürs aus bilden, feine, halb durchsichtige, blasse, den Spitzen eines Papilloms ähnelnde Zacken, welche beim Durchschnitt ein verdicktes, submucöses Bindegewebe nebst atrophischen Drüsen zeigen. In ausgesprochenen Fällen verschwinden die Cartilagine Santorinianaee und Wrisberghianaee, die Mucosa an der Pharyngealseite der Arytenoideaee schwillt an, die Stimme ist bedeutend verändert.

Die wahren Stimmbänder sind selten afficirt, im Allgemeinen wenig verändert; histologisch aber zeigen sie Veränderungen. In sehr seltenen Fällen sind sie ganz zerstört.

Die Regio subglottica ist noch seltener erkrankt. Ringförmige Anschwellung der Mucosa in der Cricoidalgegend zeugt von einer Perichondritis des Ringknorpels und bildet eine Art der Laryngitis subglottica.

Die tuberculösen Geschwüre sind sehr häufig, häufiger beim Manne. Die Epiglottis ist sehr häufig in einer späteren Periode ergriffen, mehr an ihrer laryngealen Fläche; zerstreute oberflächliche Geschwüre, diffuse

oberflächliche Geschwüre, tief fressende Geschwüre endlich sind der Epiglottis eigen. Die aryepiglottischen Falten haben ihre Geschwüre meist in der Gegend der Santor. und Wrisberg. Knorpel, wo die Drüsen angehäuft sind; die oberflächlichen, übrigens oft heilenden, aber leicht recidivirenden Geschwüre befinden sich mehr an der Aussenfläche und zeichnen sich durch ihre Längsrichtung aus. Die falschen Stimmbänder zeigen meist tiefe Geschwüre, welche nie in der letzten Periode der Laryngealphthise fehlen und die grössten Zerstörungen anrichten.

Verff. theilen die Regio arytenoidea in die Regiones Santoriniana und Wrisberghiana, in die eigentliche Regio arytenoidea und die Regio interarytenoidea ein; jede dieser Regionen wird auf obenbezeichnete Weise genau beschrieben.

Die Stimmbänder sind oft ulcerirt; die Geschwüre sind durch die in's Larynxinnere wachsenden und mechanisch wirkenden Wucherungen characterisirt. In der Regio subglottica und in der Trachea sind die sogenannten folliculären Geschwüre am meisten vertreten.

Die polypoiden tuberculösen Wucherungen stellen wirkliche polypoiden Neubildungen vor, welche namentlich bei jungen Leuten an den Stimmbänderändern bei beginnender Tuberculose vorkommen. Diese polypoiden Neubildungen sind nicht zu verwechseln mit den an den Stimmbändern entstehenden; letztere sind durch zerstörende Geschwüre entstanden, sind in mehrere Segmente getheilt, welche flottirende Fetzen als Ueberreste der Stimmbänder infiltrirt werden und so die Commissurenpolypen darstellen; sie sind auch nicht mit den an den Geschwürsrändern entstehenden Granulationen zu verwechseln. Diese echten polypoiden Neubildungen sind als eine primäre, auf tuberculöser Basis beruhende Neoplasie anzusehen. Sie sind bis jetzt verkannt worden; einerseits als wahre, leicht mittelst der Schwammethode (Voltolini) zu entfernende Polypen angesehen, andererseits mit den gewöhnlichen, auf dem geschwürigen Boden der tuberculösen Geschwüre wuchernden Excrescenzen verwechselt. Ref. warnt beiläufig vor den energischen, behufs Entfernung solcher Polypen gemachten intralaryngealen Eingriffen; besser ist, bei dem geringsten Zweifel, abzuwarten und expectativ zu behandeln; man vermeidet so die künstliche Vorschubleistung der Larynxphthise; bei Erstickungsanfällen soll man natürlich operiren. Diese schon von Andral beschriebenen, aber falsch gedeuteten Polypen wurden später von Mandl, Ariza, John Mackenzie, P. Foa, Perey Kidd, Hering, Störck und den Verfassern beschrieben.

Referent hatte einige dieser scharf conturirten, schwer zu erkennen, glatten Tumoren beobachtet; man ist Anfangs im Zweifel, ob man nicht mit Fibromen, Angiomen, Adenomen oder Cysten zu thun hat; da sich nie tuberculöse Geschwüre daneben befinden und die betreffenden Patienten nicht schwindstüchtig aussehen, so erleidet die Diagnose Schwierigkeiten; solche Tumoren sind von John Mackenzie, Schnitzler, Störck, Perey Kidd, Schaeffer und Nasse genauer beschrieben; sie sind viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Die beste Beschreibung ist von Dr. Arthur Hennig gegeben worden. (Ref.)

Das eigentliche Oedem, wie Ranvier und Cornil es beschrieben, besteht nicht; in sehr seltenen Fällen ist es möglich, dass durch plötzlich eintretende Venencompression seitens eines Eiterherdes sich das wirkliche

Oedem ausbildet, es sind den Verff. aber keine Beispiele bekannt. Sie kommen immer mit Perichondritis vor. Die seltenen Perichondritiden, welche so zu sagen autochthon entstehen, können von selbst heilen nach Ausstossen des betreffenden Knorpels. Die Giessbeckenknorpel sind am häufigsten ergriffen an der Basis, an der von der Cart. Santoriniana gekrönten Spitze; an beiden letzten Punkten ist die Bekleidung nämlich sehr dünn; man muss die Necrose von der Caries unterscheiden, welche letztere Calcification, Ossification und mithin Gefässneubildung voraussetzt. Die wirkliche Ankylose des Cricoarytenoidalgelenkes ist sehr selten; es ist meistens Pseudoankylose durch Infiltration des umgebenden Gewebes.

Von den Muskelveränderungen sind besonders die der Cricoarytenoidei postici hervorzuheben.

Folgen dann die Veränderungen, welche man macroscopisch an den Ganglien und Nerven wahrnimmt, sowie die Beschreibung der Phthisis laryngea acuta.

Referent ist etwas genauer in die Details eingegangen, um einen besseren Ueberblick über dieses mit sehr vielem, jahrelangem Fleiss und nicht zu läugnendem Erfolge geschriebene Buch zu gestatten. Das Referat über die zweite Hälfte der Schrift wird auch um so kürzer sein.

Die histologischen Untersuchungen gipfeln auf dem Grundsatz, dass die Larynxtuberculose in einer specifischen, diffusen Infiltration besteht, in welcher tuberculöse Follikel mit käsigem Centrum nebst einem sclerösen Process einhergehen; diese beiden pathologischen Veränderungen verlaufen neben einander, immer aber wiegt die eine oder die andere über. Am practisch wichtigsten sind die histologischen Muskel-Untersuchungen, welche sich auf die Cricoarytenoidei postici beziehen, eben wegen der an der Tagesordnung stehenden Frage der Posticuslähmung und der Constrictorenspehnung. Sicher ist, dass in allen Fällen eine langsam fortschreitende interstitielle Myositis besteht mit ihren unausbleibbaren functionellen Störungen.

Die Bacillenuntersuchung, als der neueste Triumph der microscopischen Diagnose, hat ihr eigenes Capitel. Die primäre Larynxphthise bei intacten Lungen ist heute nicht mehr zu läugnen; in den meisten Fällen aber kommt die gewöhnliche Larynxphthise von den früher inficirten Lungen auf epitheliale und vasculärem Wege.

In der Symptomatologie beschreiben die Autoren die gewöhnlichen Symptome der Reihe nach; sie beschreiben eine chronische, gewöhnliche Larynxphthise, die catarrhalische Laryngitis der Phthisiker, die primäre und pseudopolypöse Phthise, die acute Pharyngo-Laryngotuberculose, die paralytischen Formen und die hybriden, auf ein anderes Kehlkopfleiden geimpften Varietäten; diese Eintheilung hat natürlich keine scharfen Grenzen und dient nur zur genaueren Uebersicht und zum genaueren Studium.

Interessant ist das Capitel der Laryngostenosen; ein Chaos theils materieller, theils nervöser Larynxstörungen, total unter einander verschieden, sehr ähnlich im schliesslichen Effect: mehr oder weniger grosses Hinderniss des Lufttrittes in die Luftwege. Das von Natur aus mehr als nöthig grosse Lumen der Trachea und des Larynx, besonders aber das sehr langsame Eintreten der Stenose verhüten die Erstickungsanfälle

selbst bei sehr hochgradiger Stenose; dann aber braucht bloß ein minimales Hinderniß einzutreten, um Erstickung hervorzurufen. Erkrankung der Mucosa nebst der Submucosa, Mitleidenschaft der Cricoarytenoidalgelenke, Muskelerkrankungen, neuropathische Lähmungen und Contracturen, das heißt die möglichst weit auseinanderstehenden Leiden führen zu demselben trostlosen Endziel: der Glottisstenose. Die Differentialdiagnose dieser verschiedenen Arten von Dyspnoe wird von den Verff. so gut als möglich gegeben.

Weil man den Koch'schen Bacillus auch im Lupus der Haut findet, zählen die Verff. den Lupus laryngis als ganz selten auftretendes Leiden zur Phthisis laryngea.

Die laryngoscopische Diagnose ist wichtig, weil oft Lungeninfiltrationen für Lungentuberculose angesehen werden, ohne solche zu sein (Lungensyphilis, Lungensclerose). Die Differentialdiagnose zwischen Krebs, Syphilis und Larynxphthise aus dem Spiegelbilde allein zu stellen, ist oft recht schwer, trotz der gutgemeinten Auseinandersetzungen der Autoren; hätten wir nicht Anamnese, anderweitige Symptome, ja selbst die Therapie als diagnostische Hilfsmittel zur Hand, so wären wir oft übel daran; die microscopische, oft wiederholte Untersuchung des vorsichtig von den Geschwürsflächen abgetragenen Secretes ist ein kostbares diagnostisches Hilfsmittel. (Ref.)

Die Prognose der Krankheit quoad finem ist trotz mancher optimistischen Meinungen leider nur zu sehr bekannt.

Im Capitel „Therapie“ suchen Verff. durch histologische und anatomische Beweise darzuthun, dass Heilung tuberculöser Larynx-Affectionen eintreten kann. Mögen sie Recht haben!

Referent ist es nicht gelungen bis jetzt, trotz Curette und Acidum lacticum, bei zweifellos richtig gestellter Diagnose und natürlich bei Patienten, welche er bis zu ihrem Lebensende unter den Augen behielt, einen Heilungsvorgang zu sehen. Die topischen Medicamente werden in beruhigende (Menthol, Cocain, Coffein), in modificirende (Jodoform, Jodoform mit Tannin 1 — 4, Jodol, Salol) und in Caustica eingetheilt. Curette und Scarificateur werden besprochen und recht hübsch illustriert. Allgemeinbehandlung und namentlich die Hygiene bleiben dennoch immer die hauptsächlichsten Heilmittel, natürlich neben wissenschaftlich begründeter topischer Behandlung. Verff. geben die practischen Resultate ihrer früher mehr als jetzt angewandten galvanocaustischen Behandlungsmethode. Die Tracheotomie wird mit demselben Rechte, wie bei Larynxkrebs ausgeführt; Referent hat gegenwärtig 3 solcher Patienten in Behandlung, von denen einer die Canüle schon über 2 Jahre trägt; bei allen haben die Lungenerscheinungen eher Rückschritte, als Verschlimmerungen aufzuweisen: wahrlich Alles, was man von einer symptomatisch ausgeführten Tracheotomie verlangen darf. Nur muss man streng zwischen Lungen-, Fieber-, Schwäche- und Larynxdyspnoe unterscheiden (Ref.); was Verff. in Bezug auf die schlechten Resultate der Dilatationsmethode nach ausgeführter Tracheotomie berichten, kann Ref. aus eigener Erfahrung nur bestätigen.

Wir Alle, namentlich aber die Specialärzte wissen, wie entmuthigend die Behandlung der Larynxphthise für den Patienten sowohl, als für den Arzt ist. Die lange Zeit geltende stiefmütterliche Behandlung des Thema's

begreift sich deshalb recht gut. Nur die durch das Laryngoscop und das Microscop geleisteten Entdeckungen einerseits, sowie die aus ihnen zum Nutzen der Therapie gezogenen Schlussfolgerungen andererseits gewähren den einzigen wirklichen Fortschritt im Kampfe gegen dieses die Menschheit decimirende Greuel. An Stelle der früher blind umher tappenden Therapie verwandeln diese Fortschritte allmählig den Larynx in eines jener Organe, welches dem an therapeutischen Erfolgen so reichen Gebiete der Chirurgie unterworfen wird. Auf diesem harten, aber ruhmreichen Wege dem Endziel etwas näher gerückt zu sein, ist das grosse Verdienst der beiden Autoren.

Dr. P. K.

Fall eines im Ventrikel des Kehlkopfes eingekleiteten Fremdkörpers, entfernt durch Tracheotomie, Heilung. (Case of foreign body impacted in the ventricle of the larynx, removed by tracheotomy, recovery.) Von Mr. Pick, London. (Lancet, 2. Febr. 1889.)

8jähriges Kind, welches einen Ohrring verschluckt hatte; die einzigen Symptomen waren heisere Stimme und subnormale Temperatur.

Dr. M. Schm.

Inhalt.

I. Originalien: Gomperz: Drei Fälle spontaner Schrumpfung von Ohrpolypen. — Tsakyroglaus: Ein Fall von extralaryngealem Polyp. — Ziem: Zur Lehre von der Parotitis. — Ringk: Allgemeines über Kehlkopftuberculose und der jetzige Stand ihrer Behandlung. (Fortsetzung.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1888 ambulatorisch behandelten Kranken. — Scheibe: Microorganismen bei acuten Mittelohrerkrankungen. — b) Rhinologische: Joal: Ueber geniales Nasenbluten. — Gaucher: Nasenbluten als vorzeitiges Symptom des Morbus Brightii. — Goris: Retronasale Schlinge zur Entfernung der Tumoren des Nasenrachenraumes. — Heidenreich: Neue Methode, die Nasenrachenpolypen zu entfernen. — Richei: Schwammgewächs der Nasenhöhlen. — c) Pharyngo-laryngologische: Markwald: Verhältniss des Schluckcentrums zum Respirationscentrum. — Myles: Epithelioma der Epiglottis mittelst eines Epiglottome entfernt. — Gouguenheim: Phthisis laryngée. — Pick: Fall eines im Ventrikel des Kehlkopfes eingekleiteten Fremdkörpers, entfernt durch Tracheotomie, Heilung.

Zur gefälligen Beachtung!

Separat-Abdrücke von Referaten werden nicht angefertigt, wenn sie **nicht ausdrücklich gewünscht** werden. Adressen in **fremden Sprachen**, wenn sie nicht **ganz deutlich geschrieben** sind, können nicht berücksichtigt werden. So ist die Adresse von Herrn Dr. Favitzky in **russischer Sprache** nicht zu entziffern und deshalb nicht zu drucken. Auch war der Satz bereits auseinander genommen. Einen neuen Satz extra anzufertigen von dem Referate, würde 10,50 Mk. kosten! **Voltoolini.**

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt **Klage** geführt worden, dass die **Correcturen** mangelhaft besorgt würden. Da die **Monatsschrift** in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit **Original-Arbeiten** versehen wird, so könnten **Wochen** vergehen, ehe die **Correcturen** von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze **recht klar und deutlich** zu schreiben, am besten von **leserlicher Hand** abschreiben zu lassen, dann kann die **Correctur** von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und in **ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freyung 7, und **pharyngo-laryngologische** nur an Herrn Prof. Dr. Voltoolini in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die **Expedition**, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl **Separat-Abzüge** beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschöner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapring** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Sträbing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. Jos. Gruber
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. Rüdinger
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. Schrötter
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien
und

Dr. R. Voltolini
Professor
an der Universität
Breslau

Dr. **Weber-Liev**
Professor der Ohrenheilkunde in Bonn.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes. Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, August 1889.

No. 8.

Bestiglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Monatsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

Wegen Erkrankung Prof. Voltolini's findet fortan auch die **Redaction des laryngologischen Theiles** der Monatsschrift von Wien aus statt, weshalb um die Uebersendung aller Beiträge für denselben, wie für den **otiatrischen und rhinologischen Theil**, sowie **aller Recensionsexemplare** von Büchern und Tauschexemplare von Zeitschriften etc. **direct** an den Unterzeichneten gebeten wird.

Wien I, Freyung 7.

I. A.: **Prof. Gruber.**

I. Originalien.

Aus der Klinik des Herrn Prof. Dr. J. Gruber.

Drei Fälle spontaner Schrumpfung von Ohrpolypen.

Von

Dr. B. Gomperz,

Assistenten der k. k. Universitätsklinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

(Fortsetzung und Schluss.)

Fall III. Franz Wallner, Schneiderlehrling aus Steinfeld in N.-Oest., in die Klinik aufgenommen 13. April 1889.

Patient leidet seit drei Jahren an beiderseitigem Ohrenflusse, der nach einem Sprung beim Baden, wobei kaltes Wasser in die Ohren drang, aufgetreten sein soll. Der Ausfluss dauerte mit längeren Pausen

bis jetzt an. Erst vor wenigen Wochen ward Patient sich dessen bewusst, dass er schlechter höre, gleichzeitig trat Schwindel auf, der sich beim Bücken und brüskten Bewegungen einstellt. Erbrechen bestand nie. An der Lunge Rasseln L. H. O. und systolische (anaemische) Geräusche über allen Ostien, Herzdämpfung normal.

Stat. praes. Rechtes Ohr. Trommelfell verdeckt durch einen bis in die Mitte des knöchernen Gehörganges vorragenden dunkelrothen, glasig durchscheinenden Polypen, der breit aufsitzt und sich mit der Sonde nur wenig verschieben lässt. Uhr 16 Ctm. (norm. 4 Mtr.) Linkes Ohr. Trommelfell in der hinteren unteren Hälfte destruiert, in seiner oberen Hälfte mit blassen Granulationen bedeckt. Uhr 110 Ctm. Patient wird mit Durchspülungen der Paukenhöhle und Borsäure-Insufflationen behandelt. Ich lasse die das linke Ohr betreffenden Daten weg, um die Krankengeschichte nicht unnötig zu verlängern und beschränke mich bloß auf die Wiedergabe der über das rechte Ohr gemachten Aufzeichnungen. Am 18. April zeigte sich eine sichelförmige, mässig geschwollene Partie von dem hinteren oberen Quadranten des Trommelfelles und der Polyp war auffallend geschrumpft, so dass ich, eingedenk der vorigen Fälle, von jeder weiteren medicamentösen Behandlung absah. Patient wurde nur mit Luftdouche und Ausspülung behandelt. Am 23. April: Es ist stürmische Secretion an beiden Ohren aufgetreten, nachdem Patient in einem unbewachten Momente in leichter Spitalskleidung in den Garten gelaufen war. Täglich Luftdouche, Ausspülung, Verschluss des Ohres mit Sublimatgaze. Am 4. Mai: Secretion hat rechts wieder sistirt. Unterdess war der Polyp immer mehr geschrumpft, man konnte Tag für Tag sein Zurückgehen bis an's Trommelfell verfolgen, an dem zuerst der kurze Fortsatz, dann der hintere Rand einer Perforation auftauchte, aus der der Polyp offenbar vorgewuchert war. Am 8. Mai bot sich folgendes Bild dar: Trommelfell blassroth, verdickt, k. Fortsatz und Hammergriff gut sichtbar, letzterer ist in den hinteren Rand einer über linsengrossen Perforation der unteren Trommelfellhälfte einbezogen, hinter der die Paukenschleimhaut noch geschwollen, orangeroth sichtbar ist. Am 23/6., an welchem Tage Patient nach Heilung der Otorrhoe auch des linken Ohres entlassen wird, sieht man rechts das Trommelfell blassgrau, den k. Fortsatz und Hammergriff deutlich vorspringend, fast die ganze untere Hälfte der Membran von einer nierenförmigen Perforation eingenommen, in deren Hilus der Umbo taucht; die Schleimhaut des Promontorium's gelbroth, die Riffe der unteren Paukenwand deutlich sichtbar, Uhr 1 Mtr., Flüstersprache 15 Mtr.



B. Tr.

Histologischer Befund No. 1.

Bei der Untersuchung des in Alcohol gehärteten, mit Alauncarmin gefärbten Präparates erweist sich der aus dem linken Ohre des Fabian (Fall I.) stammende Polyp als zellenreiches Fibrom, welches von einer bis 0,25 Mmtr. dicken Malpighi'schen Schichte (e) bekleidet ist. Die Oberfläche der Plattenepithelschichte ist grösstentheils glatt, während sie in Abständen von 0,1—0,15 Mmtr. Zapfen von 0,1—0,5 Mmtr. Länge und 0,02—0,1 Mmtr. Dicke entsendet. Die peripheren Parthien des Stromas sind ausserordentlich zellenarm, fast nur aus welligem Bindegewebe be-

stehend, während die Rundzellen in unregelmässigen Haufen angeordnet, sich in den centralen Theilen, besonders im Verlaufe der Blutgefässe vorfinden. Die Zellen sind auffallend klein, 0,002—0,004 Mmtr. im Durchmesser haltend. Letztere Grösse ist nur sehr spärlich vertreten, während die überwiegende Menge 0,002—0,003 Mmtr. Durchmesser zeigen.



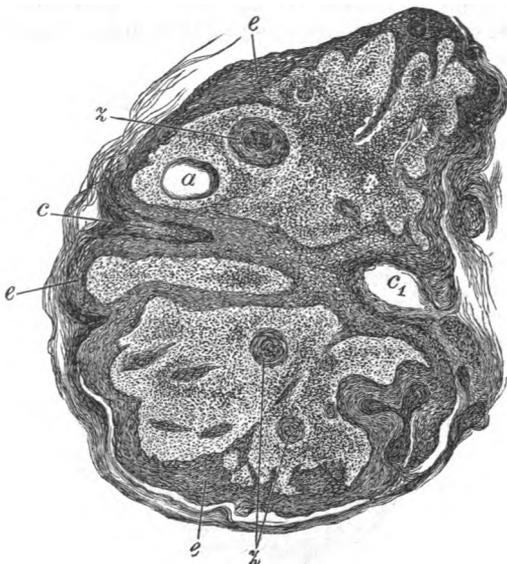
Reichert Obj. 4, Ocular 3. Vergr. $\frac{1}{60}$.

Höchst auffallend ist der Befund an den Gefässen, deren Lumen allenthalben mit Endothelzellen ausgefüllt erscheint; nur äusserst wenige Querschnitte zeigen noch Spuren eines Lumens. Längs der Capillaren sind reichliche Spindelzellenzüge zu bemerken; gegen die Mitte und besonders gegen die Basis der Geschwulst zu, finden sich Blutaustritte in's Gewebe, die zum Theil auf die bei der Operation erfolgte Blutung, grösstentheils aber auf schon vor der Operation erfolgte Blutaustritte bezogen werden müssen, da sich stellenweise feinkörniger Zerfall — und das besonders in der Mitte der Geschwulst —, theils Organisation erkennen lassen.

Histologischer Befund No. 2.

Der 1,3 Mmtr. lange, 1 Mmtr. breite Polyp vom linken Ohre des Patienten Frost (Fall II.) zeigte eine 0,03—0,08 Mmtr. dicke Malpighi'sche Schichte (e), welche ungefähr in der Mitte 2 die ganze Breite der Geschwulst durchsetzende Epithelzapfen entsendet, welche bis 0,14 Mmtr. Dicke zeigen und mit dem Ueberzuge der gegenüberliegenden Seite verschmelzen. Ausserdem finden sich reichliche Querschnitte solcher Zapfen (z) (Epithelnester) von 0,02—0,17 Mmtr. Durchmesser. Die Oberfläche des Polypen zeigt dicke concentrische Lagen von verhornten Epithelzellen, und solche verhornte Parthien, die sich durch ihre zinnoberrothe Farbe von der carminrothen Farbe der noch lebensfähigen Parthien deutlich

unterscheiden, finden sich auch an dem die Geschwulst halbirenden Zapfen 0,3 Mmtr. weit vordringend (c), und in der Mitte einiger Querschnitte solcher Zapfen.



Reichert, Obj. 4, Ocul. 3. Vergr. $\frac{1}{100}$.

An 2 Stellen a, c₁, sieht man grössere Hohlräume, welche durch das Ausfallen dieser verhornten Epithelzapfen entstanden sind. Das Stroma, welches hier gegen die epithelialen Bestandtheile an Masse zurücktritt, besteht aus einem feinwelligem Bindegewebe, welches in den peripheren Parthien zellenärmer ist als in den centralen, wo dichte Rundzellenhaufen lagern. Auch hier sind die Gefässe ungemein spärlich, ihr Lumen stellenweise noch offen, stellenweise durch Endothelwucherungen verstopft. Die Rundzellen haben grösstentheils einen Durchmesser von 0,002 — 0,004 Mmtr.; solche von grösserem Durchmesser finden sich nicht.

Es ergibt sich demnach, dass die Möglichkeit einer spontanen Schrumpfung wahrer Polypen — mit Epithel bekleideter Geschwülste — und auch gestielter Polypen unläugbar ist.

Was die anatomischen Verhältnisse anbelangt, die zur Schrumpfung der Polypen Anstoss gaben, so ist zur Erklärung derselben die Obliteration der Arterien durch Endothelwucherung, die in beiden Fällen, besonders aber in Fall I deutlich zu beobachten war, vollständig genügend. Wir haben es in unseren Fällen mit einfacher passiver Atrophie zu thun, entstanden durch die in Folge der Blutgefässverengerung beschränkte und schliesslich aufgehobene Zufuhr von Ernährungstoffen; daher die Schrumpfung der Zellen, daher auch die Derbheit der geschrumpften Polypen.

Die Hämorrhagien im Innern des Polypen von Fall I dürften durch

den rückläufigen Blutstrom in den Capillaren, durch dieselben Ursachen entstanden sein, wie sie beim hämorrhagischen Infarkt im Gebiete verstopfter Eндarterien veranlassend sind.

Beim Polypen des Falles II ist die Mächtigkeit des epithelialen Stratum's im Gegensatze zum Stroma in die Augen springend, ferner die zur ausgedehnten Verhornung führende Atrophie der Plattenepithelzellen an der Oberfläche. Bei c zeigt sich schon eine Einschnürung des Polypen und ist es an dieser Stelle ersichtlich, wie beim Fortschreiten der Verhornung gegen die Wurzel des Polypen hin und nachträgliches Ausfallen der verhornten Zapfen die tiefen Einschnürungen, ja Theilungen der anfangs kugelrunden Wucherungen entstehen können, wie sie sich macroscopisch an dem rechten Ohre bei Fall I (siehe die betreffenden Abbildungen) verfolgen liessen.

Wenngleich wir die eigentliche Polypenbildung noch nicht kennen und nicht wissen, warum unter sonst gleichen Bedingungen hier Polypen entstehen, da nicht, so sieht man doch in der dauernden Reizung der Paukenschleimhaut oder der Trommelfell- oder Gehörgangs-Oberfläche wichtige Factoren für ihre Entstehung; es liegt nahe, dass dem Wachsthum der Polypen Einhalt geboten wird, sobald für gründliche Entfernung des stagnirenden Eiters gesorgt wird; kommt noch die Abnahme der Schwellung der Paukenschleimhaut durch die Luftdouchen hinzu, so werden auch die Blutgefäße der Neubildung schlechter versorgt — die Schrumpfung des Polypen ist eingeleitet. Der wichtigere Factor für diese dürfte aber in der Reinhaltung durch öfteres Ausspritzen zu suchen sein und ich kann es nicht unterlassen, unsere Fälle gegen die Anschuldigungen Bergmann's, die er über das Ausspritzen der Ohren bei chronischen Mittelohr-Eiterungen am Schlusse des vorigen Jahres aussprach⁹⁾, in's Feld zu führen; sie sprechen beredt für den Nutzen und die Unschädlichkeit der fachmännisch geübten Ausspritzungen mit absolut reinem Wasser und wohl gereinigten und desinficirten Spritzen.

Bevor ich aus diesen Beobachtungen Schlüsse bezüglich der Behandlung der Ohrpolypen ziehe, muss ich anführen, dass ich gewiss die operative Entfernung dieser Neubildungen, die ich hundertfältig mit schönen Erfolgen selbst ausführte, in Ehren halte. Aber nachdem wir nie im Vorhinein wissen können, ob nicht eine spontane Schrumpfung eintreten wird, möchte ich empfehlen, überall dort, wo keine cariösen Processe, keine Eiter-Retentions- oder sonstige beunruhigende Symptome bestehen, nicht gleich zur Schlinge zu greifen, sondern mehrere Tage den Effect einer blos aus Luftdouche, Ausspülung und Desinfection bestehenden Behandlung abzuwarten. Bleibt ein Erfolg aus, so ist gewiss nichts verloren. Merkt man aber Verkleinerung und Abnahme der Röthe des Polypen, sowie Nachlassen der Secretion, dann wird man besser thun — wenn der Patient Zeit hat — die Borsäure, eventuell den Alcohol anzuwenden. Der Patient wird sicher wohl dabei fahren. Ich bin davon überzeugt, dass Erfahrungen, wie ich sie hier mittheile, auch von Anderen und öfter gemacht worden wären, wäre es nicht Usus, Polypen jeder Art sofort zu operiren, zu ätzen u. s. w. Es darf auch nicht übersehen werden, dass in den angeführten Fällen die Patienten mit fast normaler

⁹⁾ Siehe Berlin. Clin. Woch. 1888, Seite 1054.

Hörweite entlassen werden konnten, die bei operativer Behandlung vielleicht nicht so hoch gestiegen wäre. Bei der Schlingenoperation sind eben bei aller Zartheit im Operiren Erschütterungen der Gehörknöchelchenkette, Zerrungen derselben oft nicht zu umgehen. Dass in den geeigneten Fällen dem Kranken eine qualvolle Operation erspart wird, ist sicherlich nicht zu unterschätzen; die Schmerzen sind ja meistens bei der Exstirpation sehr gross, auch wenn man, wie ich es versucht habe, gleichzeitig Cocain in den Gehörgang geträufelt und per tubam in die Paukenhöhle gepresst hat. Schliesslich erachte ich es als eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Gruber, für die Anregung zur Veröffentlichung obiger Fälle meinen besten Dank auszusprechen.

Ueber intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden.

Von

Dr. **Ziem**, Danzig.

Die Blutgefässe der Augenhöhle stehen mit den Blutgefässen benachbarter Höhlen, vorzüglich der Schädel- und Nasenhöhle in Rapport, woraus sich mehrere der bekannten Sympathien des Sehorgans mit dem Inhalte nachbarlicher Höhlen des Kopfes erklären.

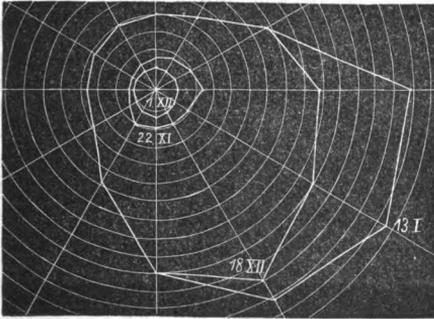
J. Hyrtl, Topogr. Anatomie 1871.

Ueber intraoculare Erkrankungen bei oder im Gefolge von Nasenkrankheiten habe ich bereits mehrmals berichtet. Es handelte sich da um asthenopische Beschwerden bei chronischer Verstopfung der Nase, um Congestion nach dem Ciliarkörper in Folge von Galvanocausis der Nasenschleimhaut, um das Fortbestehen einer traumatischen Cyklitis bei gleichzeitiger Obstruction der Nase, um Iritis bei Eiterung der Nase oder ihrer Nebenhöhlen, um glaucomähnliche oder als Vorläufer von Glaucom aufzufassende Erkrankungen im Gefolge von eitriger Entzündung der Schleimhaut der Oberkieferhöhle und um Anderes mehr. An einer Reihe von Beobachtungen habe ich zu zeigen gesucht, dass schon allein bei Berücksichtigung eines gleichzeitig vorhandenen Nasenleidens die Sehschärfe, die Accommodationsbreite und das Gesichtsfeld eines kranken Auges sich wesentlich vergrössern kann, dass manche bis dahin ohne sonderlichen oder gar ohne jeden Erfolg behandelte Entzündung der Regenbogenhaut und des Ciliarkörpers bei sachgemässer Behandlung auch des Nasenleidens zur Ausheilung gelangt*). Einen der merkwürdigsten Fälle, den ich auf diesem Gebiete gesehen, will ich in Folgendem etwas näher mittheilen, da die Kenntniss dieser Verhältnisse natürlich auch für Rhinologen von Wichtigkeit ist.

Am 20. November 1888 consultirte mich der 20jährige Speicher-

*) Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1885, Seite 260. — Allgem. medicin. Central-Ztg. 1886, No. 20 (10. März). — Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1887, S. 131 und 358. — Internat. klin. Rundschau 1888, No. 10 und 11. — Berliner klin. Wochenschrift 1888, No. 37. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 5.

arbeiter Paul Casper aus Petershagen wegen Verschleimung der linken Bindehaut. An Stelle des linken Bulbus wird ein Glasauge getragen, nach dessen Herausnahme sich zeigt, dass der Conjunctivalsack, der in Folge einer etwas sehr ausgiebigen Excision stark geschrumpft ist, ziemlich reichlich secernirt. Druckempfindlichkeit des Stumpfes besteht nicht. Es wird zunächst das Weglassen der Prothese empfohlen, dann aber das bei äusserer Besichtigung ohne Abnormität erscheinende und auch von dem Kranken bis dahin für gesund gehaltene rechte Auge genau geprüft, da der suchende, starre Blick des Pat. schon bei seinem Eintreten in das Zimmer mir aufgefallen war. Es besteht hier emmetropischer



Tafelzeichnung auf 30 Ctm. Abstand.
 $\frac{1}{40}$ der natürl. Grösse.

Bau mit $\frac{5}{12}$ Sehschärfe, Zahlen von Nieden I. werden von 34 — 7 Ctm. gelesen, so dass die Accommodationsbreite also 11 Dioptrien beträgt. Das Gesichtsfeld ist nach allen Richtungen hin sehr stark eingeschränkt (vergl. die Zeichnung). Bei Untersuchung mittelst des Augenspiegels findet sich eine ziemlich starke venöse Hyperämie der Sehnervenscheibe, aber keine Trübung der brechenden Medien. Die Spannung des Bulbus ist, für Fingerprüfung, nicht erhöht.

Anamnestisch ergab sich Folgendes: Seit Pfingsten 1883 hatte Pat. Anfälle von Flimmerscotom an dem linken Auge gehabt, die monatlich 1 oder 2 Mal kamen oder auch länger pausirten. Es trat dann besonders beim Aufenthalt in warmen Räumen ein stechender oder kniefender Schmerz oberhalb des Auges auf, dann die Erscheinung von „flimmernden und blitzenden Farben“ mit schliesslicher Verdunkelung des Sehvermögens. Nach Beendigung des Anfalls, der bis $\frac{1}{2}$ Stunde andauern konnte, Eingenommenheit des Kopfes und Schmerzen in demselben, öfters den ganzen Tag anhaltend. Ob bei diesen Anfällen die Nase verstopft gewesen, vermag der Kranke nicht anzugeben, doch hat er schon seit seinem 5. Lebensjahre, seitdem er einmal mit Wucht auf die Nase aufgeschlagen, an Verstopfung der Nase viel gelitten. Wechselfieber war nicht vorausgegangen. Im Herbste 1887 Magendarmcatarrh und sodann häufige Schmerzen in der linken Stirngegend, die in einem Krankenhaus, in welchem Patient damals mehrere Wochen lang lag, auf eine „Gehirnentzündung“ bezogen und mit verschiedenen inneren und äusseren Mitteln erfolglos bekämpft worden sein sollen. Da jedoch Manches zu der genannten Diagnose nicht stimmen wollte, war man auf die Vermuthung gekommen, es könne vielleicht ein Augenleiden den Erscheinungen zu Grunde liegen, und zwar das um so mehr, als Einwärtsschielen des linken Auges damals öfters beobachtet worden. Bei einer nun vorgenommenen ophthalmoscopischen Untersuchung scheint die Lichtquelle dem Auge etwas stark genähert worden zu sein und während der Untersuchung will der Kranke auf diesem Auge plötzlich nichts mehr gesehen

haben*). In einer Augenklinik bestätigt man das Vorhandensein einer Blendung, stellt fest, dass nur noch quantitative Lichtempfindung vorhanden sei und verrichtet, nach Angabe des Pat., wegen Einwärtsschielen des betreffenden Auges dann eine — Tenotomie. Allerdings kehrt hernach etwas Sehvermögen zurück, wie dies aller Wahrscheinlichkeit nach auch nach einer ganz einfachen Blutentziehung in der Umgebung des Auges oder selbst nach einer, jedwedem operativen Eingriffe entsagenden Dunkelkur der Fall gewesen sein würde, und es werden jetzt wieder Finger in nächster Nähe erkannt, aber nun wird doppelt gesehen. Durch eine Nachoperation wird das Letztere allerdings beseitigt, doch nimmt das Sehvermögen des linken Auges mehr und mehr ab, während die Schmerzen in der linken Stirnhälfte, oberhalb des linken Auges und auch in demselben eine Verminderung nicht erfahren, trotz (oder zum Theil wenigstens wegen?) unausgesetzter, mehrwöchentlicher Anwendung von Atropin. Der Kranke lässt sich jetzt in eine andere Anstalt aufnehmen. Nach etwa 14tägiger Behandlung wird dort erklärt, dass das Auge enucleirt werden müsse, was denn auch am 12. November 1887 vorgenommen wird. Nach einem mir vorliegenden, am 6. März 1888 ausgestellten Atteste will man mit der Enucleation auch beabsichtigt haben, „das zweite Auge zu retten“, und nach Meinung des betreffenden Operateurs „scheint dies ja auch gelungen zu sein“.

Bei dem Eintreten des Kranken in mein Zimmer war das Offenstehen des Mundes, die behinderte Athmung und stark nasale Sprache desselben mir sofort aufgefallen. Meine Frage, ob man bei der ganzen Sache denn auch um das Verhalten der Nase sich gekümmert habe, wird dahin beantwortet, dass in jener zweiten Anstalt allerdings eine Untersuchung der Nase mittelst eines Nasenspeculums mehrmals vorgenommen, schliesslich aber die Erklärung abgegeben worden sei, ein Nasenleiden liege nicht vor, und wenn vielleicht auch „ein Bischen Schnupfen“ vorhanden sei, an welchen ja Jedermann jetzt zu leiden habe, so könne das mit dem Augenleiden doch nichts zu thun haben. Meinerseits fand ich allerdings auch nichts, als ich in die Nasenhöhle nur so von vorne her hineinsah, fand aber sofort, was ich vermuthete, nämlich Eiter, und zwar in bedeutender Menge, als ich nun eine Durchspülung der Nase mittelst der Mayer'schen Druckpumpe folgen liess. Unmittelbar nach der Ausspülung erklärte denn auch der Kranke, dass ihm jetzt viel leichter im Kopfe sei als seit vielen Wochen. Bei Untersuchung des Nasenrachenraumes mittelst des eingeführten Fingers fand sich übrigens noch eine ziemlich starke Wucherung der Rachentonsille vor, die ja im Gefolge von Naseneiterungen so oft auftritt. Sonst ist noch erwähnenswerth, dass die Gesichtsbildung des Kranken eine ungewöhnlich schmale, dabei ziemlich hohe ist, dass irgend welche Auftreibung der Stirn- und Wangenknochen nicht besteht, der Gaumen stark gewölbt, der Alveolarfortsatz dünn und ausserdem etwas verbogen ist, so wie man dies bei sogen.

*) Bedenkt man, dass schon damals eine bedeutende Circulationsstörung innerhalb der Bulbuskapsel und in deren Gefolge eine so und so grosse Einschränkung des Gesichtsfeldes bestanden haben wird, so muss dieser unglückliche, an und für sich allerdings äusserst fatale Zwischenfall gewiss milder beurtheilt werden.

Rhachitis der Kiefer*) öfters findet. Aeussere Nase schmal und lang, unterer Nasengang ungewöhnlich eng. Schläfen- und Infraorbitalneuralgie war rechterseits nie vorhanden gewesen, wohl aber hin und wieder eine Art kneifenden Schmerzes in der rechten Supraorbitalregion.

Trotz täglicher Durchspülung der Nase und mehrfachen Schwitzens mit Jaborandi nahm das rechte Gesichtsfeld in den nächsten Tagen mehr und mehr ab und besass am 2. December nur noch eine äusserst geringe Ausdehnung, die sich ja dem Fixirpunkte von allen Seiten her in geradezu beängstigender Weise näherte (vergl. die Zeichnung). Zugleich hatte sich bis zu diesem Tage die Sehschärfe auf $\frac{5}{18}$, die Accommodationsbreite um 2,5 Dioptrien vermindert, der Nahepunkt auf 8 Ctm. hinausgerückt (Nieden I. Zahlen von 29—8 Ctm.). Pupille, soweit ohne Vergleichungsobject zu beurtheilen, etwas weiter als normal, Iris auf Lichteinfall ziemlich langsam reagirend.

Es schien gewiss, dass bei weiterem Zuwarten der Kranke in kürzester Zeit, ja bei dem Hinzutreten irgend einer an und für sich vielleicht geringfügigen Schädlichkeit, vielleicht schon wenige Tage später erblindet sein würde. Auch das stand natürlich fest, dass es hier nicht um ein sympathisches Leiden sich handelte, wie der Wortlaut jenes oben erwähnten Attestes das vermuthen liess, denn was denn in aller Welt hätte hier zu einer Sympathie Veranlassung gegeben haben oder noch geben sollen? Ist es überhaupt angezeigt gewesen, das ersterkrankte linke Auge zu enucleiren, was ich meinerseits jedoch auf's Allerentschiedenste bezweifle, so hat doch ganz und gar keine Berechtigung vorgelegen, die Enucleation deshalb vorzunehmen, um einer sympathischen Erkrankung des zweiten Auges vorzubeugen. Offenbar war das rechte Auge nur von demselben Prozesse ergriffen, der das linke zuerst vernichtet hatte und würde bei weiterem Fortschreiten der Krankheit schliesslich wohl das unverkennbare Bild eines Glaucom dargeboten haben.

Hätte man da nun eine Iridectomie vornehmen sollen, etwa um den intraocularen Druck herabzusetzen und so das Fortschreiten des Processes zu verhindern? Doch ist ja bereits erwähnt worden, dass eine Spannungszunahme des Bulbus nicht nachzuweisen war. Auch wäre die mit der Vornahme einer Iridectomie hier offenbar verbundene Gefährdung des Fixirpunktes nicht zu unterschätzen gewesen und in mehr als einem, dem ähnlichen Falle, ist bekanntlich bei oder gleich nach der Iridectomie der Fixirpunkt verloren gegangen. Oder hätte man Blutentziehungen, Atropin und den sonst gebräuchlichen Heilapparat anwenden sollen, die bekannten Mittel, die wie in so vielen zu Anderer und meiner eigenen Beobachtung gekommenen Krankheitsfällen, so auch hier, am erst-ergriffenen linken Auge versagt hatten? Noch konnte ich mich von dem Gedanken nicht frei machen, dass eine auf Beseitigung der Anschwellung der Nasenschleimhaut abzielende Behandlung von ebenso günstigem Erfolge auch hier für das bedrohte Auge sein werde, wie ein solcher in mehreren früher von mir beobachteten Fällen zu Tage getreten war. Trotz der ja nahe liegenden Besorgniss, dass bei der hier zunächst in Aussicht genommenen Eröffnung und Durchspülung der rechten Kiefer-

*) Vergl. meine Arbeit über Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten, diese Monatsschrift 1883.

höhle ein unglücklicher Zwischenfall, das Bohren eines falschen Weges, eine starke Erschütterung des Kopfes oder dergl. zu einem plötzlichen Verluste der noch übrig gebliebenen Sehkraft führen könne, dass der Kranke, der meine Wohnung sehend betreten, dieselbe dann als Blinder verlassen müsse, trotzdem entschloss ich mich, die genannte Operation vorzunehmen, da meiner Ueberzeugung nach der Kranke unrettbar der Erblindung verfallen war, wenn nicht jene Operation sich hilfreich erweisen würde. Nachdem nun der, übrigens nicht schmerzhaft stumpf des 1. Molaris von einem Sachverständigen mit Geschicklichkeit und in schonendster Weise extrahirt worden, ging ich in das Fach des betreffenden Zahnes gleich mit einem recht breiten, einem 3 Mm. starken Bohrer ein, um nämlich eine so weite Oeffnung anzulegen, dass das Wiederabfließen der in die Kieferhöhle zu injicirenden Flüssigkeit für alle Fälle gesichert wäre, besonders auch für den Fall einer starken Verschwellung in der Umgebung des Ost. maxillare. Ich spürte deutlich, dass ich mit dem Bohrer in einen Hohlraum gelangte, war aber, obschon bei der hier vorhandenen Formation des Kiefers darauf vorbereitet, einen nur kleinen Sinus zu finden, dennoch überrascht, denselben nach Einführen einer Sonde so wenig umfänglich anzutreffen, dass seine Ausdehnung etwa nur der Kuppe eines Fingers entsprach. Es wurde die Irrigationscanüle eingesetzt und alle eingespritzte Flüssigkeit floss wieder aus der Op.-Oeffnung zurück, nicht ein Tropfen kam durch die Nase heraus, in welcher Richtung auch immer die Canüle gehalten werden mochte.

Am nächsten Tage (3. December) Sehvermögen nicht schlechter. Auch jetzt fließt die in den Sinus injicirte Flüssigkeit nicht aus der Nase ab, wohl aber entleert sich aus der Operationsöffnung zugleich mit der Injectionsflüssigkeit unverkennbarer, zudem etwas übelriechender Eiter.

4. Decbr. Tropfenweiser Abfluss aus der Nase. Kopf viel freier.

7. Decbr. Deutliche Vergrößerung des Gesichtsfeldes nach allen Seiten hin, noch weitere am 10., so dass dasselbe jetzt schon grösser ist, als bei Beginn der Beobachtung am 20. November.

11. Decbr. Spaltung eines kleinen Zahnabscesses nahe der Operationsöffnung. Nase bedeutend freier durchgängig.

13. Decbr. Aermalige Vergrößerung des Gesichtsfeldes. Sehschärfe jetzt fast $\frac{5}{5}$, Nieden I. Zahlen von 64—6 Ctm.!

Bei täglicher Durchspülung nimmt die Vergrößerung des Gesichtsfeldes nun schnell zu. Die in die Kieferhöhle injicirte Flüssigkeit fließt in breitem Strahle aus der Nase ab, so dass also die Anschwellung der Sinusschleimhaut entweder schon gänzlich beseitigt oder doch in voller Abnahme begriffen ist. Am 18. Decbr. wird der Patient als arbeitsfähig entlassen, um sich für die Weihnachtszeit ein paar Pfennige zu verdienen und ist dann in der Folge noch hin und wieder durchgespült worden.

18. Januar 1889. Sehschärfe $\frac{5}{5}$, Nieden I. Zahlen von 66—5 Ctm., A also = 18,5 D. Gesichtsfeld sehr gross. Venen der Sehnervenscheibe noch etwas gewunden.

Am 26. Februar kehrte der Kranke zu mir zurück, da eine Verschlechterung seines Sehvermögens wieder eingetreten sei und da die gegen den Blutandrang nach dem Kopfe von anderer Seite verordneten

Medicamente (Bromkali innerlich und sonderbarer Weise auch Einreibungen des ganzen Körpers mit — Perubalsam!) eine günstige Einwirkung nicht ausgeübt hatten. Sehschärfe $< \frac{5}{5}$, Nieden I. Zahlen von 48—7 Ctm. Gesichtsfeld wieder etwas kleiner. Nase stark verstopft, beim Ausspülen derselben wieder Eiter, Operationsöffnung noch offen, doch fließt die in den Sinus eingespritzte Flüssigkeit nicht aus der Nase ab. Bei Fortsetzung der Ausspülungen und Abtragung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume mittelst der Schlinge gewinnt das Gesichtsfeld wieder die frühere Ausdehnung, und Nieden I. Zahlen werden wieder von 57—6 Ctm. gelesen. Es wird dem Kranken, der über die wieder eingetretene Besserung seines Sehvermögens, und besonders auch über die Abkömmlichkeit der von anderer Seite nochmals empfohlenen Iridectomy natürlich sehr erfreut ist, Wechsel seiner sehr modrigen Wohnung und seiner mit Erregung von vielem Staube verbundenen Beschäftigung, ausserdem noch eine längere Behandlung seiner Naseneiterung bis zur vollständigen Ausheilung derselben dringend empfohlen, doch ist er dann in Folge seiner Uebersiedelung nach Berlin meinem Beobachtungskreise vorläufig entschwunden.

Schon in früheren Arbeiten habe ich mich dahin ausgesprochen, dass es in den vorhergehenden ähnlichen Beobachtungen weder um neurasthenische noch um hysterische Personen sich gehandelt habe, dass auch ein sogen. reflectorischer Einfluss seitens der angeschwollenen Nasenschleimhaut in dem Sinne von Hack und seiner Nachfolger nicht zu erkennen ist, dass hier vielmehr Störungen der Circulation in Betracht kommen. Es liegt hier nicht ein activer Vorgang vor, nicht eine Wallung nach dem Gefäßgebiete der Orbita und weiterhin des Bulbus, als vielmehr eine passive oder collaterale Hyperämie, eine Stauung von den Nasen- und Kieferhöhlenvenen, von den Ethmoidales, der Infraorbitalis und anderen, nach den Venen der Orbita und des Bulbus, eine Stauung, die eine Ausgleichung durch Collaterale, wie so oft an anderen Gefäßprovinzen, hier darum nicht erfährt, weil mit der Verstopfung der Nase auch die Aspirationsgrösse der Lungen für das kreisende Blut, das Venenblut und den Lymphstrom beeinträchtigt ist (Ziem, Sandmann).

Der vorstehende Fall, der in eine Anthologie der Irrthümer in der Medicin aufgenommen zu werden verdiente, dürfte die Forderung berechtigt erscheinen lassen, wenn eine Hyperämie im Innern des Bulbus, besonders im Schwellorgan des Auges, im Ciliarkörper, mit Circulationsstörungen in der Nasenhöhle zusammentrifft, dass dann, bevor eine eingreifendere Behandlungsmethode des Augenleidens selbst Platz greift, zuerst der Versuch gemacht werde, ob nicht die Herstellung der physiologischen Kreislaufverhältnisse an und für sich schon genügt, die Circulationsstörung auch im Binnenraume des Bulbus auszugleichen. Freilich wäre im vorliegenden Falle Nichts ungeeigneter gewesen, als eine Galvano-cauterisation oder eine Cocainisirung der Nasenschleimhaut vorzunehmen, da gerade nach derartigen Eingriffen Congestion nach dem Ciliarkörper von mir, E. Berger und Markwort beobachtet worden ist, die, wenn irgendwo, dann hier grossen Schaden hätte anrichten und das Sehvermögen noch weiter vermindern können.

Allgemeines über Kehlkopftuberculose und der jetzige Stand ihrer Behandlung.

Vortrag, gehalten im „ärztlichen Berufsverein“ zu Berlin.

Von

Dr. med. **Otto Ringk,**

Special-Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankh.

(Schluss.)

Ich wende mich nun zur Therapie.

Die ganze neuere maassgebende Literatur beschäftigt sich, wohl wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose, leider nur mit der Behandlung vorhandener tuberculöser Geschwüre. Alle vorhergehenden Stadien der Anaemie (Hyperaemie) und Schwellung werden nicht besprochen, obwohl naturgemäss eine erfolgreiche, Einhalt gebietende Therapie in diesen Stadien der beginnenden Kehlkopftuberculose das Ziel unserer Wünsche sein müsste.

Ich muss mich deshalb auf eine Wiedergabe meiner Ansichten und Erfahrungen beschränken und werde mich bemühen, diese möglichst nach einem festen System wiederzugeben.

Meinen Erfahrungen nach ist die Behandlung des ersten Stadiums, des Tuberkel ablagernden, unter dem Gesichtspunkte einzuleiten, ob wir es mit einer anaemischen oder hyperaemischen Schleimhaut zu thun haben; das strenge Wählen der Medicamente nach diesem Gesichtspunkte sichert den möglichen Erfolg. Die Anaemie bedingt naturgemäss reizende Medicamente, obwohl ja zugegeben werden muss, dass selbst Insufflationen indifferenten Substanzen als Fremdkörper eine Hyperaemie erzeugen werden; doch können solche nicht eine nachhaltende beabsichtigte Wirkung ausüben, schliesslich müssten dann die den Larynx durchgehenden mehr weniger reizenden krankhaften Sputa einen gleichen Einfluss ausüben und überhaupt keine Anaemie zu Stande kommen lassen.

Am besten, habe ich gefunden, wirkt bei dem anaemischen Initialstadium ein Betupfen der Plic. interarytaen. oder des oberen inneren Randes der Epiglottis mit Liqu. ferr. sesquichlorati 4,0 : 30,0 oder einer 5proctgn. Argent. nitr.-Sol. einmal des Tages, oder mit Ol. camphoratum wie Insufflation von Creolin, calc. phosph. ää, bis die Anaemie einer milden Hyperaemie Platz macht. Ist diese eingetreten, dann müssen diese Betupfungen eingestellt werden oder in gebotenen Intervallen stattfinden; weil, überschreitet man jetzt eine gewisse Grenze, wir nicht blos eine Hyperaemie erhalten, sondern wir stehen in Gefahr, uns plötzlich einem Oedem der gesammten Larynxschleimhaut gegenüber zu sehen, ein Fall, der mir selbst begegnet ist und mich sehr vorsichtig gemacht hat. Um immer einen sicheren Anhalt zu haben über die Intensität der erzeugten Röthung der Schleimhaut, übe sich der Anfänger damit, die verschiedensten Abtönungen der rothen Farbe im Spiegelbilde zu erkennen, indem er bei Lampenlicht solche Abstufungen der rothen Farbe mit seinem Halsspiegel betrachtet.

Differentiell auseinanderzuhalten ist von dieser eben besprochenen tuberculösen Anaemie die Compressionsanaemie, welche durch Deposition grösserer Mengen Tuberkeln entstehen kann. Wenn diese Compressions-

anaemie überhaupt im Sinne einer eigentlichen Anaemie vorhanden ist, wird sie eine durchaus über oder zwischen den Tuberkelablagerungen localisirte sein; mir will es nur immer erscheinen, als wenn diese comprimirte Stellen nur deshalb oft als anaemisch sich zeigen, weil sie nicht so dunkelroth gefärbt erblickt werden, als die umgebende Hyperämie der Schleimhaut. Sollten wirklich einmal so viel Tuberkel sich ablagern, um eine reine Compressionsanaemie zu bedingen, so wird sich bald eine ausgleichende collaterale Hyperaemie auf der Oberfläche der Schleimhaut oder Oedem einstellen.

Die Compressionsanaemie fällt naturgemäss in der Therapie ganz unter das Capitel des geschwürigen Zerfalles.

Indem wir nun zur Therapie der Hyperaemie übergehen, müssen wir uns vor Allem etwaiger vorhandener hyperaemischer Complicationen im Rachen und in der Nase versichern. Diese sind ebenso energisch in Behandlung zu nehmen, denn, wenn nicht möglichst beseitigt, können sie eine Quelle recht unliebsamer Recidive abgeben.

Bei dem hyperaemischen Stadium, welches aber ebenso zeitig wie das anaemische sich einstellen kann, werden wir zunächst auf Insufflationen von Tannin, Plumb. acet., Alum., zurückgreifen. Glauben wir, annehmen zu dürfen, dass die Deposition von Tuberkeln schon vorgeschrittener sein kann, so erweisen sich Morph.-Insufflationen und Pinselungen von 5 proctgr. Cocainlösung oft von überraschendem Erfolge, jetzt auch Insufflationen von Jodoform, da man doch schon beginnenden Tuberkelzerfall vermuthen kann, wenn er auch noch nicht zu erkennen oder durch Schleimhautschwellung verdeckt ist, ebenso Hydrarg. chlor. mit. 1,0, Sacch. alb. 5,0, sowie lokalen Spray einer 1 proctgn. Argent. nitr.-Lösung. Zeigen sich schon Anfänge ödematöser Anschwellungen, so habe ich, wie auch im weiteren vorgeschrittenen Verlaufe dieser, eine Injection von 1 Grmm. mittelst dazu construirter Ansatzcanüle von Jodi 0,05, Kal. jodat. 0,25, Aqu. destill. 150,0, mit recht sehr befriedigendem Erfolge ausgeführt. Die Canülenspitze muss über die Plic. interarytaenoid. hinweg in das Larynxinnere geführt, und die Spritze, indem der Patient „i“ sagt, entleert werden.

Bei der Differencirung der Medication hat man auch auf den Erwerbszweig des Patienten zu achten, und ist derselbe ätzender Luft oder vielem Staub ausgesetzt, so wird man zu öligen Zusätzen greifen, um mit einem öligen Ueberzuge gewissermaassen die erkrankte Stelle von der schädlichen Luft abzusperrn; oder man wird sich in leichten Fällen überhaupt zunächst auf Bepinselungen mit reinem Oel beschränken: Ol. jecoris aselli; Ol. lini sulfuratum; Ol. phosphoratum 1,0, Ol. amygd. dc. 3,0. Ueberhaupt soll man nicht ausser Acht lassen, dass gerade in diesem Zweige der Laryngologie oft ein „zu wenig“ besser ist, als „viel“.

Bei starkem Hustenreiz wird man seinen Medicationen Morphinum zusetzen.

Sind die wahren Stimmbänder schon mit hyperämisch, so empfehlen sich Pinselungen mit starken Argent. nitr.-Lösungen; doch erfordern diese schon eine grössere technische Fertigkeit, weil eine ungeschickte Hand sofort heftige Suffocationserscheinungen auslösen wird.

Bei der geschwollenen und indurirten Form der Kehlkopftuberculose empfiehlt Murret Scarificationen; er glaubt durch Depletion der Gefässe

den Capillaren frisches Blut zuführen zu können. Für mich ist die Continuität der Schleimhaut ein *Noli me tangere*; denn solche Scarificationsstellen, auch wenn sie in drei Tagen heilen sollen, setzen immerhin einen Ort zum Ansiedeln von Monaden. Von anderer Seite wird empfohlen, diese Scarificationen mit Milchsäure einzureiben; ich habe dies auf der Schnitzler'schen und Störck'schen Poliklinik je einmal versucht; die Folge war, dass die Patienten aus Furcht vor den Schmerzen nicht wiederkamen. Aber auch davon abgesehen, so ist die Milchsäure kein Desinfectiens für Bacillen. Unter gleichem Gesichtspunkt sind auch die empfohlenen Incisionen in die Pars interaryt. bei Schluckweh zu betrachten.

Ich wende mich nun zu den Mitteln für diejenigen Fälle, in denen der Kehlkopf mit tuberculösen Geschwüren durchsetzt ist.

Zunächst nenne ich der Vollständigkeit wegen einige, die sich nicht bleibend eingebürgert haben.

Eucalyptol.

Erythroxyton (Infus der Blätter), 2 Tropfen zur Application. Solis Cohen.

Wasserstoffsuperoxyd.

Aconitinoleat in Oleinsäure (2 pCt.) soll schmerzstillender und nachhaltiger wirken, wie Cocain.

Morphinoleat (4 pCt.), Wirkung nicht so prompt, aber nachhaltiger, als Cocain.

Besorcin, soll eine besondere reizstillende Wirkung haben.

Jodaethyl-Inhalationen von Solis Cohen sehr empfohlen.

Aus dieser Reihe von Mitteln mehr heraustretend, ist die Chromsäure, deren Anwendung, an eine silberne Sonde angeschmolzen, wohl zu prüfen ist.

Ebenso Menthol in 20 proctgr. ölicher Lösung, 2 Mal täglich 1—2 Grmm. in den Larynx zu injiciren. Ich habe das Mittel in vorgeschriebener Dosirung angewendet; eine Wirkung, die einigermaassen verlässlich wäre, habe ich nicht constatiren können.

Die beiden souveränen Mittel bei der geschwürigen Tuberculose des Kehlkopfes, die heut von den Special-Collegen auf der einen Seite so warm empfohlen, wie auf der andern Seite abgewiesen werden, sind Cocain und Milchsäure. Das Cocain begegnet noch nicht solchem Widerspruche. Störck wendet eine 20 procentige wässrige Lösung an; Schnitzler eine 2—5 procentige; er nimmt statt Alcohol Glycerin, um der localen Entwicklung der Bacillen entgegenzutreten und setzt auf 10 Grmm. der Lösung 0,2 Morph. hinzu. Als das Cocain noch zu theuer war, behalf er sich mit einem Extract von Cocablättern.

Die eminent schmerzstillende Wirkung des Cocains ist bekannt; diese kommt nun bei dem eventl. zu bekämpfenden Schluckweh ungemein zu statten, ausserdem wird jeder Special-College täglich Gelegenheit nehmen können, sich von der gefässverengernden Wirkung des Cocains zu überzeugen, sowie von dem Abschwellen geschwollener Schleimhäute nach Cocainpinselungen, ein neuer Vorthail, der dem Cocain immer einen Platz in der practischen Laryngologie sichern wird. Die unangenehmen Nebenwirkungen das Gefühl einer Kugel im Halse, die das Schlucken verhindert, und das geklagte Pelzigsein werden wir schon in den Kauf nehmen müssen. Die Fälle, in denen Cocain schmerzstillend nicht wirkte, beschränken sich

nach allen Aeusserungen hierüber auf Personen hochgradigster Nervosität, die man mit verschiedenen Manipulationen doch zum Gebrauch von Cocain erziehen kann. Sollte man eine Gewöhnung an Cocain befürchten, so kann man eine Zeit lang Coffeinpinselungen anwenden; dieses nimmt nicht auf die Dauer den Appetit wie Cocain.

Hering injicirt in die hintere Pharynxwand 0,03 Cocain.

Das zweite gepriesene, aber ebenso energisch bekämpfte Mittel ist die Milchsäure. Für diese treten besonders Hering, der sie mit seiner Spritze ebenfalls wie Cocain injicirt, und Krause auf.

Zunächst ist die Anwendung eine sehr schmerzhaft, bei wirklich decrepiden Personen also von Anfang an ziemlich ausgeschlossen, deshalb rath auch Mosetig die umliegenden Theile vor der Behandlung mit Milchsäure einzüelen. Auch ist eine Einigung über die Dosirung noch nicht festgesetzt. Krause geht bis 80 pCt., er hebt besonders hervor, dass die Milchsäure nur das kranke Gewebe zerstören soll, das gesunde dagegen intact lassen, und die erzeugten Narben sollen eine gewisse Immunität gegen weitere Tuberkelnachschübe sichern; im Zusammenhang damit Abnahme der Infiltration, der Schwellung, des Schluckwehs und Bildung eines guten Geschwürgrundes. Schnitzler glaubt auch gute Erfolge von der Milchsäure gesehen zu haben, steht aber von der Anwendung ab. Hier war besonders der verstorbene Böcker ein Gegner der Milchsäure. Im Uebrigen tauchte schon vor 15 Jahren einmal die Milchsäure auf; als ich noch Assistent von Hüter in Greifswald war, wurden mit ihr bei Knochenleiden Versuche auf der Klinik gemacht, die wir jedoch bald fallen liessen.

Anführen muss ich noch einen chirurgischen Eingriff bei Oedem: die Tracheotomie. Die Einen empfehlen schon bei geringen Graden desselben, also gewissermaassen prophylactisch, dieselbe; Andere, besonders Mackenzie, heben sie für verzweifelte Fälle von schliesslicher Dyspnoe auf. Schrötter ist ebenfalls der Tracheotomie gänzlich abgeneigt.

Zum Schlusse der Therapie lenke ich noch die Aufmerksamkeit auf die Electricität. Ich habe zur Zeit einen ganz verzweifelten Fall geschwüriger Kehlkopftuberculose in Behandlung; die beiden falschen Stimmbänder, sowie die geschwollene untere Fläche der Epiglottis liegen wie sackähnliche Gebilde zusammen und gestatten nur mühsamen Durchzug der Inspirationsluft. Die Kranke ist schon seit über einem Jahre in den verschiedensten Händen gewesen. Da alle Mittel im Stich liessen, versuchte ich es mit localer Anwendung des Inductionsstromes, und klagt seit dieser Behandlung die Kranke bedeutend weniger, sie fühlt schon Erleichterung beim Treppensteigen.

Sie sehen also, an Mitteln und Vorschlägen, die Kehlkopftuberculose zu heilen, fehlt es nicht. Der Widerstreit, der sich bei einzelnen, besonders einschneidenden herausgebildet hat, liegt einerseits in den durch sie bedingten technischen Schwierigkeiten der Anwendung, andererseits aber an dem jeweiligen Zustand des Patienten selbst, in wie weit eben die durch allgemeine Tuberculose geschwächte Körperkraft des einzelnen Individuums noch fähig ist, gegen locale Eingriffe mehr weniger günstig zu reagiren. Aus diesem verschiedenen Kräftezustand heraus erklärt es sich, warum die Einen die Einen ein Medicament in den Himmel erheben, während Andere die totale Erfolglosigkeit desselben Medicamentes auf

Grund ihrer Erfahrungen constatiren. Von vornherein dürfen wir uns deshalb durch eine besonders hervortretende Decrepidität eines Patienten von der Anwendung eines schärferen Medicamentes nicht abhalten lassen. Der eine Patient z. B. kann in seinem Zustande ein völliges Bild des Jammers darbieten, hervorgerufen durch wochenlange, von Hustenparoxysmen gestörte Nächte; mit Beseitigung dieser Hustenanfälle erholt sich der Patient zusehends, während ein anderer, vielleicht Anfangs weniger krank erscheinender Patient gar keine Kräfte zur Erholung mehr bietet: seine Decrepidität war mehr durch die Wirkung des hectischen Fiebers bedingt.

Leicht könnte man aus dem Gesagten den Schluss ziehen, als wenn die Laryngologie im Allgemeinen wenig bei Bekämpfung der Tuberculose im Halse zu leisten im Stande wäre. Dem ist nicht so. Eine Heilung freilich der Tuberculose ist ihr nicht gelungen, eben so wenig wie der innere Kliniker bisher auf diesem Felde Früchte seiner Thätigkeit ernten konnte. Aber gelungen ist ihr, viele Patienten von ihrem entsetzlichen Husten, von ihrem noch schlimmer quälenden Schluckweh zu befreien, welche man als ultima ratio bis dato vergeblich mit Morph. und Aqu. laurocerasi zu bemeistern suchte, gelungen ist ihr, durch Heilung von tuberculösen Halsgeschwüren den Gesamtprozess oft zum Stillstand zu bringen. Ihr Hauptverdienst aber ist, dass sie uns in den Stand setzt, schon zu einer Zeit die schleichenden Anfänge jener schrecklichen Seuche im menschlichen Organismus zu erkennen, wo uns noch vorher sämtliche Mittel einer derartigen Erkenntniss fehlten. Mögen noch so viele der Herren Aerzte das Specialistenwesen verurtheilen, auf dem Specialgebiete der Laryngologie blühen uns noch herrliche Erfolge.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1888 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Missbildung der Ohrmuschel.*)

kam einmal zur Beobachtung.

H. Br., 12 J. alt, Schülerin, wird behufs Vornahme einer Operation an ihrer verkrüppelten Ohrmuschel von ihren Eltern nach Wien gebracht. Pat. ist die Erstgeborene von vier Kindern; das dritte Kind hat die gleiche Missbildung links und soll daselbst Nichts hören. Bei beiden Kindern soll die Intelligenz ungestört sein. Eltern vollständig gesund, die Mutter war 22 Jahre alt, als sie heirathete; 23 Jahre, als sie die Patientin gebar, die Gravidität war in Ordnung verlaufen. Vater der Patientin vollkommen gesund.

*) Auch heuer blieb es bei der Gepflogenheit, jeden Patienten nur einmal im Berichte figuriren zu lassen, was deshalb hervorgehoben werden muss, da viele Patienten an beiden Ohren differente Prozesse darboten; es wurde nun bei der Einreihung in den Bericht nach dem Grundsätze vorgegangen: a potiori fit denominatio.

Stat. praes. An beiden Seiten zeigt sich vollkommen symmetrisch die gleiche Missbildung. Erhalten ist der Lobulus mit dem nach oben angrenzenden Theile der Ohrmuschel bis zur Höhe des äusseren Gehörganges. Hier, in der Ebene der Lidspalte ist der Hautlappen an seiner Unterlage fixirt, von da zieht nach oben der verkümmerte Rest der oberen Hälfte der Ohrmuschel. Der untere Lappen, der mit dem Lobulus endet, ist knorpellos. In der Tiefe ist der knorpelige Gehörgang tastbar. Der erste Anblick bringt auf die Idee, dass die Missbildung durch Ueberklappen der Ohrmuschel nach vorne und Verwachsung des Helixrandes mit der Gegend vor dem Tragus entstanden sei und lässt sich diese Form durch Ueberklappen der Ohrmuschel bei einem Gesunden leicht nachahmen. Laute Sprache R. 12, L. 24 Ctm., Rinne beiderseits negativ. Da man einen sicheren Erfolg von der Operation nicht versprechen konnte, entschlossen sich die Eltern, dieselbe nicht ausführen zu lassen.

Othaematoma auriculae.

E. F. 30 J., Drechsler, giebt an, seit drei Wochen eine Anschwellung der rechten Ohrmuschel zu bemerken. An der Vorderfläche der Ohrmuschel zwischen Crus inferius und Crista helicis findet sich eine ovale, $2\frac{1}{2}$ Ctm. lange, 2 Ctm. breite, von normaler Cutis bekleidete und deutliche Fluctuation darbietende, oberflächlich glatte Geschwulst. Die hintere Fläche der Ohrmuschel ist normal. Es werden Bepinselungen mit Jodtinctur angewendet. Nach einer zweiwöchentlichen Behandlung konnte auffällige Abnahme der Schwellung constatirt werden. Patient blieb nach diesem Zeitraume vom Ambulatorium weg.

Fremdkörper im äusseren Gehörgange

kamen 45mal zur Beobachtung. Die Zahl der Fälle, in denen seitens hierzu Unberufener rohe Extractionsversuche angestellt wurden, war in diesem Jahre eine wesentlich geringere, und es hat den Anschein, als ob unsere eindringlichen Warnungen, die wir in Wort und Schrift gegen die instrumentale Entfernung der Fremdkörper seitens mit der Ohruntersuchung nicht Vertrauter unablässig erheben, gefruchtet hätten. Wenigstens kamen nur mehr wenige Verletzungen in Folge von Extractions-Versuchen zur Beobachtung. Wir lassen zwei diesbezügliche Krankengeschichten folgen, aus denen zu ersehen ist, dass das Zuwarten bei eingekeilten Fremdkörpern nicht ohne Berechtigung ist.

Leopold W., 6 Jahre alt, aus Wr. Neustadt wurde am 19. April in die Klinik gebracht. Vor acht Tagen hatte er sich einen Fremdkörper in's Ohr gesteckt, den der Hausarzt, ohne die Ausspritzung zu versuchen, mit Pincette und Haken entfernen wollte. Das Kind wurde dann nach Wien zu einem Arzte gebracht, der es sofort zu uns schickte, als ihm die Ausspritzung misslang.

Es fand sich der Gehörgang zugeschwollen, mit Eiter erfüllt, in der Tiefe war ein kaum stecknadelkopfgrosses, braunrothes Stückchen eines Fremdkörpers sichtbar, der sich bei der Sondirung als steinharter Körper erwies. Die Ausspritzung gelang nicht; es wurde eine Lösung von 0,30 Zinc. sulf. auf je 20,0 Glycerin und Wasser zum dreimaligen Einträufeln während des Tages verordnet. Am 1. Mai wurde uns gemeldet,

dass am 30. April der Kern aussen im Gehörgange erschienen sei und mittelst einer Haarnadel leicht entfernt werden konnte.

Bald darauf, am 9. Mai, wurde ein 4 $\frac{1}{2}$ jähriger Knabe in die Klinik gebracht, der sich sechs Tage vorher einen Stein in's linke Ohr gesteckt hatte. Drei Tage später theilte er dies seinen Eltern mit, die ihn in ein Spital führten, wo instrumentale Extractionsversuche vorgenommen wurden, die Ausspritzung jedoch nicht. Am 8. Mai wurden von einem anderen Arzte Extractionsversuche gemacht, die ebenfalls misslangen. Der Gehörgang zeigte sich nun mit lebhaft pulsirendem Eiter erfüllt, das Trommelfell war dunkel geröthet; in seiner Mitte konnte eine etwa hanfkorn-grosse, halbkugelige, weisse Vorwölbung wahrgenommen werden, die Sonde stiess hier auf einen harten Körper. Forcirte Ausspritzungen führten nicht zum Ziele. Täglich dreimaliges Einträufeln von
Zinc. sulph. 0,10,
Aqu. dest. 20,0.

16. Mai. Bei der Ausspritzung wird ein birnenförmiger, abgeplatteter, 7 Mmtr. langer, 5 Mmtr. breiter, bis 2 $\frac{1}{2}$ Mmtr. dicker Kieselstein entfernt, dabei kommt viel Wasser in den Mund. Das Trommelfell zeigt sich jetzt in der oberen Hälfte geröthet, geschwollen, der kurze Fortsatz nur angedeutet, der Hammergriff ist nicht sichtbar. Die untere Hälfte ist bis auf einen schmalen Saum an der Peripherie zerstört, dahinter sieht man die stark entzündete Paukenschleimhaut. Offenbar war der Stein mit seiner stumpfen Spitze durch's Trommelfell eingestossen worden, und hatte zum grösseren Theile in der Paukenhöhle gesteckt, während das dickere Ende nach aussen ragte.

Am 22. Mai zeigte sich das Trommelfell blassgrau, glatt und glänzend, die Perforationslücke kleiner, die Paukenschleimhaut noch lebhaft geröthet, aber nicht mehr secernirend. Ueber den weiteren Verlauf ist Nichts zu melden, da Patient nicht mehr in's Ambulatorium kam.

Ein Fall sei noch angeführt, wo ein Fremdkörper im äusseren Gehörgange, von dessen Existenz der Patient Nichts wusste, zur Polypenbildung geführt hatte. A. Mayer, 32 Jahre alt, Tagelöhner, stellt sich mit der Angabe vor, seit 3 Jahren links schwerhörig zu sein und öfters an Schmerzen zu leiden. Bei der Spiegeluntersuchung zeigt sich ein schwarzer Körper im Ohre, der sich nach dem Ausspritzen als Schiefergriffel erweist. Nun sieht man am Beginne des knöchernen Gehörganges einen erbsengrossen, breitbasig an der hinteren unteren Wand aufsitzenden fleischrothen Polypen und hinter diesem, scheinbar am vorderen oberen Rande des Trommelfelles aufsitzend, einen zweiten, etwas kleineren. Die sichtbare Parthie des Trommelfelles entzündet. Uhr 1 Mtr.; bei der Luftdouche Rasseln, kein Perforationsgeräusch. Patient weiss sich nicht zu erinnern, jemals etwas in's Ohr gesteckt zu haben, doch besteht kein Zweifel, dass die Erscheinungen der chronischen Entzündung am Trommelfelle mit dem Vorhandensein des Fremdkörpers in Zusammenhang zu bringen sind.

(Fortsetzung folgt.)

Menthol bei Furunculose des äusseren Gehörganges. Von Dr. Cholewa (Berlin). (Therapeut. Monatshefte No. 6, 1889)

Nach den günstigen Ergebnissen der Untersuchungen über die entwicklungshemmende Einwirkung des Menthol auf die Culturen des Staphylo-

coccus aureus, welcher nach den neueren Versuchen als Infectionsträger der Furunculose anzusehen ist, sowie gestützt auf den guten Erfolg der Behandlung, empfiehlt Ch. bei Ohrfurunkeln 20 procentige Menthol-Oel-lösungen, welche mit etwas dickeren, festgedrehten Wattewicken in den Meatus extern. eingeschoben werden; nach 24 Stunden wird die Einlage erneuert; Spaltung des Furunkels erst nach stattgehabter Abscessbildung.

Keller.

Ueber 13 Fälle von chronischer eitriger Otitis media, behandelt durch Excision der Gehörknöchelchen; nebst Bemerkungen. Von Dr. Colles (New-York). (Deutsche med. Wochenschrift No. 28, 1889.)

Die Fälle sind von Samuel Sexton operirt und ist der Erfolg der Operation im Allgemeinen ein ebenso günstiger gewesen, wie er bisher von verschiedenen anderen Seiten beobachtet worden ist.

Keller.

b) Rhinologische:

Der häufige Zusammenhang anhaltender und sogen. congestiver Kopfschmerzen mit abnormem Zustande der Nasenhöhlen. (Connexion entre les maux de tête continus dits congestifs et les maladies du nez.) Von Dr. Joh. O. Roe. (The med. Record, Aug. 1888 und Centralblatt f. Nervenheilkunde von Erlenmeyer.)

In den wenigen Fällen von Kopfschmerz, die von Nasenerkrankungen abhängen, hat Verf. stets gefunden, dass Theile der Nasenhöhlen, die normaler Weise von einander getrennt sind, mit einander in Berührung gebracht waren und so einen gegenseitigen, mehr weniger starken Druck ausübten. Eine Ausnahme machen Polypen und andere Nasentumoren, die aber natürlich gleichfalls durch Druck in derselben Weise krankmachend wirken. Der in allen diesen Fällen hervorgebrachte Kopfschmerz ist theils dumpf, theils scharf, theils inter- und remittirend, theils beständig. In letzterem Falle handelt es sich mehr um Druck auf knöcherne oder sonst feste Nasentheile, in den anderen um Reizung weicherer Gewebe. Die Localisation des Kopfschmerzes anlangend, wird der in die Nasenhöhle gesetzte Reiz immer in der Richtung des geringsten Widerstandes reflectirt, so dass der Schmerz bald mehr diesen, bald mehr jenen Theil des Kopfes einnimmt; immerhin giebt es jedoch gewisse Bezirke der Nasenhöhlen, von denen aus der Schmerz vorwiegend häufig auf bestimmte Hirntheile reflectirt wird. So findet sich bei Erkrankungen der unteren Muschel und der unteren Septumgegend der Schmerz am häufigsten in den hinteren Theilen der Temporal-, Parietal- und Occipitalgegend, während er bei Erkrankungen der mittleren Muschel gewöhnlich das Seitenwandbein, bei solchen der oberen Muschel die Stirn- und Supraorbitalgegend betrifft. In diagnostischer Hinsicht gelingt es oft, den charakteristischen Kopfschmerz durch Berührung der kranken Nasentheile mit einer Sonde sofort hervorzurufen. Verf. belegt seine Darlegungen durch einige Krankengeschichten.

Dr. P. K.

Ueber Erysipel der Nasenhöhlen. (De l'érysipèle des fosses nasales.)
Von Dr. Schiffer. (Revue mensuelle de laryngol. No. 5, 1889.)

Nach H. Hartmann („Aetiologie des Erysipels und des Puerperalfiebers“, Archiv für Hygiene Bd. VII, Heft 2, 1877) setzt der Microb des Erysipels sich nicht nur in die Lymphgefäße und in deren Zwischenräume in der Haut, sondern geht ebenfalls in die Mucosa der oberen Luft- und Verdauungsorgane; hier füllt er die Lymphgefässnetze und das Unterschleimhautzellgewebe aus. Demgemäss kann man ein oberflächliches und ein tiefer gehendes Erysipel annehmen. Der Tod tritt durch Allgemeininfection ein und nicht durch Einwirkung der Ptomaine. Man kann ein eigenes Nasenerysipel annehmen, sei es, dass es autochthon entsteht, sei es, dass es sich vom Gesicht auf die Nase fortpflanzt. Verf. giebt die bekanntesten Symptome des Nasenleidens und erzählt 2 hierher bezügliche Krankengeschichten. Man soll 2—3 Mal täglich Nasendouchen mittelst Sublimatlösung machen (1 : 4000); in einem Nasenloch soll immer ein mit der Lösung getränkter Baumwollentampon liegen; diese Behandlung genügt und kann sogar als Prophylaxe bei Gesichtserysipel dienen.

Dr. P. K.

Die adenoiden Vegetationen des Nasenrauchenraumes und die Laryngitis stridulosa. (Les tumeurs adénoïdes du pharynx et la laryngite striduleuse.) Von Dr. Coupard. (Revue de clinique et de thérapeutique und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1888.)

Verf. beruft sich auf das häufige Zusammenauftreten beider Leiden, um ein ursächliches Moment in den adenoiden Vegetationen zu finden. Jedenfalls ist der Zusammenhang nicht so exclusiv, mit Ausschluss aller anderen, von den Autoren angegebenen Ursachen anzunehmen.

Dr. P. K.

Die Beziehung des spasmodischen Asthma's zu chronischer hypertrophischer Rhinitis. (Relation entre l'asthme spasmodique et la rhinite chronique hypertrophique.) Von Dr. J. E. Schadle. (The medic. Record, Juli 1888 und Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer.)

Es werden 4 Fälle erzählt zum Beweise, dass das spasmodische Asthma oft hervorgerufen werde durch chronische Verdickung der Schleimhaut, welche das hintere Drittel der unteren Muscheln und des gerade gegenüber liegenden Theiles der Nasenscheidewand bedeckt.

Dr. P. K.

Fremdkörper der Nasenhöhlen; Entfernung derselben. (Corps étrangers des fosses nasales; extraction.) Von Dr. J. A. Stucky. (The Amer. pract. News und Revue mens. de laryngol. No. 2, 1888.)

Seit 5 Monaten eine Haarnadel in der Nase; Schmerz und Schwellung der betreffenden Gesichtshälfte. Die Schwellung in der Nase verging durch Bepinseln mittelst 10procentiger Cocainlösung; die Entfernung per vias naturales gelang nicht, sie musste in den Nasenrachenraum gestossen und durch den Mund entfernt werden.

Dr. P. K.

Behandlung der Nasengeschwülste und Hypertrophien. (Treatment of nasal growths and hypertrophies.) Von Frank Donaldson, M. D., Baltimore. (Vortrag vor der Medical-Society of Virginia am 26. October 1886.)

Eine Beschreibung der verschiedenen Operations- und Aetzungsmethoden, die der Rachenmandel mit eingeschlossen.

Dr. M. Schm.

c) Pharyngo-laryngologische:

Beitrag zur Lehre der Basedow'schen Krankheit. (Contribution à l'étude de la maladie de Basedow.) Von Dr. Sainte Marie. (Thèse de Paris 1887 und Revue mensuelle de laryngol. No. 9, 1888.)

Verf. erwähnt die trophischen, vasomotorischen und psychischen Störungen, welche sich zu den 3 Hauptsymptomen der Krankheit gesellen. Er erwähnt 2 weniger bekannte neurotische Erscheinungen: die Sclerodermie und das supraclaviculäre Pseudolipom; beide kommen den andern trophoneurotischen Symptomen an Werth gleich. Diese Facta sprechen für die nervöse Theorie der Entstehung des Leidens. Dr. P. K.

Cystenkröpf, Morbus Basedowi, Heilung. (Goitre kystique, maladie de Basedow, guérison.) Von Prof. Dr. Dubreuil. (Gazette médicale de Paris und Revue mensuelle de laryngol. No. 4, 1888.)

Die Radicaloperation der Cyste brachte auch Heilung der Basedow'schen Krankheit. Dr. P. K.

Croupoperation mit Ausgang in Heilung; Bemerkungen über die Tracheotomie, welche nach der schnellen Methode ausgeführt wird. (Un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée d'après les procédés rapides.) Von Dr. Descroizilles. (Archives de toxicologie und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Ein 6jähriges Kind wurde nach der schnellen Methode operirt und heilte. Man soll immer nach der schnellen, der sogen. de St. Germain'schen Methode operiren (?); blos soll man die Trachea nicht mit der linken Hand fixiren (?) und die Eröffnung der Trachea in zwei Tempo's machen. Dr. P. K.

Epithelioma der Zunge, des Mundbodens und des Arous palatoglossus. (Epithelioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier du palais.) Von Prof. Dr. Trélat. (Gazette des hôpitaux und Revue mensuelle de laryngol. No. 4, 1888.)

Verf. betont in seinem klinischen Vortrage folgende Punkte: 1) bei Leuten, wo keine Tuberculose noch Scrophulose nachgewiesen werden kann, sind doppelseitige Drüsenanschwellungen beim Fehlen anderer Krankheits Symptome ein verdächtiges Symptom; 2) ebenso verdächtig sind rasch auftretende Drüsenanschwellungen, ohne nachweisbare Ursache, besonders wenn Patienten über 40 Jahre alt sind. Es sind dies Ausnahmefälle, welche scharf von denjenigen zu trennen sind, welche mit Schling-, Sprach- und Ohrenbeschwerden beginnen. Dr. P. K.

Ein Fall von Pharynxangiom. (Un cas d'angiome du pharynx.) Von Dr. Wolfenden. (The Brit. Med. Journal, Juni 1887 und Revue mensuelle de laryngol. No. 4, 1888.)

Eine 25jährige Frau zeigte ein Angiom, welches die Hälfte des Pharynx einnahm, und dabei keine unangenehmen Symptome hervorrief.
Dr. P. K.

Ueber confluirende, aphthöse Stomatitis und ihre Behandlung. (De la stomatite aphtheuse confluyente bénigne et de son traitement.) Von Dr. E. Hirtz. (Revue mensuelle de laryngol. No. 4, 1888.)

Nachdem Verf. diese weniger bekannte Form der gutartigen, aphthösen Stomatitis beschrieben, giebt er deren Behandlungsweise an und findet, dass das Natron salicyl. als Bepinselung am besten wirkt.

Dr. P. K.

Laryngealschwindel. (Vertige laryngé.) Von Dr. Dauvin. (Journal de médecine de Paris, August 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Verf. hat 3 Mal einen Kitzel im Larynx mit convulsivischem Husten empfunden; dabei bestanden jedes Mal graduelle Erstickung und Verlust des Bewusstseins. Dieselben Symptome wurden bei einem Schiffslieutenant und bei einem anderen Arzte beobachtet, und Verf. zweifelt nicht, dass es sich um Laryngealschwindel handelte.
Dr. P. K.

Neue Methode, um gewisse Tumoren aus dem Larynx zu entfernen. (Nouveau procédé pour l'extraction de certaines tumeurs du larynx.) Von Dr. J. Fort. (Gazette des hôpitaux, August 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Gutartige, gestielte, unter den Stimmbändern sitzende Tumoren, besonders wenn die Extraction per vias naturales schwierig ist, können auf die angegebene Weise entfernt werden. Verf. macht den Hautschnitt, durchschneidet alle Gewebe bis auf die Trachea und den Ringknorpel, öffnet Trachea und Cartilago cricoidea, entfernt den Polypen und ätzt dessen Wurzel. Verf. entfernte auf diese Weise 2 solche Tumoren, der eine war nuss-, der andere bohngross.

[Was diese Methode Neues an sich hat, ist schwer zu finden; die Cricotracheotomie und das darauf folgende Ausschneiden des Polypen machte man ja in der vorlaryngoscopischen Zeit, und es ist eben ein grosser Fortschritt der Laryngochirurgie, dass solche Tumoren durch den Mund entfernt werden können. Ref.]
Dr. P. K.

Ueber Larynxepithelioma und seine Behandlung. (L'épithélioma du larynx et son traitement.) Von Dr. Butlin. (Société clinique de Londres, séance 11 Janvier und Semaine médicale No. 3, 1889.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Larynxepithelioma, welche mittelst Laryngotomie mit nachfolgender Excision behandelt wurden.

Der erste Fall betrifft eine 27jährige Frau; dieselbe schien ein gutartiges Papillom an der Stimmband-Commissur zu haben; die microscopische Untersuchung aber zwang zur Diagnose des Epithelioms; die Excision per os gelang nicht; man machte die Tracheotomie, führte die

Hahn'sche Tamponcanüle ein, machte dann die Thyrocricotomie und entfernte das Neoplasma; einen Monat später brachte man etwas Wiener Pasta auf die betreffende Stelle und entfernte die Canüle. 14 Monate später war noch kein Recidiv eingetreten.

Der zweite Fall betrifft einen 51jährigen Mann, bei welchem auffallender Weise plötzlich Athemnoth eingetreten war; die Tracheotomie musste ausgeführt werden. Die laryngoscopische und microscopische Untersuchung ergaben ein Epithelioma des linken wahren Stimmbandes; 2 Wochen später wurde die Laryngocricotomie gemacht, der Tumor wurde entfernt; 7 Monate später war noch kein Recidiv eingetreten; die plötzlich eingetretene Athemnoth erklärt Verfasser durch einen eingetretenen Catarrh.

Dr. Newmann bemerkt mit Recht, man soll bei Epithelioma nicht partiell exstirpiren, da die Geschwulst ungeheuer rasch nachwuchert; alle Versuche, per vias naturales zu exstirpiren, sind also fast ausnahmslos zu verwerfen. N. nimmt die Umwandlung eines Papilloma in Epithelioma als möglich an.

Felix Semon knüpft hieran die Geschichte eines Falles von Epithelioma laryngis mit Exfoliation der Knorpel und mit Blutungen: Bei einem 52jährigen Manne war die Diagnose auf Larynxphthise gestellt worden. Auf dem Cap der guten Hoffnung musste die Tracheotomie gemacht werden und Pat. wurde dann weiter von Morell Mackenzie in London behandelt; letzterer stellte die Diagnose auf Perichondritis. Es traten häufig recidivirende Blutungen ein. Es entstand nun unterhalb der Canüle eine Geschwulst, welche Norris Wolffenden, Mackenzie's Assistent, eröffnete; es kam etwas blutig aussehendes Serum zum Vorschein. Als Semon den Patienten sah, war die von N. Wolffenden eröffnete Geschwulst in eine fungöse Masse umgewandelt, welche an der Diagnose des Krebs keinen Zweifel mehr liess. Der Auswurf enthielt Muskel- und Knorpelfragmente. Die Lymphdrüsen waren kaum merklich geschwollen. Eine gangränöse Schluckpneumonie machte dem Leiden des Patienten ein Ende. Semon bemerkt mit Recht, dass die Diagnose manchmal schwierig ist, wenn die Necrose der Gewebe und folglich die Symptome einer Perichondritis den epithelialen Tumor verstecken.

Referent hat einen ähnlichen Fall in Behandlung; starke Blutungen durch Mund und Canüle; Expectorations von Muskelfetzen und der ganzen Cartilago cricoidea in mehreren Parzellen.

Dr. P. K.

Ueber Uterushusten. (De la toux utérine.) Von Dr. Paul Müller. (Thèse de Paris 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Es ist ein Reflexhusten; während der Schwangerschaft am häufigsten, seltener bei malignen Uterustumoren, häufiger bei Fibrom, Metritis und Knickungen. Da er oft bei nichthysterischen Frauen vorkommt, so kann man ihn nicht recht als hysterischen Husten bezeichnen. Findet man sonst keine Ursache für den bestehenden Husten, so muss man bei Frauen an die Möglichkeit eines Uterushustens denken; der Husten als solcher hat keine pathognomonischen Symptome.

Dr. P. K.

Eingefädeltel Nadel während 72 Stunden im Magen, grosse Schmerzen, keine bedeutenden Verletzungen. (Aiguille enfilée ayant séjourné 72 heures environ dans l'estomac; vives douleurs; pas de lésions graves) Von Dr. Marrabet du Basty. (Art médical, December 1888.)

Ein 49jähr. Bauer verschlang mit Heiss hunger Abends seine Suppe und legte sich zu Bette. Er verbrachte eine ruhige Nacht, stand früh Morgens gesund auf und ging zu Fuss in eine entfernte Wiese zum Mähen. Kaum hatte er begonnen zu mähen, als ihn furchtbare Schmerzen im Epigastrium befielen. Diese dauerten 2½ Tage und hörten dann plötzlich auf. Am andern Morgen ging er zur Arbeit. Unterwegs bekam er Stuhlgang und setzte sich zu diesem Zwecke an die Seite der Landstrasse. Auf einmal that er einen lauten Schrei und behauptete, von einer Schlange gebissen worden zu sein. Die anderen Mitarbeiter liefen herbei, konnten aber keine Schlange, wohl aber einen 40 Ctm. langen, aus dem After hängenden weissen Faden entdecken. Man zog daran und brachte unter vielen Schmerzen eine 5 Ctm. lange, nicht eingerstete, durch den Schwefelwasserstoff schwarz gefärbte Nadel hervor. Das Fehlen von Rost und das Unversehrtsein des Fadens bewiesen, dass der Fremdkörper nur kurze Zeit im Magen und Darm geblieben war; er war jedenfalls Abends mit der Suppe am Tage vor dem ersten Schmerzanfall verschluckt worden.

Dr. P. K.

I n h a l t.

I. Originalien: Gomperz: Drei Fälle spontaner Schrumpfung von Ohrpolypen. (Schluss). — Ziem: Ueber intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden. — Ringk: Allgemeines über Kehlkopftuberculose und der jetzige Stand ihrer Behandlung. (Schluss). II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1888 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung). — Cholwa: Menthol bei Furunculose des äusseren Gehörganges. — Colles: Ueber 13 Fälle von chronischer eitrig-er Otitis media, behandelt durch Excision der Gehörknöchelchen; nebst Bemerkungen. — b) Rhinologische: Roe: Der häufige Zusammenhang anhaltender und sogen. congestiver Kopfschmerzen mit abnormem Zustande der Nasenhöhlen. — Schiffer: Ueber Erysipel der Nasenhöhlen. — Coupard: Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes und die Laryngitis stridulosa. — Schadle: Die Beziehung des spasmodischen Asthma's zu chronischer hypertrophischer Rhinitis. — Stucky: Fremdkörper der Nasenhöhlen; Entfernung derselben. — Donaldson: Behandlung der Nasengeschwülste und Hypertrophien. — c) Pharyngo-laryngologische: Sainte Marie: Beitrag zur Lehre der Basedow'schen Krankheit. — Dubreuil: Cystenkröpf, Morbus Basedow, Heilung. — Descroizilles: Croupoperation mit Ausgang in Heilung; Bemerkungen über die Tracheotomie, welche nach der schnellen Methode ausgeführt wird. — Trélat: Epithelioma der Zunge, des Mundbodens und des Arcus palatoglossus. — Wolfenden: Ein Fall von Pharynxangiom. — Hirtz: Ueber confluirende, aphthöse Stomatitis und ihre Behandlung. — Dauvin: Laryngealschwindel. — Fort: Neue Methode, um gewisse Tumoren aus dem Larynx zu entfernen. — Butlin: Ueber Larynxepithelioma und seine Behandlung. — Müller: Ueber Uterushusten. — du Basty: Eingefädeltel Nadel während 72 Stunden im Magen, grosse Schmerzen, keine bedeutenden Verletzungen.

Zur gefälligen Beachtung!

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt Klage geführt worden, dass die Correcturen mangelhaft besorgt würden. Da die Monatsschrift in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit Original-Arbeiten versehen wird, so könnten Wochen vergehen, ehe die Correcturen von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze recht klar und deutlich zu schreiben, am besten von leserlicher Hand abschreiben zu lassen, dann kann die Correctur von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.

Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weill. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapinger** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität Wien	Dr. N. RÜDINGER o. ö. Professor der Ana- tomie an der Universität München	Dr. v. SCHRÖTTER Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität Wien	Dr. WEBER-LIEL Professor der Ohrenheilkunde in Bonn .
--	--	--	--

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes. Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, September 1889.

No. 9.

Wegen Ablebens des Prof. Voltolini findet fortan auch die **Redaction des laryngologischen Theiles** der Monatsschrift von **Wien** aus statt, weshalb um die Uebersendung aller Beiträge für denselben, wie für den **otiatrischen** und **rhinologischen** Theil, sowie aller **Recensionsexemplare** von Büchern und Tauschexemplare von Zeitschriften etc. **direct** an den Unterzeichneten gebeten wird.

Wien I, Freyung 7.

I. A.: **Prof. Gruber.**

Wehmuthsvoll geben die Unterzeichneten Nachricht von dem am 9. September cr. in Breslau erfolgten Ableben ihres unvergesslichen Freundes und Collegen, des Herrn

Prof. Dr. Rudolf Voltolini.

Der in nächster Nummer dieser Monatsschrift erscheinende Necrolog soll unseren Lesern einen genauen Einblick in den leider zu früh beendeten Lebenslauf des theueren Verblichenen ermöglichen.

Die Herausgeber dieser Monatsschrift.

Prof. Dr. Jos. Gruber. Prof. Dr. N. Rüdinger.
Prof. Dr. v. Schrötter. Prof. Dr. Weber-Liel.

I. Originalien.

Ueber die Wirkung von *Cocainum muriaticum* auf das Ohr.

Vorläufige Mittheilung

von

Prof. Dr. **Kiesselbach.**

Von der Annahme ausgehend, dass die Entstehung der Ohrgeräusche vielfach durch vasomotorische Einflüsse bedingt sei, habe ich vor einigen Jahren Versuche mit *Secale cornutum* und Chinin gemacht. *Secale cornutum* lieferte in keinem Falle ein Resultat; nach Anwendung von Chinin blieben in einzelnen Fällen die Ohrgeräusche aus, in anderen wurden sie stärker, ohne dass sich aus der Art des Geräusches oder der sonstigen Beschaffenheit des Falles eine Indication für oder gegen den Gebrauch von Chinin gewinnen liess.

Neuerdings wurde die locale Anwendung von *Cocainum muriaticum* versucht, und konnte dabei in mehreren Fällen ein günstiger Erfolg constatirt werden. Anfänglich wurden 5 — 10 Tropfen einer lauwarmen 2procentigen Lösung per tubam injicirt, doch überzeugte ich mich bald, dass dieselbe zu schwach sei, und beginne ich nunmehr mit Einspritzungen einer 4procentigen Lösung, bis zu 10 pCt. steigend. Die Einspritzungen wurden meist in Zwischenräumen von 3—5 Tagen gemacht. In vielen Fällen trat nach einer der ersten Einspritzungen Schwindel auf, manchmal mit Erbrechen, gewöhnlich $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Application; mitunter wurden die Geräusche zunächst stärker, 1 — 2 Tage lang, um dann in der Intensität gegen früher erheblich nachzulassen.

In frischen Fällen hörten pulsirende Geräusche, Sausen, Brummen, Pfeifen oder Klingen oft schon nach der ersten Einspritzung auf; am hartnäckigsten war das Geräusch, welches die Patienten als Kochen, Sieden oder Zischen zu bezeichnen pflegen. In zwei Fällen gingen nach Anwendung von Cocain pulsirende Geräusche zunächst in Sieden über; in dem einen Falle verschwand mit dem Aufhören des Siedens das Geräusch, in dem anderen traten nachher wieder pulsirende Geräusche auf.

Von chronischen Fällen wurden folgende mit Cocain behandelt:

1) Fräulein G., 18 Jahre. Links seit einigen Wochen pulsirendes Geräusch, besonders Nachts; Tuben leicht verengt, Trommelfelle normal.

Behandlung mit Catheter vom 22. März bis 10. April ohne Erfolg. 10. — 19. April Cocain. mur. 2 pCt. ohne Erfolg, seit 14. April rechts continuirliches Sieden.

24. und 31. April beiderseits 4 pCt., rechts kein Geräusch mehr.

Vom 4. Mai an änderte sich der Charakter des Geräusches, es war nunmehr continuirliches Sieden im linken Ohre vorhanden. Dasselbe wurde bei Fortsetzung der Behandlung allmählig schwächer.

Vom 2. — 18. Juni 1889 wurde 6 Mal 10procentige Lösung eingespritzt. Jedes Mal nach der Einspritzung wurde das Geräusch stärker, am folgenden Morgen trat Besserung gegen früher ein. Seit 15. Juni links noch ganz leises, entferntes Sieden.

Da Patientin sich durch dasselbe nicht mehr belästigt fühlte, wurde die Cocainbehandlung ausgesetzt.

2) Herr L., 45 Jahre, leidet seit 2 Jahren an periodisch wiederkehrendem, linksseitigen Ohrensausen, seit December 1888 an Schwindelanfällen mit Erbrechen. Seit 18. März 1889 continuirliches Sausen, Nachts stärker.

10. — 29. April 1889 Cocain. mur. 4 pCt. 7 Mal. Geräusche fortwährend abnehmend, nur selten noch etwas leises Geräusch. Seit 11. April kein Schwindelanfall.

Das Befinden des Patienten ist nach kürzlich erhaltener Nachricht andauernd gut.

3) Frau L., 60 Jahre. Seit mehreren Jahren schwerhörig, continuirliches Sausen beiderseits. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr Sausen stärker (wie das Schreien eines Kalbes), mitunter Schwindel.

Nach 3maliger Cocainanwendung 4 pCt. (13. — 16. April 1889) rechts kein Geräusch mehr, links noch selten, unbedeutend. — Etwa 14 Tage später kehrte das Geräusch wieder.

4) Frau R., 26 Jahre, überstand im August 1888 eine Mittelohreiterung rechts. Seit November 1888 fortwährendes Sausen im ganzen Kopf.

16. — 30. April 1889 Cocain. mur. 4 pCt. ohne Erfolg.

2. Mai bis 16. Juni 10 pCt. 9 Mal. Seit 30. Mai rechts kein Geräusch, links noch leises Sieden, öfter aussetzend.

5) Frau C., 50 Jahre, hat vor einem Jahre an Gehirnentzündung gelitten, seitdem beiderseits Sausen. Will nie ohrenleidend gewesen sein. Obj.: Rechts Verwachsung des absteigenden Ambosschenkels mit dem Trommelfell, links Narbe.

27. Juni bis 11. Juli Cocain. mur. 4 pCt. 5 Mal.

Seit 9. Juli links kein Sausen, rechts noch selten, unbedeutend. — Besserung zur Zeit noch vorhanden.

6) Franz S., 34 Jahre. Beiderseits seit 2 Jahren Schwerhörigkeit und Ohrensausen. Schwindel seit 2 Jahren fast beständig, mitunter stärkere Anfälle.

10. und 13. Juli Cocain. mur. 4 pCt. ohne Erfolg.

16. Juli 10 pCt. beiderseits. Seit 17. Juli kein Schwindel, Geräusch bedeutend geringer.

Gar kein Erfolg wurde erzielt bei einigen Fällen von alter Sclerose, ferner in einem Falle von Schwerhörigkeit und Ohrensausen nach Syphilis. — —

Nach den mitgetheilten Beobachtungen scheint das Cocain in geeigneten Fällen sonach nicht nur zur Verminderung der Ohrgeräusche, sondern auch zur Bekämpfung des Schwindels zu dienen (Fall 2 und 6). Die Ursache hiervon ist wohl in dem Umstande zu suchen, dass mittlere Gaben von Cocain den arteriellen Druck herabsetzen*).

*) M. Rosenthal, Exp. und klin. Beiträge zur Cocainwirkung. Wiener med. Wochenschrift No. 5, 1888.

Ueber die Häufigkeit gewisser Herzneurosen im Zusammenhang mit Nasenleiden.¹⁾

Von

Stanislaus von Stein (Moskau).

Seitdem Voltolini²⁾ im Jahre 1871 zum ersten Male seine bahnbrechende Beobachtung über die Beziehungen des Asthma zu den Nasenpolypen, mit deren Entfernung die Erkrankung verging, gemacht hatte, wurde den Nasenkrankheiten mehr und mehr Beachtung geschenkt, da es sich erwies, dass dieselben ein sehr häufiges ätiologisches Moment verschiedener Reflexerkrankungen sind. Dank den Bemühungen von Th. Weber (1872), der auf den Zusammenhang des Asthma mit den Nasencatarrhen hinwies, von Haenisch (1874), der Voltolini's Beobachtungen bestätigte, von B. Fraenkel (1876, 1881) und Max Schaeffer, welche die Beobachtungen von Th. Weber weiter entwickelten, von A. Hartmann (1879), Porter (1879), Hack (1882), Bresgen (1882) und vielen anderen Aerzten, wuchs rasch das Material, in Folge dessen man zu einem positiven Resultate gelangte, dass die Nase nicht nur auf die angrenzenden Organe Einfluss habe, sondern gleichfalls auch auf die sehr entfernt liegenden. Von allen Autoren, die am meisten über dies Thema geschrieben haben, ist Hack (1882—1887) der populärste, weil er mit seltener Begeisterung der Radicalheilung des Asthma durch Cauterisationen das Wort geredet hat, obgleich seine Hoffnungen in dieser Beziehung sich später nicht gerechtfertigt fanden, und weil er auf eclatanteste Weise die Abhängigkeit vieler anderer Leiden von Nasenkrankheiten bewies.

Als Resultat vieler wissenschaftlichen Arbeiten wurden nächstfolgende Krankheiten, die u. A. mit dem pathologischen Zustand der Nase in Zusammenhang stehen können, constatirt.

1) Krankheiten der Nase selbst. Geruchsalteration, Abscheu gegen manche Gerüche, Erschlaffung oder gänzliche Vernichtung des Geruchsvermögens, beständiges Kitzeln in der Nasenspitze, seröse oder eitrigte Secretion, Anschwellen der Nasenhaut, transitorisches Oedem, Rhagades an den Nasenflügeln, Druck und Schmerz im Nasenbein, Niesreiz, Acne rosacea, Eczem, rothe Nasenspitze.

2) Augenkrankheiten. Aufschwellung und Entzündung der Conjunctiva, Schwellung oder zeitweises Oedem der Augenlider, Keratitis, phlyctenulöse Entzündung, Chemosis, krampfhaftes Zucken der Augenlider, Asthenopie, Thränenfluss, transitorische Amblyopie und Amaurose, Mouches volantes, flimmerndes Scotom, Dacryocystitis, sogar Atrophie der Sehnerven (Hack); ausserdem beobachtete ich selbst beschwerliches Aufschlagen der Augenlider, Gefühl von Sand in den Augen am Morgen, häufiges Blinzeln, Schmerzhaftigkeit in den Bulbi ohne Hyperämie, ein Gefühl des Herausdrängens der Augen, Jucken, erschwertes oder unmögliches Erkennen feiner Gegenstände, besonders am Abend.

¹⁾ Nach einem Vortrage, gehalten in der Versammlung russischer Aerzte zu Moskau am 25. Novbr. 1888. Gedruckt Medicinskoje Obosrenije 1889, T. XXXI, No. 2—3, Seite 131.

²⁾ Die Anwendung der Galvanocaustik. 2. Aufl. Seite 246—250.

3) Krankheiten des Ohres. Klingen, Summen, Jucken und Schmerz, krampfhaftes Zucken des *Musc. tens. tympani* (?), knisterndes Geräusch (Burnett), Accumulation des Ohrenschalzes (?), Schwerhörigkeit, Catarrh der Eustach. Röhre, Otalgie, Otitis media; ausserdem beobachtete ich selbst noch Folgendes: ein Gefühl von Hitze in den Ohrmuscheln, Röthung derselben und eine Empfindung von Vollsein in den Ohren ohne Gehörverminderung.

4) Krankheiten der Mundhöhle. Trockenheit der Lippen, Schwellung derselben, besonders am Morgen, Herpes, Salivatio, Odontalgie, Periostitis der Zähne (?), Geschmacksverlust, ein Gefühl von Ameisenkriechen, belegte Zunge, Rhagades derselben, geöffneter Mund, in Folge des Athmens durch den Mund erhöhter Durst mit consecutivem Magencatarrh.

5) Krankheiten des Rachens, Schlundes und der Kehle. Ein Gefühl von Anschwellung und eines fremden Körpers, Stechen, Zuckungen, krampfhafte Zusammenziehung der Rachen- und Schlundmuskeln, Aponia spastica, Pharynx- und Larynxcatarrh, Husten, Schwachheit und schnelle Ermüdung der Stimme, Heiserkeit, Spasmus glottidis, Schlingbeschwerden, ein Gefühl von Kitzeln in der Kehle, unilaterale Adductorenlähmung (Stewart, Lancet 1888).

6) Krankheiten der Brust. Asthma, Bronchialcatarrh (vasodilatatorische Bronchitis von Sommerbrodt), transitorische, neuralgische Schmerzen an verschiedenen Stellen der Brust, tiefes und häufiges Seufzen, ein Gefühl von Leere, Luftmangel und Schwere in der Brust, dumpfe Schmerzen im Brustbein, Unmöglichkeit, mit voller Brust aufzuathmen (meine Beobachtung).

7) Krankheiten des Herzens. Anfälle, ähnlich denen der Angina pectoris, Herzklopfen (Ino N. Mackenzie), Morbus Basedowi (Hopmann, Hack), Vergrösserung der Herzdämpfung, geschwächte Herztöne (meine Beobachtung).

8) Krankheiten des Magens und Darmcanals. Verdauungsschwäche, Erbrechen, Verstopfung.

9) Krankheiten der Geschlechtsorgane. Abort nach Aetzung der Nase (2 Fälle von Küpper), Enuresis nocturna (Ziem).

10) Hautkrankheiten. Verschiedene Ausschläge (welche?), besonders Urticaria, Neigung zum Schwitzen.

11) Muskelkrankheiten. Rheumatische Schmerzen, krampfartige Zuckungen in den Gesichts- und Nackenmuskeln, als auch in den Muskeln der Extremitäten.

12) Krankheiten des Nervensystems. Transitorische oder permanente Schwere im Kopf, Hemicranie, Neuralgie des *N. trigeminus*, Pruritus und ein Gefühl von Ameisenkriechen auf verschiedenen Körperstellen, Kopfschmerzen überhaupt, Schwindel, Convulsionen bei Kindern, epileptische Anfälle, neurasthenische Zustände, Gedächtnisschwäche, Unsicherheit im Verkehr bei Menschen, welche sich sonst in der Gesellschaft ungezwungen fühlten (meine Beobachtung), träger Gedankenlauf, Hypochondrie, Psychosen. Dr. Netschaeff³⁾ beobachtete Anaesthesia in den

³⁾ Medicinskoje Obosrenije, herausgegeben von Dr. Sprimon, Bd. XXIX, S. 864, 1888: Drei Fälle von Reflexneurosen. Diese Fälle wurden nicht in den

Fingern, ebenfalls im Gesicht, vorzüglich in der Oberlippe, manchmal in der Zunge, Unmöglichkeit zu lesen und zu schreiben, Verlust der Rede im Laufe von 1—2 Min. (bei einem sonst eloquenten Advokaten), Stupidität, Schwindel, besonders beim Gehen, wankender Gang. Guye (Congress zu Amsterdam) hat unter dem Namen „Aprosexia“ ein Leiden beschrieben, welches darin besteht, dass man die Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf Gegenstände dauernd zu richten, verliert. Ich selbst habe noch folgende Erscheinungen beobachtet: Ein Gefühl von Zusammenziehen und Schwere im Nacken und dessen Muskeln, nebst theilweiser Hemmung der Kopfbewegungen, Schwindel am Morgen.

Ausser Neurosen hat man noch folgende Krankheit, welche durch Nasenleiden bedingt wird, beobachtet:

13) Asymmetrie des Schädels und ungleichmässige Entwicklung der Orbiten im Zusammenhang mit Asthenopie, Astigmatismus und Strabismus (Ziem, Bresgen). Der Einfluss des Nasenleidens auf die Configuration des Schädels ist von Ziem⁴⁾ experimentell an wachsenden Thieren durch Einführung eines Baumwollstampons in ein Nasenloch bewiesen worden. Solche Asymmetrie hat auch zugleich eine Rückgratskrümmung zur Folge, da ein ungleichmässiger Druck auf die Rückgratswirbel erzeugt wird, was sehr begreiflich ist, wenn man bedenkt, dass das Gewicht des Kopfes eines Neugeborenen $\frac{1}{4}$ des ganzen Körpergewichts ausmacht.

Oben sind die bis jetzt beobachteten Reflexneurosen angeführt, denen ich selbst begegnet bin, oder die ich in der Literatur gefunden habe. Es ist möglich, dass mit der Zeit eine genauere Kenntniss aller Reflexerkrankungen die Auffindung eines bestimmten Zusammenhanges der einzelnen Symptome mit gewissen localen Veränderungen gestatten und man auf diese Weise zu bestimmten Krankheitsbildern gelangen wird. Diese Abhängigkeit der Reflexerkrankungen von Nasenaffectionen wird hauptsächlich durch totales Verschwinden oder bedeutsame Besserung des Leidens in Folge der Cauterisationen bestimmt. Letztere müssen nicht zu eilig vorgenommen werden, da man im entgegengesetzten Falle — wie es die Erfahrung schon bewiesen hat — dieses kostbare Mittel in Misscredit bringen kann. Gegenwärtig ist man zu dem Schluss gelangt, dass man zur Aetzung nur nach Ausschluss aller übrigen ätiologischen Momente seine Zuflucht nehmen und nur dann eine Ausnahme machen muss, wenn die localen Veränderungen nicht scharf ausgeprägt oder transitischen Charakters sind. Im letzten Falle bietet das Cocain ein unersetzliches Mittel zur Feststellung einer präciseren Diagnose. Diese Vorsicht ist besonders im Auge zu behalten, da man jetzt auf Grund vieler genauen Beobachtungen zu der Ueberzeugung gelangt ist, dass die Anschwellung der Nasenschleimhaut durch anormale Functionen anderer Organe bedingt wird.

Ich übergehe die schon Allen bekannte Thatsache über die Entstehung des Schnupfens nach Erkältung der Füße und erwähne hier nur

ausländischen medicinischen Schriften publicirt. Alle krankhaften Erscheinungen verschwanden nach galvanocaustischen Aetzungen.

⁴⁾ Ueber Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten. Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 2, 1882.

einige andere Beobachtungen. So z. B. beobachtete Ino N. Mackenzie⁵⁾ (1884) Folgendes: 1) Bei einigen Frauen mit gesunden Nasen schwillt das Schwellgewebe der Muscheln vollkommen regelmässig mit dem Eintritt der Menses. 2) Statt der Menstruation vicariirende Nasenblutungen. 3) Homogenität im Baue des Schwellgewebes mit den cavernösen Parthien der Geschlechtsorgane. 4) Verlegung der Nase nach und während des Coitus. Daher kann Abusus in venere zu örtlichen Modificationen in der Nase führen. 5) Der Zusammenhang zwischen der geschlechtlichen Reizung und dem Geruchssinne tritt bei den Thieren am schärfsten hervor. Dasselbe beobachtete man mitunter auch bei den Menschen.

Ferner wies Freudenthal⁶⁾ (1887) auf die Abhängigkeit der chronischen Rhinitis von den Unterleibsbrüchen und Max Schaeffer vom Missbrauch der Spirituosen hin. Man kann sich von der Abhängigkeit einiger Neurosen von der Nase noch durch Experimente überzeugen, welche unwillkürlich während der Untersuchung mit der Sonde und der Cauterisation gemacht werden. Ungeachtet der allbekannten Thatsache vom Auftreten des Niesens und Thränenflusses u. s. w. nach dem Kitzeln in der Nase citire ich jene Reflexerscheinungen, die nach der Aetzung beobachtet worden sind. Letztere Thatsache wurde schon von Hack selbst in Betracht gezogen. Auf solche Weise erhielt man folgende „vicariirende Neurosen“ (nach Schmalz's Ausdruck 1885): supraorbitale Schmerzen, schnell vorübergehende Zahnschmerzen, besonders beim Cauterisiren des hinteren Endes der unteren Nasenmuscheln mit Chromsäure, schnell vorübergehender Schwindel bei vollem Erhalten des Bewusstseins, herpesähnliche Eruption (die Aetzung wurde wegen der flimmernden Scotoma vorgenommen), Hyperämie der Conjunctiva, rheumatoide Anschwellung der Gelenke, die mit Abfallen des Schorfes verschwand, Aborte (Küpper; auf diese Weise muss man die Schwangerschaft als Contraindication für galvanocaustische Aetzungen ansehen), das Auftreten von Paraesthesien nach der Herstellung des Nasenathmens, Schmerzen in der Axillargrube (die beiden letzten Erscheinungen sind mir nicht begegnet), mässiges Oedem des Gesichts, Auftreten der Menses.

Was das Oedem des weichen Gaumens und der Ohrenentzündung anbelangt, die ich niemals beobachtet habe, so müssen diese Complicationen durch eine zu umfangreiche und energische Cauterisation, welche einige Autoren anwandten, erklärt werden. Ausserdem muss man bei Feststellung der Aetiologie von Nasenkrankheiten nächstfolgende Erkrankungen nicht ausser Acht lassen: Zahncaries, Periostitis, Volumzunahme der Drüsen, Pharynxcatarrh, Catarrh der Nebenhöhlen, adenoide Vegetationen. Ferner Reize, wie grelles Licht, eine ganze Welt von Microorganismen und endlich eine ungeheure Menge von chemischen und mechanischen Agentien. Ungeachtet dieser Masse ätiologischer Momente bemerkt man eine relative Seltenheit von Reflexleiden bei der colossalen Häufigkeit des Nasenleidens.

⁵⁾ Irritation of the Sexual apparatus as an etiological factor in the production of nasal disease. American Journal of Medical Science No. LXXIV, N. S. April 1884. Ref.: Internat. Centralbl. 1884, pag. 11.

⁶⁾ Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 12, 1887 und No. 1 und 2, 1888.

Götze⁷⁾ (1884) ist der Meinung, dass die Reflexleiden ganz besonders bei nervösen, schlecht genährten, bleichen Personen beobachtet werden. Ausserdem ist bei der Werthbestimmung der Cauterisation auch dem psychischen Einfluss der Aetzung auf die Patienten Rechnung zu tragen, was man öfters beim weiblichen Geschlechte antrifft. Aus Meyersohn's⁸⁾ (1885) Statistik ist zu ersehen, dass von 180 Männern bei 33 (17,8 pCt.) und von 120 Frauen bei 22 (17,7 pCt.) Neurosen bei chronischer Rhinitis beobachtet wurden. Also übt das Geschlecht, wie es scheint, keinen besonderen Einfluss auf die Häufigkeit der Erkrankungen aus. Von 74 Kindern bis zum 19. Lebensjahre wurden die Neurosen 8 Mal constatirt (10,8 pCt.). Meyersohn kommt zum Resultat, dass man in allen dergleichen Fällen eine besondere individuelle Reizbarkeit der Schleimhaut annehmen muss und dies um so mehr, da die Intensität der krampfhaften Symptome nicht immer von anatomisch wahrnehmbaren Veränderungen bedingt wird. Aus Max Schaeffer's (1885) Material ist zu ersehen, dass auf 370 Nasenranke 100 verschiedene Neurosen (27 pCt.) kamen. Bei Eug. Fraenkel (1884) wurden von 77 Kranken (42 Männer und 35 Frauen) nur bei 18 rein locale Leiden beobachtet, während die übrigen $\frac{3}{4}$ der Kranken eine Reihe von Reflexerscheinungen in den entfernter liegenden Organen darboten (28 Mal Bronchialasthma bei Männern; krampfhafter Husten nur bei Frauen — 8 Mal).

Bei meinen 530 Nasenkranken beobachtete ich in 127 Fällen verschiedene Neurosen, was circa 24 pCt. ausmacht. Aus dieser Gesamtzahl ergaben sich als Herzneurosen 50 Fälle, was 9,3 pCt. ausmacht.

Meine statistischen Angaben sind als Resultat derjenigen Fälle zu betrachten, in denen die sichtbaren pathologischen Veränderungen hauptsächlich im Nasenraume ihren Herd hatten und in denen alle Reflexerscheinungen ganz verschwanden oder in bedeutendem Maasse (2—3 Fälle) nach der Anwendung der Galvanocaustik gemildert waren. Dabei wurden der Einfachheit wegen alle diejenigen Fälle, welche mit adenoiden Vegetationen complicirt waren, ausgeschlossen. Ferner waren auch alle diejenigen Fälle, wo die Galvanocaustik nicht in Anwendung kam, oder wo ein Herzfehler (1 Fall) vorlag, ausgenommen. Dafür aber wurden letztere zur Gesamtzahl der Nasenleiden gerechnet und bei der Procentbestimmung berücksichtigt. Zugleich wurde ich von dem Wunsche geleitet, genauer die Abhängigkeit und Häufigkeit der Reflex-Affectionen von dem hyperplastischen Prozesse der Nasenschleimhaut zu bestimmen, was von grossem Belang für die Prognostik und Therapie ist.

(Schluss folgt.)

Erstickung in Folge Verschlusses des Kehlkopfes durch eine Kirsche.

Von Dr. H. Windelschmidt.

Ein kräftiger Junge von 2 Jahren hatte vor dem Hause bereits einige Kirschen verzehrt, als die kleinere Schwester die letzte haben

⁷⁾ Beitrag zur Frage nach dem Zusammenhang gewisser Neurosen mit Nasenleiden. Aus der Rossbach'schen Klinik in Jena. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1884, No. 9, Seite 165.

⁸⁾ Medycyna, Warschau 1885. Ref.: Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1886, S. 268.

wollte. Der Junge steckte die Kirsche hastig in den Mund, wobei das Dienstmädchen ihm laut zurief, er solle den Kern ausspucken. In denselben Augenblicke machte der Junge den Mund weit auf (Würgbewegung) und griff sich mit der Hand an den Hals. Das Mädchen führte den Knaben, welcher ganz blau geworden war, nun ca. 10 Schritte weit in die Wohnung zu dem Vater, welcher denselben auf den Arm nahm und mit dem Finger in den jetzt fest zugeklebten Mund, so weit er die Zähne auseinanderbringen konnte, einging, ohne jedoch von der Kirsche etwas zu fühlen. Wie der Vater angab, habe das Dienstmädchen den Jungen bereits halb todt zu ihm in die Stube gebracht. Der ganze Vorgang bis zum Tode des Kindes soll angeblich kaum eine Minute gedauert haben.

Nach einer Stunde konnte ich die unversehrte, nicht entkernte, harte, ziemlich dicke Kirsche zwischen den Mandeln, welche leicht geschwollen waren, und dem Kehldeckel gelegen, auffinden. Die Mandeln schienen die Kirsche eingeklemmt zu haben. Die Kirsche schien nämlich von hinten fest zwischen die Mandeln eingeschoben. Beim dritten Versuche, die Lage der Kirsche genauer zu sehen, und beim stärkeren Druck auf die Zunge kam das Corp. delicti bis vor den Mund herausgeglitten. Die Kirsche hatte also durch directen Druck auf den Kehldeckel die Erstickung veranlasst, möglicherweise mittelst Einklemmung von Seiten der etwas hypertrophirten Mandeln.

Beiträge zur Histologie der Stimmbandpolypen.

Von

Dr. **A. A. Kanthack.** B. A.: B. Sc.: F. R. C. S., London.

(Aus Prof. Krause's Klinik, Berlin.)

Durch einen Vortrag, den Prof. B. Fränkel in der Berliner laryngologischen Gesellschaft im Sommer dieses Jahres hielt, habe ich mich veranlasst gefühlt, die Structur der Larynxpolypen zu studiren, um ausfindig zu machen, ob wirklich „Drüsen resp. Drüsenreste“ in denselben zu finden seien. Es wurde nämlich von dem Vortragenden behauptet, dass die „Cysten in den Polypen“ und die „Sängerknötchen der Stimmbänder“ in Folge von Drüsenerkrankungen entstanden. Wenn wir glauben, dass es keine Drüsen in den Stimmbändern giebt, so können wir einer solchen Theorie auch nicht Beifall zollen. Um aber ein à priori-Argument durch das Experiment zu bestätigen, habe ich, nachdem ich mich von der Abwesenheit der Drüsen in den Chordis überzeugt hatte, eine Anzahl Polypen und Sängerknötchen histologisch untersucht¹⁾. Das Material, das mir zur Verfügung stand, war mir gütigst von Herrn Prof. Krause überlassen,

¹⁾ Prof. Fränkel bezog seine Bemerkungen „auf die Sängerknötchen und Cysten der Stimmbänder“. Man muss aber hierunter „Polypen mit Cysten“ verstehen, da echte Cystengeschwülste an den Stimmbändern kaum jemals vorkommen (cf. Fauvel, Bruns etc.). Da aber fast alle Polypen microscopische Cysten enthalten, habe ich es für nothwendig gefunden, „die Polypen im Allgemeinen“ auf Drüsenreste hin zu untersuchen.

welchem ich an dieser Stelle mit Freuden meinen Dank dafür, als auch für weitere Freundlichkeit, die er mir in der Beschaffung der Literatur gezeigt hat, ausspreche.

15 „Polypen“ und 3 „Sängerknötchen“ haben den Stoff gegeben zu dieser Arbeit, deren Absicht allerdings die Umstossung einer Drüsen-theorie war. Aber ich hoffe, einen kleinen Dienst zu leisten, wenn ich die Befunde kurz beschreibe, zumal da die Larynxpolypen seltener dem Microtome anheimfallen, sondern meistens als Trophäen in Fläschchen verwahrt werden.

Was verstehen wir nun aber unter Stimmband-Polypen? Fast keine zwei Werke stimmen in diesem Punkte überein. So z. B. schliessen Bruns und Tobold die Papillome aus, während Mackenzie, Isambert und Fauvel diese der Liste der Polypen einreihen. Die Namen „Polypen“ und „Papillome“ sind sehr verwirrend, und es wäre gut, wenn man Virchow's Rath in Bezug auf „Papillome“ auch auf den Ausdruck „Polyp“ ausdehnte, und beide Bezeichnungen aus der pathologischen Terminologie entfernte. Wenn ein Ausdruck, der nur zur Bezeichnung eines morphologischen Begriffes gewählt war, um dem Kliniker zu nützen, als specifischer Name einer Classe gebraucht zu werden anfängt, ist es Zeit, ihn aus einer wissenschaftlichen Nomenclatur zu verbannen. „Polyp“ ist ebenso sehr ein morphologischer Begriff als „Papillom“ und sollte auch nur als solcher angewandt werden, — und wenn man sich über Pathologie einer Krankheit klar ist, braucht man nicht mehr einen speciellen klinischen Namen, um ihn fortan, vielleicht noch sogar falsch anzuwenden.

Hier werden wir unter „Polypen“ die benignen Bindegewebstumoren verstehen, indem wir Papillome natürlich ausscheiden (s. Virchow über Pachydermia Laryngis), und auch solche, die rein cystisch sind²⁾. Es kommt uns hier auf die verschiedenen Formen von Fibromen an und auf die sogenannten „Sängerknötchen“ — ein Name, der schon längst aus der laryngologischen Nomenclatur hätte verschwinden sollen.

Ehe ich in die Histologie dieser Tumoren eingehe, will ich gleich zu Anfang die Schlussfolgerung der microscopischen Betrachtungen setzen. „In keinem Falle von sogenannten Stimmbandpolypen und Sängerknötchen sind Drüsen oder Reste derselben zu finden.“

Ueber die Häufigkeit der verschiedenen Arten will ich nicht sprechen, da ich einerseits keine genügende Erfahrung über diesen Punkt habe, andererseits er ganz ausserhalb der Absicht dieser Arbeit liegt. Es soll hier die Histologie der mir zugekommenen Tumoren beschrieben werden. Wir werden mit dem Sängerknötchen oder einfach Knötchen, wie ich es vorziehe sie zu nennen, anfangen.

Es ist nicht häufig, dass wir dieselben in die Hände bekommen, da

²⁾ Die cystenhaltigen Polypen nennt Isambert *Polypes muqueuses*, und was die Drüsen betrifft, so sagt er: „je crois, qu'elles sont dues à la dilatation des culs-de-sac des glandules“. Doch in seiner histologischen Beschreibung drückt er sich so ungenau aus, dass man sich unmöglich auf ihn berufen kann. Andere Autoren haben wieder andere Bezeichnungen für solche cystenartigen Polypen. Die reinen und echten Cysten werden jedoch von einem Jeden als eine Classe für sich hingestellt.

sie doch immerhin verhältnissmässig selten entfernt werden. In meinen 3 Fällen sehen wir in jedem ein anderes Bild.

a) Einfache Hyperplasie. Hier sieht man eine Hyperplasie des Epithels und der anderen Bestandtheile des Stimmbandes, d. i. des elastischen und des fibrösen Gewebes. Die Oberfläche des Epithels war sehr uneben und gewellt und zeigte deutliche Verhornung. Ausserdem konnte man deutliche Epithelzapfen (wenn auch kleine) sich in die Tiefe erstrecken sehen, so dass hier eine echte Papillenbildung zu constatiren war. Die elastischen Fasern waren in ihrer Anzahl sehr vermehrt.

b) Verhornung. Im zweiten Falle sah man ein Bild, das an einen Clavus der Haut erinnert. Das Epithel zeigte keine Hyperplasie, aber war fast totaliter verhornt, so dass die Hornschicht eine homogene gelblich-gefärbte Lage bildete, während die darunter befindlichen Zellen comprimirt waren und nicht mehr vertical zur Oberfläche standen, sondern parallel zu ihr verliefen und auch beginnende Verhornung zeigten. Das ganze Bild sah dem Durchschnitt eines Nagels etwas ähnlich. Die Nuclei waren, wo sie vorhanden waren, d. h. in den tieferen Schichten, klein und flach gestreckt. Von einem Papillarkörper war nichts zu sehen; dagegen war die Oberfläche des Knötchens nicht eben, sondern Prozesse streckten sich in die Höhe, die an die Papillae filiformes der Zunge erinnerten, nur dass sie bedeutend kleiner waren. Diese papillenartigen Erhebungen konnte man auch auf dem Stimmband in der Umgebung des Knötchens beobachten, wo auch die Verhornung deutlich ausgeprägt war.

Die Masse des Knötchens selbst bestand aus einer Hyperplasie des Gewebes, welches man normaliter zwischen dem Epithel und den elastischen Fasern der Chorda findet, somit aus fibrösem Gewebe, welches ziemlich fest war, wenn schon aus zierlichen Fasern zusammengesetzt. (Dieses Gewebe wird oft fälschlich Mucosa oder Submucosa genannt. Von diesen kann an den Stimmbändern keine Rede sein, da wir es hier überhaupt nicht mit einer Schleimhaut zu thun haben, sondern mit einem Gewebe, das der Oberhaut entspricht.) In dem Faserwerk zerstreut wurden viele Rundzellen gefunden. Die elastischen Fasern waren verdickt und theilweise von eingeschalteten Rundzellen von einander gehalten. In der Substanz des Knötchens befanden sich 2—3 Hohlräume, die in den Schnitten leer waren und wie Spalte erschienen, die im Leben wahrscheinlich mit seröser Flüssigkeit angefüllt waren.

c) In diesem Falle hatten wir eine bedeutende Hyperplasie des Epithels, dessen oberste Schichten etwas verhornt waren. Die Stachelzellen waren gut entwickelt und man sah deutliche Zwischenräume zwischen den einzelnen Zellen. Das Epithel schickte bedeutende Zapfen in die Tiefe, und dementsprechend waren auch Papillen gut entwickelt. Doch waren diese meist nicht von Gefässen inne gehalten, sondern anstatt dessen mit Rundzellen und einem Faserwerk, das einem myxomatösen Gewebe ähnlich war. Es war dies wahrscheinlich eine Degeneration („mucoide“³⁾ des fibrösen Gewebes. Diese sogenannten Papillen reichten

³⁾ Wenn ich den Ausdruck „mucoide“ Degeneration gebrauche, so thue ich dies mit einem Hinweis auf Cornil und Ranvier. Es ist vielleicht eine unglücklich gewählte Bezeichnung, hat sich aber leider eingebürgert. Es ist dabei ganz gleichgiltig, ob man wirklich Mucin an solchen Stellen findet oder nicht.

oft stark in die Höhe und „usurirt“ so zu sagen das Epithel, so dass sie oft nur von einer dünnen Zellschicht von dem Larynxlumen getrennt waren. In einigen Fällen war auch diese dünne Epithelschicht verschwunden, so dass gewissermassen eine solche degenerirte „Papille“ frei lag.

Direct unter dem Epithel befanden sich zahlreiche Rundzellen, und solche befanden sich auch zwischen den stark entwickelten elastischen Fasern. Die Gefässwandungen waren stark verdickt und Rundzellen waren auch in den tiefsten Parthien zu finden, ebenso wie zwischen den Epithelzellen.

Wir haben es in diesem Falle also mit einer Hyperplasie zu thun, die hauptsächlich das Epithel und den Papillarkörper betrifft; den letzteren finden wir normaliter nicht in den Stimmbändern, und ich bin deshalb geneigt, diese Unterart von Knötchen als einen Folgezustand einer „chronischen Entzündung“, was das auch immer sein mag, zu bezeichnen. Auch hier hatten wir eine Hyperplasie und Bildung von fibrösem Gewebe, wenn auch theilweise das letztere sich wieder in einem Zustande der Degeneration befand. In keinem Falle war auch nur eine Spur von Drüsengebilden zu sehen.

Diese 3 Knötchen, die mir zur Verfügung standen, präsentiren also 3 verschiedene Formen, indem wir a) eine einfache locale Hyperplasie haben, b) eine Verhornung, c) Wucherungen, wie sie in Folge von chronischen Reizen vorkommen. Wir sehen auch, dass man b) und c) trotz ihrer Verschiedenheiten unter die Fibrome classificiren könnte.

Wir kommen nun zu den eigentlichen „Polypen“, aus deren Sphäre die „Sängerknötchen“ nur ihrer Kleinheit wegen ausgeschlossen sind, ohne dass man auch sonst ein logisches Fundamentum divisionis hätte.

a) Reine Fibrome findet man selten. Wir brauchen keine Worte über dieselben zu verlieren, denn sie sind durch ihren Namen schon genügend bekannt, und auch in allen classischen Werken beschrieben. Ich will nur erwähnen, dass man in diesen reinen Fibromen, wie auch in den anderen, häufig elastische Fasern findet — was auch Isambert in seinen Vorlesungen erwähnt. Gewöhnlich sind diese reine Fibrome auch nicht sehr vasculös. In „Tobold's Kehlkopfkrankheiten“ finden wir eine kurze, aber gute Beschreibung dieser harten Fibrome.

b) Myxofibrome. Diese Gruppe enthält die gewöhnlichen „Stimm-bandpolypen“. Der englischen und französischen Nomenclatur folgend, werde ich sie mit dem Namen Myxofibrome bezeichnen. Es sind Fibrome, die theilweise einer myxomatösen Degeneration anheimgefallen sind und auf diese Weise die weichen Fibrome mancher Autoren (Tobold u. A.) bilden. Ich glaube jedoch, dass Fauvel⁴⁾ zu weit geht, wenn

Der Name ist nur gewählt, weil solch' degenerirtes Gewebe, unter dem Microscope gesehen, uns an ein wahres Schleimgewebe erinnert. Auf diesem Standpunkte stehend, ziehe ich auch den Barbarismus „mucoid“ allen anderen Bezeichnungen vor. Es scheint mir auch, als ob es eine Begriffsverwechslung war, welche den Streit über die Schleimpolypen der Nase verursachte, den Hopmann damals einleitete.

⁴⁾ Fauvel versteht etwas ganz Anderes unter „polypes muqueuses“, als Isambert, indem er echte Myxome (wie sie in dem Werke von Cornil und Ranvier beschrieben sind) so bezeichnet, während der Letztere nicht ganz einig mit sich selbst zu sein scheint, was man so nennen soll.

er behauptet, dass „les polypes muqueuses“ die gewöhnlichsten seien. Er versteht hierunter sehr wahrscheinlich die Myxofibrome, obgleich seine Beschreibung eigentlich mehr für echte Myxome passt, — die jedoch sehr selten sind (Mackenzie hat nur einen gesehen!). Da ich mich vergebens bemüht habe, eine stichhaltige Beschreibung aus den classischen Werken zu bekommen, wage ich es, in aller Kürze zu beschreiben, was ich für das gewöhnliche Bild der sogenannten „Stimmbandpolypen“ halte.

In den meisten Fällen haben wir ein fibröses Gerüst, das aus mehr oder weniger lockeren Fasern besteht, und in dem man auch hier und da elastische Fasern bemerkt. In dieser Matrix sieht man in fast allen Fällen Knötchen von dickem, fibrösem Gewebe, die meistens unregelmässig gerundet sind. In einigen Fällen sind diese Knötchen jedoch nicht vorhanden. Diese Knötchen sind, wie auch Tobold (l. c.) erwähnt, gewöhnlich „von concentrischen Bindegewebszügen umgeben“. Diese letzteren liegen theils dem Knötchen fest an, theils findet man einen Spalt zwischen beiden, der auf der Schnittfläche entweder leer erscheint oder von entartetem Bindegewebe erfüllt ist.

Dieses entartete Gewebe giebt uns das Bild einer myxomatösen Masse. Man sieht in demselben schöne, sich verästelnde Zellen, und in den Maschen befinden sich runde und spindelförmige Zellen, von denen die ersteren, wie Fauvel sagt, in dem Netze liegen „sans aucune connexion avec leurs voisines au milieu du liquide muqueux“. Dieses Gewebe verliert sich entweder allmählig in die festere Masse der Knötchen, oder der Uebergang ist ein plötzlicher.

Solche Massen von mucoid entartetem Fasergewebe findet man nun auch ganz für sich, isolirt von den derberen Knötchen. Sie bilden dann meistens mehr oder weniger regelmässig runde Parthien, umgeben von denselben concentrischen Bindegewebszügen. In den Tumoren, in denen die derberen Knötchen ganz fehlen, findet man die „Alveolen“, wie ich sie bezeichnen möchte, immer. Das Verhältniss zwischen den derberen Knötchen und den mucoiden Alveolen ist ein sehr variirendes, indem bald eines, bald das andere prävalirt. Wo jedoch das mucoide Gewebe vorherrscht, da finden wir auch gewöhnlich Blut oder die Producte desselben. Dieses zeigt sich in der Form von rothen Blutkörperchen, die oft den grössten Theil der Schnittfläche bedecken, oft hier und da in unregelmässigen Massen zu finden sind, indem sie manchmal in den Alveolen sich befinden, manchmal in der lockeren Grundsubstanz oder auch in den festen Knötchen. Es sieht aus, als seien diese Hämorrhagien die Ursache der Entartung, obgleich ich nicht läugnen will, dass in manchen Fällen es aussieht, als sei es umgekehrt: es lässt sich so etwas an Schnitten schlecht entscheiden. Diese Blutmassen kommen fast constant vor, aber sie sind sicher Extravasate und nicht, wie Fauvel behauptet, „capillaires à larges mailles contenant des globules rouges“. Trotz dieser Mengen von Blut sieht man in den meisten dieser Tumoren verhältnissmässig wenig Gefässe. Diese treten an der Basis ein und verlaufen dann rechtwinklig zur Oberfläche: Der Reichthum an Gefässen ist sehr verschieden, man sieht sie am besten direct unter dem Epithel.

Durch die Hämorrhagien ist es auch bedingt, dass man Fibrin in ziemlicher Fülle in dem microscopischen Bilde dieser Tumoren sieht. Am besten kommt dies zu Tage in den mucoiden Alveolen, wo man ein

deutliches Fibrinreticulum zwischen den Kernzellen beobachten kann, welches oft mit rothen und weissen Blutkörperchen durchsetzt ist, manchmal jedoch ganz unvermischt ist. Leucocyten sieht man überhaupt in grosser Anzahl, wo solche Hämorrhagien stattgefunden haben, und oft präsentirt sich uns an solchen blutdurchtränkten Stellen das Bild eines Thrombus oder einer Lungenalveole im Stadium der rothen Hepatisation, um einen Vergleich zu ziehen. Es ist nun auch möglich, dass die sogen. „Organisation“ einer solchen Masse frisches fibröses Gewebe erzeugt, oder auch ein solches Extravasat verursacht eine Degeneration. In manchen Fällen sind amorphe Hämatoïdinnenmassen Alles, was von früheren Blutungen zu sehen ist.

Schliesslich kommen wir zum Epithel. Dasselbe zeigt manchmal eine starke Hyperplasie mit deutlich ausgeprägter Zapfenbildung, manchmal ist es von derselben Dicke und Beschaffenheit, wie das der Chordae. In einigen Fällen ist es sehr wenig entwickelt, in anderen zeigt es deutliche Wucherung in den obersten Schichten. Die Zapfenbildung kann, wie gesagt, sehr ausgeprägt sein oder nur schwach angedeutet, oft kommt sie nur an der Basis des Tumors zum Vorschein. Die Menge der Zapfen wechselt auch sehr, so dass wir in manchen Fällen das Bild des Hautepithels bekommen, in anderen sind nur vereinzelte Zapfen von sehr verschiedener Grösse vorhanden. Wohl nie sind die Zapfen und Papillen von derselben Regelmässigkeit und Symmetrie, mit der sie in der Haut angetroffen werden.

Die mucoiden Alveolen reichen nun manchmal bis an die Oberfläche heran und verursachen dann eine Verdünnung der Epithellage oder, wie ich mich oben bei der Beschreibung der Knötchen ausgedrückt habe, „usuriren“ das Epithel.

Solches ist das gewöhnliche Bild der Stimmbandpolypen. Doch noch einen Punkt müssen wir erwähnen, nämlich das Vorkommen von Cysten. In einem Tumor, den ich untersuchte, fand sich neben den derben Knötchen und mucoiden Alveolen eine „grosse“ Cyste, die den grössten Theil desselben einnahm und auch intra vitam als solche erkannt war. Auf der Schnittfläche zeigte sie sich als leerer Raum, ohne eine bestimmte Wandung, als grosse Vacuole in der fibrösen Matrix. Wo sie sich der Oberfläche näherte, war das Epithel, welches deutliche Zapfen in die Tiefe sandte, sehr dünn. Der Tumor war sehr vasculös und von vielen Gefässen durchkreuzt, die vertical zur Epithelfläche verliefen. Von Drüsenresten war Nichts zu sehen.

In den meisten Fällen sieht man kleine offene Räume auf der Schnittfläche, die theils rund sind, theils oval, theils sehr unregelmässig einmal einen der derben Knötchen ganz oder theilweise umgeben, ein ander Mal in der fibrösen Matrix sich befinden. Auch sie haben oft keine bestimmte Wandung, oft sind sie von concentrischen Faserzügen umgeben. Man muss annehmen, dass hier eine weitere Verflüssigung des schon mucoid entarteten Gewebes stattfand.

Aus solchen Elementen sind nun die meisten Stimmbandpolypen zusammengesetzt. Ein einheitliches Bild kann man nicht zeichnen, man wird bald das eine, bald das andere Element vorwiegen sehen. Von Drüsen und deren Resten findet man, wie ich zum Schlusse noch einmal betonen will, nichts.

Wenn ich es vermocht habe, in irgend einer Weise ein klares Bild der histologischen Verhältnisse der „Stimmbandpolypen“ zu geben, so bin ich befriedigt und schliesse mit der Aufforderung an die Herren Collegen, Larynxtumoren dieser Kategorie dem pathologischen Histologen übergeben zu wollen, anstatt sie als unerbauliche Spirituspräparate aufzubewahren.

Nachtrag.

Während Obiges im Druck war, gelangten weitere drei Polypen in meinen Besitz, von denen zwei intra vitam als „cystenartig“ diagnosticirt waren. Diese wurden sogleich frisch untersucht und bestätigten Alles, was oben gesagt ist. Ein Polyp, den ich Herrn Dr. Kuttner, Assistenten der Klinik, verdanke, wofür ich ihm hiermit meine Verbindlichkeit ausspreche, war sehr interessant, was die Cysten betrifft. Es waren deren mehrere in dem Tumor, alle mit unregelmässigen und unbestimmten Wandungen, die wie in allen Fällen, die ich untersucht habe, nicht die geringste Epithelbekleidung hatten. Sie lagen zwischen dem fibrösen Gewebe, ihr Inhalt war aber glücklicher Weise erhalten und zeigte sich als eine glasige Masse, die, wenn gefärbt, Farbstoffe schlecht aufnahm; Zellenelemente waren nicht in derselben. Kleine Hämorrhagien hatten reichlich stattgefunden und die fibröse Matrix war an einigen Stellen ganz und gar von kleinen Rundzellen bedeckt, so dass man kaum die einzelnen Fasern erkennen konnte. An anderen Stellen sah man deutliche Faserzüge mit degenerirten Parthien zwischendurch und auch den oben erwähnten „Alveolen“.

Die beiden anderen Polypen bestätigten Alles, was oben geschildert ist. Auch sie zeigten eine ungeheure Menge von Leucocyten, die ihren Ursprung wahrscheinlich einer reactiven Entzündung verdankten. Es scheint in der That, als ob Entzündung und Blutung uns das Bild dieser entarteten weichen Fibrome verschaffen, und wir dürfen mit Sicherheit annehmen, dass die Cysten der Stimmbandpolypen durch Hämorrhagien, seröse Exsudation oder degenerative Veränderungen des Gewebes entstanden sind, aber in keinem Falle durch Erkrankungen von Drüsen, „die dort vorkommen sollen“.

Wir haben also die folgenden Arten von Fibromen an den Chordis:

- 1) reine Fibrome (harte),
- 2) degenerirte Fibrome (weiche),
 - a) mit Cysten,
 - b) ohne Cysten.

Die letzteren, sub 2, werden auch Myxofibrome genannt.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Hirnbräuse nach geheilter Otitis media purulente acuta. Von Oberstabsarzt Dr. Schmiedt (Metz). (Arch. f. klin. Chirurgie, 38. Bd., IV. H.)

Prof. v. Bergmann hat in seiner Abhandlung über die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten (Arch. für klin. Chir. 36. Bd.) den Satz hingestellt, dass es sich bei Hirnbräusen ex otitide stets um eine chro-

nische, und zwar um eine meist recht lange schon bestehende Ohreiterung handle. „Ein Hirnabscess bei acuten Processen am Ohre ist noch nicht beobachtet worden.“ „Die Diagnose hat sich an die Erfahrung von der Chronicität der vorangehenden Eiterung zu halten.“ Sch. weist nun auf Grund eines von ihm selbst und eines zweiten von Gruber (Lehrbuch der Ohrenheilk. 2. Aufl. 1888, pag. 456) mitgetheilten Falles die Unhaltbarkeit obiger Behauptung nach; bei dem vom Autor selbst beobachteten Falle handelte es sich um eine ganz acute, linksseitige, eitrige Mittelohrentzündung, welche zu Anfang einige Tage hindurch mit linksseitiger Facialisparesie und cerebralen Symptomen vergesellschaftet war, dann aber in 4 Wochen bei stets freiem Eiterabflusse völlig ausheilte; jedoch zeigten sich in den nächsten Wochen noch cerebrale Symptome, Kopfschmerz, zeitweise Erbrechen, dann allgemeine Hyperästhesie der Haut, amnestische Aphasie; dagegen nie Fieber, keine oder nur geringe Pulsverlangsamung. Exitus lethalis Ende des zweiten Krankheitsmonates. Die Section wies zwei Eiterherde im linken Schläfenlappen nach von Hühnerei- bzw. Wallnussgrösse; keine Spur von Eiter oder Caries im Schläfenbeine; Trommelfell intact. — Bei dem Sitze der Abscesse in der 1. Temporalwindung und in der Rindensubstanz des mittleren Theils des Schläfenlappens ist die Thatsache bemerkenswerth, dass trotz wiederholter Prüfung keine gekreuzte Taubheit constatirt werden konnte (cfr. diese Monatsschrift 1886, pag. 332, sowie 1888, pag. 129.)

Keller.

Die ersten zehn Jahre der Myringoplastik nebst Angaben verbesserter Methoden zur Heilung von alten Löchern im Trommelfell. Von Prof. Dr. Berthold. (Verlag von A Hirschwald. 1889.)

Bekanntlich hat B. seit einer Reihe von Jahren sich speciell mit der Lösung der Aufgabe beschäftigt, Trommelfelldefecte zur Verheilung zu bringen, und zwar zunächst auf dem Wege der Myringoplastik durch Transplantation von Hautstückchen, von Hühnereihaut, Kaninchencornea (cf. diese Monatsschrift 1886, pag. 85). Alle diese Methoden hatten Erfolge aufzuweisen, jedoch scheint dem Verf. sich schliesslich nachfolgendes Verfahren, welches er in letzter Zeit ausgeübt, am practischsten erwiesen zu haben. Nach völliger Beseitigung des Ohrenflusses wird die Perforation mit Eihaut verklebt und letztere am folgenden Tage mit in Terpentinspiritus getauchten Wattebäuschchen sanft betupft; da der Terpentinspiritus, direct auf die Perforationsränder gebracht, leicht zu stark reizen würde, so dient die Eihaut hier lediglich als Filter, wodurch die Wirkung des Spiritus milder und durch langsamere Verdunstung desselben dennoch nachhaltiger wird. Stellt sich Brennen ein, so unterlässt man weiteres Betupfen. Nach 24 Stunden wird das Auftragen der Lösung wiederholt und hiermit fortgeföhren, bis die Perforation, was meist schon in den nächsten Tagen durch die in Folge der Durchtränkung vorübergehend transparente Eihaut zu beobachten ist, kleiner wird und schliesslich vernarbt. Die Eihaut löst sich von selbst ab. — Die näheren Details nebst Casuistik sind im Original nachzusehen.

Keller.

Ein Fall von Worttaubheit. (Un cas de surdit  verbale.) Von Dr. Anton. (Kaiserl. königl. Gesellschaft der Wiener Aerzte, Sitzung vom 15. December 1888 und Semaine médicale No. 51.)

Ein 48j hriger, dem Trunke ergebener Geigenspieler konnte die vorgesprochenen Worte richtig nachsprechen, es bestand keine Lähmung, er erkannte die Gegenstände, ohne sie nennen zu können, auf der Geige konnte er alle möglichen Musikstücke spielen; nannte man ihm aber ein Musikstück und dessen Componisten, so behauptete er, selbe nicht zu kennen. Es handelte sich also um Worttaubheit oder sensorielle Aphasie. Es bestand wahrscheinlich ein Blutaustritt zwischen Dura mater und der Gehirnoberfläche in der Gegend des linken Temporallappens.

Dr. P. K.

Ein künstliches Trommelfell aus Celloidin. Von Dr. Katz (Berlin). (Deutsche med. Wochenschrift No. 28, 1889.)

K. empfiehlt dasselbe als nicht reizend und leicht herstellbar; durch Verdunsten einer in ein flaches Glasschälchen gegossenen dünnen Schicht einer Celloidinl sung (Cell. 10,0 zu Spirit. abs. und Aether    50,0) entsteht nach einigen Stunden eine völlig durchsichtige, papierdünne, elastische Scheibe, aus welcher man das künstliche Trommelfell ausschneidet; ein aus Watte gedrehtes, an dem einen Ende mittelst Celloidinl sung an die Mitte des künstlichen Trommelfelles angeklebtes Stäbchen wird zur Einführung desselben benutzt; auch kann das ganze Wattestäbchen durch Celloidin steif gemacht und so von dem Patienten selbst ein- und ausgeführt werden. Die aus Collodium hergestellten Trommelfellpl ttchen sind leicht brüchig und deshalb untauglich.

Keller.

b) Rhinologische:

Congenitaler kn ocherner Verschluss des linken Nasenlochs. (Congenital Bony Occlusion of the Anterior Nares. Von Dr. Potter. (Buffalo Med. and Surg. Journal, September 1888. — Referat im N.-Y. Med. Journal, 12. Januar 1889.)

Der trichterförmige Verschluss befand sich nur $\frac{3}{8}$ Zoll von der äusseren Oeffnung entfernt. Er wurde zuerst bemerkt, als das Kind drei Wochen alt war. Operative Entfernung im dritten Lebensjahre mittelst Troicars mit nachfolgender Anwendung des Galvanocauters. Die Dicke der Knochenplatte betrug $\frac{5}{8}$ Zoll. Die rechte Nasenhöhle war normal.

A. Sch. (N.-Y.)

Ueber operative Entfernung von Syphilomen der Nasenhöhle. (The Surgical Removal of Gummatous Growths in the Nasal Cavities.) Von Carl Seiler in Philadelphia. (Internat. Journal of Surgery and Antiseptics, April 1888.)

Ein 38j hr. Mann litt an Obstruction der Nase, bedingt durch zwei nicht exulcerirte Geschwülste, welche den beiden Seiten der Nasenscheidewand aufsassen. Sie waren von weicher Consistenz und S. entfernte sie mittelst Curettements. Erst bei der nun angestellten micro-

scopischen Untersuchung stellte es sich heraus, dass es sich um Gummata handelte. Die Heilung ging unter entsprechender Behandlung zufriedenstellend von statten.

Durch den bei diesem Fall erreichten günstigen Erfolg angeregt, schlug S. bei einem zweiten Falle, dem einer 28jähr. Frau, welche ebenfalls wegen einer vom Septum entspringenden syphilitischen Geschwulst nicht durch die Nase athmen konnte, dasselbe Verfahren ein. Diesmal war die Diagnose von vornherein auf Gumma gestellt. Die Geschwulst wuchs nach der Operation wieder, so dass das Curettement zwei Monate später wiederholt werden musste, dann aber blieb die Heilung dauernd.

A. Sch. (N.-Y.)

Zur Aetiologie und zur Frage der Heilbarkeit der Rhinitis chronica atrophicans. Vortrag, gehalten in der Section für Laryngologie und Rhinologie des III. Congresses der russischen Aerzte in Petersburg 1889 von Dr. M. Shirmunsky. (Russkaja Medicina No. 11, 1889.)

Nachdem der Verf. die verschiedenen Theorien über das Wesen der Krankheit bespricht, drückt er seine Meinung aus, dass bei Kindern die Atrophie stets angeboren ist. Der Prozess besteht in Kleinheit der Nasenmuscheln und Dünnhheit der Schleimhaut. Diese Behauptung unterstützt Shirmunsky durch seine Beobachtungen, dass bei mehreren Kindern derselben Familie die atrophische Form der chronischen Rhinitis bemerkt wurde, ohne dass ein hypertrophischer Catarrh vorausgegangen wäre. Bei Erwachsenen dagegen geht der atrophischen Form stets eine hypertrophische voraus. Daher ist es erklärlich, warum bei Kindern, bei denen die Krankheit in einer angeborenen, mangelhaften Entwicklung der Nasenmuscheln besteht, man eine Restitution des Gewebes erwarten kann, wenn Maassregeln gegen das Fortschreiten der Krankheit ergriffen werden, d. h. wenn frühzeitig eine zweckmässige Behandlung eingeführt wird. Bei Erwachsenen aber, bei denen schon eine Degeneration der Muscheln und Schleimhaut eingetreten war, ist eine Restitutio ad normam nicht möglich. Dem Verf. gelang es, bei den meisten Kindern mit Ozaena atrophica vollständige Heilung zu bewirken. In einem Falle (10jähriges Mädchen, über welches im Aufsätze ausführlich berichtet wird), wo der Verf. Gelegenheit hatte, 3 Jahre lang zu beobachten, bemerkte er ausser vollständiger Heilung der Ozaena noch eine Veränderung der Nasenschleimhaut selbst: sie wurde dicker, succulenter und blutreicher; die Nasenhöhlen schienen enger.

Die Therapie bestand in allen Fällen in Spülungen mit einer Lösung von Acid. salicyl., Natr. bicarb. und Natr. chlorat., und Einblasungen von Borsäurepulver.

Autoreferat.

Anwendung des Cocains als Haemostaticum bei Nasenbluten und in der Rhinochirurgie. (De l'emploi de la cocaine comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhinochirurgie.) Von Dr. Ruault. (France médicale und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1888.)

Cocain ist nicht nur ein locales Anaestheticum, sondern auch ein locales vaso-constrictorisches Agens; darauf beruht die rapide Detargenz des submucösen erectilen Gewebes. Diese beiden Eigenschaften sind ganz unabhängig von einander, die Anaesthetie ist nur abhängig

von der Anaemie. Der vaso-constrictorische Effect besteht nicht in einem directen Einfluss auf die Blutgefäße, er ist null auf die Capillaren und besteht nur auf den venösen Sinus: durch Reflexreiz werden die zu den Venenplexen führenden kleinen Arterien und die glatten Muskelfasern contractirt. Eine 20—30 procentige Lösung, während 5 Minuten in der Nase liegen gelassen, bringt Blutstillen. Dr. P. K.

Vasomotorischer Effect von Reizungen der Nasenschleimhaut. (Effet vasomoteur des irritations de la muqueuse nasale.) Von Dr. Franck. (Société de Biologie de Paris, Progrès médical und Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer.)

Franck spricht über den vasomotorischen Effect von Reizungen der Nasenschleimhaut und bemerkt, dass Reizungen der Nasenmucosa Röthung des Gesichtes derselben Seite oder auch der entgegengesetzten Seite zu Stande bringen. Es handelt sich hier um gefässerweiternde Einflüsse, die sich mit dem Manometer als ein Sinken des Druckes in der betreffenden Carotis nachweisen lassen. Die Nervenleitung geschieht durch die Zweige des Trigeminus, den Ramus ethmoidalis eingeschlossen.

Brown Séquard bemerkt dazu, dass viele Menschen niesen, sobald man sie in helles Licht blicken lässt und stellt die Frage, ob in diesen Fällen das Licht auf die Ciliarnerven oder direct auf die Nervenschleimhaut wirke? Franck meint, dass das Licht auf die Ciliarnerven wirke.

Chouppe hat beobachtet, dass man bei mit Strychnin vergifteten Thieren, bevor eine Convulsion auftritt, einen heftigen Anfall von Strychninkrämpfen und den Tod selbst hervorrufen kann durch einfache Reizung der Nasenmucosa. Ausserdem sah er bei einem an Tetanus erkrankten Individuum, dass die ganz regelrechte Anwendung des Chloroforms in einem tetanischen Anfall den Tod unmittelbar zur Folge hatte.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Hysterisches Stummsein mit theilweiser Zungencontraction. (Note sur un cas de mutisme hystérique avec contraction partielle de la langue.) Von Dr. Dutil. (Gazette médicale, Juni 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Die Fälle sind selten. Eine 22jähr. Frau konnte plötzlich, in Folge wiederholter hysterischer Anfälle, nicht mehr sprechen, sogar die Flüsterstimme war unmöglich; der Mund war halb offen, die Zunge ragte etwas über die Zahnreihen hervor und war gegen den linken Mundwinkel gezogen; es bestanden Aphonie und Aphasie. Heilung in 4 Tagen durch Suggestion.

Dr. P. K.

Ueber eine Form von einfacher Laryngitis mit erschwelter Diagnose. (D'une forme de laryngite simple à diagnostic difficile.) Von Dr. Descroiziller. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, Juillet 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Der einfache Catarrh kann bei Kindern die Symptome des Laryngismus stridulus oder des Larynxroup annehmen. Verf. bringt zwei Krankheitsfälle als Belag.

Dr. P. K.

Bemerkungen über die tertiäre syphilitische Laryngitis. (*Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire.*) Von Dr. Ariza. (*Annali di otolog. y laring. No. 11 und 12, 1886 und Annales des maladies du larynx No. 5, 1887.*)

Ausser der specifischen Behandlung muss man gleich energisch chirurgisch eingreifen; die lupösen Formen sind gefährlicher, als die einfachen Gummata, aus dem Grunde, dass sie sich tiefer ausdehnen und schneller ulceriren, auch grössere Narben hinterlassen. Auf der anderen Seite verlaufen die Gummata schneller und bedingen selbe häufiger die Tracheotomie. Verf. ist der Meinung, man soll so früh als möglich die Tracheotomie ausführen, weil bei dem auf diese Weise ruhenden Larynx die Resorption sich viel schneller mache.

Dr. P. K.

Ueber Fluorwasserstoffsäure und deren Anwendung bei Diphtheritis. (*De l'acide fluorhydrique et de son emploi comme antiseptique contre la diphthérie.*) Von Dr. Bergeron.

Verf. wendet seit 1877 die Fluorwasserstoffsäure in statu nascente gegen Diphtheritis an. Man soll die Patienten in ein 10 Kubikmeter messendes Zimmer legen und den Fluorspath durch kochendes Wasser erhitzen. Die Patienten vertragen diese Inhalationen recht gut, die Membranen werden aufgelöst und die Umgebung wird nicht angesteckt.

Dr. P. K.

Chloroform und Tracheotomie. (*Chloroforme et trachéotomie.* Von Dr. de St. Germain. (*Bulletin médical et tribune médicale, August 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.*)

de St. Germain hat nie Chloroform bei einer Tracheotomie angewandt. Erwachsene sind auffallend ruhig während der Operation, sie behaupten, der Schmerz sei nicht so gross, wie beim Zahnausziehen oder bei Eröffnung eines Abscesses. Kinder sind meist asphyctisch und daher mehr weniger empfindlich bei der Tracheotomie; ist ein Kind zu unbändig, so kann man etwas chloroformiren; dann soll man immer, ohne Ausnahme, nicht nach der de St. Germain'schen Methode, sondern nach der classischen, von Trousseau inauguirten Methode operiren. Man soll im Allgemeinen das Chloroform, wenn nur möglich, entbehren.

Dr. P. K.

Diphtheritis und Creosot. (*Diphthérie et créosote.*) Von Dr. Legroux. (*Archives de laryngologie No. 2, 1888 und Revue mensuelle de laryngologie No. 12, 1888.*)

Dr. Legroux, während einer Diphtheritis-Epidemie im Hôpital Trousseaux, machte Erfahrungen mit Creosot. fagi. Einathmungen und Bepinselungen alle 4—5 Stunden mittelst einer 5 procentigen Creosotlösung; in schweren Fällen subcutane Injectionen von Ol. olivar. desinfect. 180,0, Creosoti fagi 20,0. Von 68 Kranken wurden 30 geheilt, von den Tracheotomirten genas 1 von 3.

Dr. P. K.

Gangränöse Angina. Tödliche Blutung. (Angine gangréneuse. Hémorrhagie mortelle.) Von Dr. Cragin. (New-York med. Journal, September 1888 und Semaine médicale No. 51.)

Ein 45jähriger Mann zeigte eine leichte Angina, hustete blutigen Eiter aus und starb plötzlich an einer Rachenblutung. Die Obduction zeigte ein tiefes Geschwür, welches die ganze rechte Mandel einnahm, gangränös roch und unter seinem Schorfe zwei klaffende Blutgefäße als Ausgangspunkte der Blutung zeigte.

Dr. P. K.

Primäres Sarcom der Mandel. (Sarcome primitif de l'amygdale.) Von Dr. Mac-Coy. (Congrès des médecins et des chirurgiens américains. Revue de laryngologie No. 4, 1888.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines primären Mandelsarcoms. Es wurde keine Operation gemacht und Patientin erlag. Solis Cohen bemerkt, man soll Anfangs operiren und erzählt einen geheilten Fall. Delavan sagt, man soll so frühzeitig wie möglich operiren. Verf. hat seiner Patientin eine Arznei von Jod, Arsenik und Quecksilber mit mehr weniger Erfolg gegeben.

Dr. P. K.

Cyste am linken falschen Stimmbande. (Kyste de la bande ventriculaire gauche.) Von Dr. Audubert. (Revue mensuelle de laryngologie No. 4, 1888.)

Verf. giebt die anatomische Beschreibung und die Geschichte der Larynxzysten; nachdem er die ganze Literatur durchgangen, findet er nur 3 Cysten der falschen Stimmbänder, welchen er nun sein Beispiel anreihet: Ein 21jähriges Mädchen hat eine Cyste am hinteren Drittel des linken falschen Stimmbandes; die Radicaloperation mittelst der Fauvelschen Zange gelang vollständig.

Dr. P. K.

Larynxstenose durch Entfernung eines Stimmbandes geheilt. (Sténose laryngée guérie par l'ablation d'une corde vocale.) Von Dr. Macdonald. (Revue mensuelle de laryngol. No. 3, 1889)

Ein 35jähriger Mann, 1880 syphilitisch, war dyspnoetisch. Beide Stimmbänder sehr voluminös, ohne Ulceration und ohne Narben. Specifische Behandlung half nicht. Tracheotomie bei einem Erstickungsanfall. In 7–8 Sitzungen wurde mittelst Galvanocauter das linke wahre Stimmband theilweise zerstört; den Rest exstirpirte Verf. mittelst der lateralen Mackenzie'schen Zange. Das Athmen ging wieder von Statten und die Canüle konnte entfernt werden.

Dr. P. K.

Epiglottitis oedematosa; primär und umschrieben. (Epiglottite oedémateuse circonscrite primitive.) Von Dr. Ruault. (Revue mens de laryngologie.)

Eine 26jährige Frau zeigte ohne alle anderen Symptome einen blassrothen, weichen, über den Stimmbändern sitzenden, an der Hinterfläche der Epiglottis sich befindenden Tumor. Ein Schnitt bewies, dass es sich nicht um eine Cyste handelte. Galvanocautische, punktförmige Cauterisationen brachten in 2 Wochen Heilung dieses localen Oedems. Diese

localen Oedeme an dieser Stelle sind sehr selten; der Schmerz beim Schlucken lässt sie von den Cysten unterscheiden, welche letztere überhaupt auch kleiner sind.

Dr. P. K.

Ueber neuropathische Blutungen der Luftwege. (Des hémorrhagies névropathiques des voies respiratoires.) Von Dr. Drouault. (Thèse de Paris No. 201 und Revue mensuelle de laryngol.)

Unter diesem Namen versteht man Blutungen, welche unter dem Einfluss einer Störung der vasomotorischen Nerven entstehen. Die Ursachen sind entweder Functionsstörungen in den Nervencentren oder materielle Läsion des Spinalnervensystems. Die ersten sind bewiesen durch die Arbeiten von Charcot, Duguet, Carre, Brown-Séquard, Nothnagel, Vulpian, Ollivier. Die zweiten kommen vor bei Hysterie, Epilepsie, Spinalirritation, vicariirenden Blutungen, Gemüthsbewegungen, Hitze und Kälte, Herpetismus (?) und Arthritismus (?).

Die Pathogenese ist dunkel. Sie sind verhältnissmässig gutartig, manchmal mit Schmerz verbunden, unregelmässig auftretend; man soll bei der Diagnose besonders Tuberculose, Hämophilie, Herz- und Arterienkrankheit, Morbus Brightii ausschliessen können. Die Behandlung ist die gewöhnliche.

Dr. P. K.

Ansicht eines Kehlkopffinnern ungefähr 20 Jahre nach der Entfernung eines Epithelioma durch äusseren Schnitt. (Aspect du larynx environ vingt ans après l'extirpation par la voie externe d'un épithélioma de cet organe.) Von Dr. J. Solis Cohen. (Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1888.)

Bei einem 30jährigen Manne wurde auf endolaryngealem Wege ein Stück eines Larynxtumors entfernt; die Histologen erkannten es als Epithelioma; da der Tumor immer an Grösse trotz fortwährender Behandlung zunahm, wurde die prophylactische Tracheotomie gemacht; nach gemachter Laryngotomie wurde die Geschwulst am linken falschen Stimmbande mit letzterem und der Mucosa des betreffenden Ventrikels entfernt und der Boden mit 33½ procentiger, salpetersaurer Quecksilberlösung gebrannt; die microscopische Untersuchung des entfernten Tumors ergab neuerdings Epithelioma. Als nach einigen Monaten noch kein Recidiv eingetreten war und Patient sich wohl befand, wurde die Trachealcantüle entfernt. Verf. giebt das laryngoscopische Bild des geheilten Larynx.

Dr. P. K.

Fibrom am linken Stimmbande durch Galvanocautik behandelt. Heilung. (Fibrome de la corde vocale gauche traité par la cautérisation galvanique. Guérison) Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngologie No. 4, 1888.)

Ein 27jähriger Bauer hat seit 3 Jahren einen blassen, harten, mit ebner Oberfläche versehenen, am hinteren Drittel des freien Randes des linken Stimmbandes ungestielt aufsitzenden Tumor. Zangenoperationen misslangen, weil der harte Tumor immer auswich; in solchen Fällen soll man den Galvanocauter anwenden.

Dr. P. K.

Hyalines Myxom des rechten wahren Stimmbandes. (Myxome hyalin de la corde vocale inférieure droite.) Von Dr. Eemann. (Revue de laryngologie No. 3, 1889)

Ein 28jähriger Reisender zeigte am vorderen Drittel des rechten wahren Stimmbandes einen halbdurchsichtigen, erbsengrossen, mit ebener Oberfläche versehenen, grauweissen, weichen Tumor. Die Diagnose lautete auf Cyste. Die Extraction gelang mittelst der Fauvel'schen Zange. Die meisten hyalinen Myxome werden als Cysten diagnosticirt, nur das Microscop verhilft zu richtigen Diagnose; Verf. ist daher der Ansicht, dass diese hyalinen Myxome nicht so selten sind, als man gewöhnlich annimmt.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von Dr. Paté. (Union médicale et scientifique du Nord-Est und Revue mensuelle de laryngologie No. 11, 1888.)

Athemnoth, vermindertes Vericulärathmen, Pfeifen bei der Expiration und dem Inspirium. Patient wurde als emphysematös behandelt (!); am dritten Tage erliegt er einem Erstickungsanfall. Bei der Obduction fand man an der Bifurcation der Trachea einen 9 $\frac{1}{2}$ Gramm wiegenden, unregelmässig cubischen Feuerstein, welcher an der betreffenden Stelle schon Ecchymosen hervorgerufen hatte.

(Der diagnostische Irrthum ist bei dem heutigen Stande der Wissenschaft, namentlich bei der allgemein verbreiteten Technik der Laryngoscopie schwer zu begreifen. Selbst bei ungenügend gestellter Diagnose hätte man doch glauben sollen, dass an einer medicinischen Facultät, wie Rheims, wenigstens die Tracheotomie ausgeführt und der Patient am Leben erhalten worden wäre. Ref.)

Dr. P. K.

Spontanes Aushusten von Polypen. (Expectoration spontanée de polypes du larynx.) Von Dr. Swiderky. (The Brit. med. Journal und Revue mensuelle de laryngologie No. 11, 1888.)

Ein Cavallerieoffizier, bei welchem man seit 12 Jahren einen Larynxpolypen diagnosticirt hatte, hustete denselben während eines Erstickungsanfalles aus. Solche Fälle sind selten, finden sich jedoch in der Literatur verzeichnet.

Dr. P. K.

Laryngealstenose in Folge des Druckes eines Kropfes. (Un cas de sténose laryngée consécutive à la compression par un goître.) Von Dr. George Reverley. (N.-Y. med. Journal und Revue mensuelle de laryngologie No. 11, 1888.)

Eine 60jährige Frau zeigte Compression beider Recurrentes durch einen voluminösen Kropf mit Erstickungsanfällen. Die Thyroidectomie brachte Heilung.

Dr. P. K.

Aneurysma intrathoracicum nach der Methode von Moore behandelt; Phlegmone; Blutung; Tod. (Anévrysme intrathoracique traité par la méthode de Moore, phlegmon, hémorrhagie, mort.) Von Prof. Dr. Folet. (Bulletin médical du Nord No. 9, 1888.)

Eine 60jährige Frau hatte ein Aneurysma des Aortenbogens, welches das Sternalende der dritten rechten Rippe und einen Theil des Sternum

zerstört hatte. Mittelst der Canüle einer Pravaz'schen Spritze wurden 2,65 Mtr. eines ziemlich dicken Silberdrahtes in den Aneurysmasack eingeführt; der Draht war in Carbolwasser aufbewahrt worden. Mittelst eines dickeren Eisendrahtes wurde das Ende des Silberdrahtes durch die Höhle der Canüle in den Sack gestossen, was aber nicht vollständig gelang. An diesem noch unter der Haut zu fühlenden Ende des Silberdrahtes bildete sich eine phlegmonöse Entzündung; der Abscess öffnete sich am zehnten Tage an der Einstichsöffnung; eine furchtbare Blutung war die Folge; letztere wurde durch Druck gestillt, aber Patientin erlag 2 Tage später. Das in der Wand des Aneurysma festklebende Ende des Silberdrahtes war offenbar die Ursache des Todes; letztere ist also nicht sowohl der Methode selbst, als der Ausführung der Operation zuzuschreiben. Das Ende des Silberdrahtes soll ganz im Aneurysma liegen und die Wand desselben soll unversehrt bleiben. Ein neues, vom Verf. erfundenes Instrument soll den bei dieser Operation begangenen Fehler unmöglich machen. — Jedenfalls bleibt die Operation eine gewagte, da alle bis jetzt beobachteten Fälle starben. Dr. P. K.

Inhalt.

Prof. Dr. R. Voltolini †. — I. Originalien: Kiesselbach: Ueber die Wirkung von Cocainum muriaticum auf das Ohr. — v. Stein: Ueber die Häufigkeit gewisser Herzneurosen im Zusammenhang mit Nasenleiden. — Windelschmidt: Erstickung in Folge Verschlusses des Kehlkopfes durch eine Kirsche. — Kantschak: Beiträge zur Histologie der Stimmbandpolypen. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Schmiedt: Hirnabscess nach geheilter Otitis media purulenta acuta. — Berthold: Die ersten zehn Jahre der Myringoplastik nebst Angaben verbesserter Methoden zur Heilung von alten Löchern im Trommelfell. — Anton: Ein Fall von Worttaubheit. — Katz: Ein künstliches Trommelfell aus Celloidin. — b) Rhinologische: Potter: Congenitaler knöcherner Verschluss des linken Nasenlochs. — Seiler: Ueber operative Entfernung von Syphilomen der Nasenhöhle. — Shirmunsky: Zur Aetiologie und zur Frage der Heilbarkeit der Rhinitis chronica atrophicans. — Ruault: Anwendung des Cocains als Haemostaticum bei Nasenbluten und in der Rhinochirurgie. — Franck: Vasomotorischer Effect von Reizungen der Nasenschleimhaut. — c) Pharyngo-laryngologische: Dutil: Hysterisches Stummsein mit theilweiser Zungencontraction. — Descroiziller: Ueber eine Form von einfacher Laryngitis mit erschwelter Diagnose. — Ariza: Bemerkungen über die tertiäre syphilitische Laryngitis. — Bergeron: Ueber Fluorwasserstoffsäure und deren Anwendung bei Diphtheritis. — de St. Germain: Chloroform und Tracheotomie. — Legroux: Diphtheritis und Creosot. — Cragin: Gangränöse Angina. Tödliche Blutung. — Mac-Coy: Primäres Sarcom der Mandel. — Audubert: Cyste am linken falschen Stimmbande. — Macdonald: Larynxstenose durch Entfernung eines Stimmbandes geheilt. — Ruault: Epiglottis oedematosa; primär und umschrieben. — Drouault: Ueber neuropathische Blutungen der Luftwege. — Cohen: Ansicht eines Kehlkopfinneren ungefähr 20 Jahre nach der Entfernung eines Epithelioma durch äusseren Schnitt. — Lacoarret: Fibrom am linken Stimmbande durch Galvanocaustik behandelt. — Eemann: Hyalines Myxom des rechten wahren Stimmbandes. — Paté: Fremdkörper in der Trachea. — Swiderky: Spontanes Aushusten von Polypen. — Reverley: Laryngealstenose in Folge des Druckes eines Kropfes. — Folet: Aneurysma intrathoracicum nach der Methode von Moore behandelt.

Zur gefälligen Beachtung!

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt Klage geführt worden, dass die Correcturen mangelhaft besorgt würden. Da die Monatsschrift in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit Original-Arbeiten versehen wird, so könnten Wochen vergehen, ehe die Correcturen von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze recht klar und deutlich zu schreiben, am besten von leserlicher Hand abschreiben zu lassen, dann kann die Correctur von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
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. B. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapring** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. WEBER-LIEL
Professor
der Ohrenheilkunde
in **Bonn**.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, October 1889.

No. 10.

Wegen Ablebens des Prof. Voltolini findet fortan auch die **Redaction des laryngologischen Theiles** der Monatschrift von **Wien** aus in Gemeinschaft mit Prof. v. Schrötter vom Gefertigten statt, weshalb um die Uebersendung **aller** literarischen Beiträge, sowie **aller** Recensions-exemplare von Büchern und Tauschexemplare von Zeitschriften etc. direct an den Unterzeichneten gebeten wird.

Wien I, Freyung 7.

I. A.: **Prof. Gruber.**

Prof. Dr. Rudolf Voltolini.

Der Altmeister der Laryngo-Rhinologie, einer der Begründer und eifrigsten Förderer der neueren Ohrenheilkunde, Rudolf Voltolini, wurde am 12. v. Mts. nach längerem schweren Leiden zur letzten Ruhe gebettet.

Weit verbreitet und intensiv ist die Trauer über den unersetzlichen Verlust dieses Mannes, welcher trotz der 70 Jahre, die er erreichte, bis zu seinem Lebensende mit jugendlicher Begeisterung und rastlosem Schaffensdrange wissenschaftlich thätig war, und dem die Wissenschaft auch so viel verdankt, dass seine Lebensgeschichte thatsächlich einen Theil der Entwicklungsgeschichte jener Specialfächer in sich begreift, denen er sein Leben geweiht.

Friedrich Eduard Rudolf Voltolini wurde am 17. Juni 1819 in Elsterwerda (Preuss. Sachsen) als der Sohn eines wenig bemittelten Postsecretärs geboren. Den ersten Unterricht genoss er in Dessau und Kosel, seinen Gymnasialunterricht (1831—1836) in Ratibor. Die frühzeitig sich äussernde Liebe des Knaben für das medicinische Studium änderte den schon gefassten Entschluss des Vaters, seinen Sohn zum Postbeamten zu bestimmen, und so kam der junge Gymnasiast mit einer Monatszulage von 5 Thalern auf das Elisabeth-Gymnasium in Breslau. Durch den 1837 erfolgten Tod seines Vaters war seine materielle Lage recht kümmerlich geworden, was ihn aber nicht abhielt, seine Studien fortzusetzen. Im März 1838 legte er sein Abiturientenexamen mit bestem Erfolge ab.

Die nächsten zwei Jahre betrieb er mit Vorliebe Naturwissenschaften, und zwar Zoologie (bei Gravenhorst), Mineralogie (bei Glocker) und Botanik (bei Göppert und Nees von Esenbeck). Trotz der karg zugemessenen pecuniären Mittel unternahm er schon damals grössere Ausflüge in's Riesengebirge, um diese Fächer auch practisch zu betreiben. Sein immenser Fleiss und sein ehrliches Streben verschafften ihm bald einige Gönner, unter denen besonders Huschke, der berühmte Breslauer Jurist, und Baron v. Kottwitz, der bekannte Berliner Philanthrop, sich des armen Studenten annahmen und ihn unterstützten.

Zu Ostern 1840 kam Voltolini an die Universität nach Berlin, wo namentlich Schelling und Joh. Müller die grösste Anziehungskraft auf ihn übten. Am 24. October 1842 wurde er zum Doctor promovirt. Seine Dissertationsschrift führt den Titel: „De motu respiratorio“.

Im Jahre 1844 liess er sich als practischer Arzt in Berlin nieder, doch zwangen ihn Familienverhältnisse, schon im nächsten Jahre nach Gr. Strelitz in Oberschlesien zu übersiedeln, wo er bis 1849 medicinische Praxis übte und auch literarisch thätig war. Seine damaligen wissenschaftlichen Aufsätze behandeln Themata aus der gesammten Heilkunde und sind in verschiedenen Zeitschriften, zumeist in „Kasper's Wochen-schrift“ und in der „Preuss. Vereinszeitung“, veröffentlicht.

Im Jahre 1852 legte er in Berlin die Physikatsprüfung ab, und da er schon zu der Zeit theoretische Studien über Ohrenheilkunde machte, benutzte er die Gelegenheit während seines Berliner Aufenthaltes, um bei Kramer den Catheterismus der Eust. Ohrtrompete, dessen Bedeutung er frühzeitig erkannte, practisch zu erlernen. Er konnte, wie er oft erzählte, gar nicht fassen, wie ein als Physicus wirkender Arzt die Ohrenheilkunde entbehren will. Auf Schritt und Tritt, meinte er, träten ihm sowohl im Amte, als auch in der Privatpraxis Fälle entgegen, die ihn ohne otiatrische Kenntnisse in die fürchterlichste Verlegenheit bringen müssen.

Nach Ablegung des Physicatsexamens wurde er bald Physicus in Falkenberg in Oberschlesien, wo er sich im Jahre 1857 mit Fräulein Louise Wermelskirch, der Tochter des lutherischen Pastors in Erfurt, verheirathete und bis zum Jahre 1860 amtlich thätig war.

Während dieser Zeit betrieb er neben seinen Physicatsgeschäften mit grösster Vorliebe otiatrische Studien, wobei er sich nicht auf Lecture einschlägiger Werke allein beschränkte, sondern practisch Anatomie des normalen und pathologischen Gehörganges betrieb. Natürlich konnte er in dem kleinen Orte seiner Wirksamkeit nicht leicht menschliches Material für seine anatomischen Arbeiten finden, weshalb er thierische Gehörorgane, unter anderen auch von solchen Thieren, die er als passionirter Schütze selbst erlegte, der Untersuchung unterzog. Es erging ihm bei seinen otologischen Studien, wie allen Jenen, welche sich eingehender mit der Ohrenheilkunde befassen: sie zog ihn um so mehr an, je ernster er sie betrieb, und schliesslich kam es dahin, dass er sich ihr ganz widmete und, auf seinen Posten als Physicus resignirend, im Jahre 1860 seinen bleibenden Wohnsitz in Breslau nahm.

Erwähnenwerth ist, dass, nach seiner eigenen Mittheilung, die vorzügliche Gattin, die er leider schon nach 10jähriger Ehe durch den Tod verlor, ihn in seinen Studien kräftigst unterstützte. Nachdem die Laryngoscopie durch Türck und Czermak in die Heilkunde eingeführt wurde und Voltolini deren hohe practische Bedeutung für die Ohrenheilkunde schnell erkannte, war es nicht blos die Otoscopie, sondern auch die Laryngoscopie, welche er mit grossem Eifer betrieb. Zumeist war es seine für die ärztliche Forschung begeisterte Gattin, an der er seine ersten einschlägigen Untersuchungen übte. Oft äusserte er nachträglich, dass er nur durch die stete Bereitwilligkeit seiner Frau, als Untersuchungsobject zu dienen, sowie dadurch, dass er an sich selbst Untersuchungen vornahm, so bald jene Virtuosität in der Laryngoscopie und Rhinoscopie erlangte, welche an ihm bewundert wurde.

Um diese Zeit wurden von sämmtlichen Forschern zur Beleuchtung von Höhlen künstliche Beleuchtungsapparate benutzt; meist Lampen, deren Lichtstärke durch Sammellinsen vergrössert wurde. Voltolini construirte sich (1859) einen eigenen Beleuchtungsapparat (Photogenlampe mit Sauerstoffgebläse), welcher ihm sehr gute Dienste leistete und den er deshalb auch veröffentlichte. Dieser Apparat brachte ihn in nähere Beziehung zu Czermak, welcher am 21. Septbr. desselben Jahres in Breslau laryngoscopische Demonstrationen veranstaltete. Czermak lud ihn durch ein eigenhändiges Schreiben zu dieser Demonstration ein und bat ihn gleichzeitig, dass er seinen Beleuchtungsapparat zur Verfügung stelle, was auch geschah. Von diesem Momente an entwickelte sich ein reger wissenschaftlicher und freundschaftlicher Verkehr zwischen beiden Forschern. Voltolini erkannte immer mehr die Bedeutung der neuen Untersuchungsmethode für die Ohrenheilkunde; er übte dieselbe mit grösster Leidenschaft und die Folge war, dass er schon am 12. November desselben Jahres in einer brieflichen Mittheilung an Czermak diesen benachrichtigte, dass ihm die Besichtigung der Oeffnungen der Eustachi'schen Röhren im oberen Rachenraume gelungen sei. Thatsächlich war erst von jenem Momente an die Rhinoscopie in Schwung gekommen, so dass Voltolini mit Fug und Recht als der Hauptbegründer der Rhinoscopie angesehen werden

kann. Das beste Zeugniß für seine Meisterschaft im Rhinoscopiren giebt wohl ein vom 5. Juni 1869 datirtes Schreiben Czermak's an Voltolini, in welchem es heisst:

„Was aber Ihre grössten Verdienste betrifft, welche ich Ihnen vor allen meinen Nachfolgern gerne zugestehe, und wenn sich Gelegenheit findet, auch öffentlich gerne zugestehen will, so liegen dieselben in der erfolgreichen Ausdauer, mit welcher Sie sich bis heute mit der Rhinoscopie beschäftigt haben, und in der Virtuosität, welche Sie im Rhinoscopiren durch Benutzung verschiedener Hilfsmittel offenbar erreicht haben.“

Die Sicherheit in der Handhabung des Rhinoscops ermuthigte ihn zur Lehrthätigkeit in diesem Fache. Er veranstaltete Demonstrationen vor Aerzten am Allerheiligen-Hospital in Breslau, dann auch in der medicinischen Gesellschaft in Berlin, zeigte unter Anderem das rhinoscopische Bild des oberen Rachenraumes und demonstirte die Möglichkeit des Catheterismus der Eustachi'schen Ohrtrumpete unter Benutzung des Rhinoscops. Von da an begann sein grosser Ruf, sowohl als Laryngoscopiker, als auch als Ohrenarzt, den er bis an sein Lebensende auch erhielt.

Während der ganzen Zeit betrieb er neben der sehr anstrengenden Praxis auch theoretische Studien, ganz besonders wieder die Anatomie des Gehörorgans. Er beschäftigte sich auch mit der feineren microscopischen Untersuchung des Labyrinthes, wobei er zu neuen Untersuchungsmethoden gelangte, unter anderen auch zu jener ausserordentlich vortheilhaften, welche es ermöglicht, die sämmtlichen Weichgebilde des Vorsaals und der halbkreisförmigen Gänge in continuo dem Felsentheile zu entnehmen. Eine grosse Reihe von Zeitungsartikeln, die er in Virchow's Archiv und anderen deutschen Journalen veröffentlichte, geben Zeugniß von seiner ebenso meisterhaften, als erfolgreichen Thätigkeit auf anatomischem Gebiete, die sich auch in seiner im Jahre 1862 veröffentlichten Monographie über Sectionstechnik des Gehörorgans manifestirte.

Im Jahre 1860 habilitirte er sich als Docent für Ohrenheilkunde und Laryngoscopie an der Breslauer Universität, wohin eine grosse Zahl von Aerzten aus allen Welttheilen wanderte, um seine Vorlesungen zu hören und practischen Unterricht zu geniessen.

Im Jahre 1861 publicirte er zur 50jährigen Jubelfeier der Königl. Universität zu Breslau im Auftrage des Vereines Breslauer Aerzte eine Monographie unter der Aufschrift „Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie“, welche die erste grössere Publication dieser Art war und in welcher er eine Reihe practischer Regeln zur leichteren Ausführbarkeit dieser Untersuchungsmethode mittheilte.

In kurzer Zeit war sein Ruf als ausgezeichnete Lehrer begründet und seine wissenschaftlichen Leistungen so hervorragend, dass er im Jahre 1868 von der Breslauer medicinischen Facultät zum Professor extraordinarius für Otiatrie und Laryngoscopie vorgeschlagen und auch im selben Jahre ernannt wurde.

Im Jahre 1858 hatte er die Bekanntschaft Middeldorpf's gemacht, der einige Jahre früher seinen galvanocaustischen Apparat construirte und in die chirurgische Praxis einführte. Voltolini's Scharfblick erkannte bald die hohe practische Bedeutung dieser Operationsmethode, von welcher er sich für seine Specialität die grössten Erfolge versprach. Er studirte diese Heilmethode mit voller Hingebung, schloss sich, um sie practisch genau zu erproben, enge an den Schöpfer derselben, und als er von deren grossem Werthe durchdrungen war, führte er sie sowohl in die laryngoscopische, als auch in die ohrenärztliche Praxis ein. Er construirte nun einen eigenen Apparat (Tauchapparat), sowie geeignete Instrumente zu den speciellen Zwecken, und wer die grossen Vortheile kennt, welche dieser Heilmethode eigen sind, der weiss auch zu schätzen, welch' ein unvergängliches Verdienst sich Voltolini durch deren Einbürgerung erwarb.

Seit seiner Niederlassung in Breslau war sein Ruf als practischer Arzt ein ausserordentlich grosser. Kranke aus allen Weltgegenden wanderten zu ihm und es muss unsere höchste Bewunderung erregen, wenn wir sehen, wie er trotz angestrenzter ärztlicher Berufsthätigkeit noch Zeit gewinnen konnte, nicht nur journalistisch thätig zu sein, sondern auch noch grössere wissenschaftliche Werke von unvergänglichem Werthe zu veröffentlichen. So erschien im Jahre 1876 sein Buch „Ueber die Galvanocaustik und deren Anwendung bei Kehlkopfkrankheiten“; 1879 „Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie“; im Jahre 1888 sein Werk „Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes nebst einer Abhandlung über Electrolyse“.

Zu seinen Lieblingsaufgaben zählte er immer die Verbesserung der Untersuchungsmethoden; noch seine letzte Publication betrifft die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers, welche Beleuchtungsmethode er, nach brieflicher Mittheilung, noch immer mehr zu vervollkommen hoffte und von welcher er sich einen grossen practischen Nutzen versprach.

Im Jahre 1867 betheiligte er sich an der Gründung der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“, welche später, nach Beitritt anderer Collegen, ihrem Inhalte nach erweitert und in die jetzige Form gebracht wurde. Bis zu seinem Lebensende war er werktthätig daran betheilig. Eine grosse Anzahl von Aufsätzen in dieser Zeitschrift stammt aus seiner Feder, und gewiss ist ein grosser Theil jenes für ein Specialblatt fast beispiellosen Erfolges, welchen unsere Zeitschrift aufzuweisen hat, auch seiner Mitarbeiterschaft zu verdanken.

Wenn man die grosse Anzahl seiner literarischen Leistungen berücksichtigt und dabei bedenkt, wie viel Zeit und Kraft er seiner zahlreichen Clientel widmen musste, kann man kaum begreifen, wie es möglich war, dass er noch Zeit und Musse für seinem Berufe weit abliegende Liebhabereien gewinnen konnte. Er war ein begeisterter Enthusiast für Musik, spielte selbst mit Leidenschaft Violine und nahm diese Kunst so ernst, dass er noch als alter Mann bei hervorragenden Musiklehrern regelmässigen Unterricht nahm.

Bei aller Gelehrsamkeit und vielseitigen ernsten Berufsthätigkeit bewahrte er sich einen frischen, heiteren Sinn für Naturschönheiten, den er durch tägliche Spaziergänge, durch öfters genossene kurze Landaufenthalte, sowie durch regelmässige grössere Reisen in der Ferialzeit zu befriedigen strebte.

Das Geheimniss, wie die Vielseitigkeit seines Wirkens auch noch für die körperliche Erholung Zeit liess, bestand in der systematischen Zeiteintheilung, die er in seinem ganzen Leben beobachtete, verbunden mit dem unbegrenzten Fleisse, welcher sich mit seinem Talente paarte. Bis kurz vor seinem Lebensende war er mit Unterbrechung von 2 Stunden für die Mittagszeit und 2 Stunden zum Nachmittagsspaziergang von 6 Uhr Morgens bis 10 Uhr Abends bei der Arbeit. „Ohne Fleiss“, sagte er, „könne auch das bedeutendste Talent nicht viel ausrichten“, und oft äusserte er die Ansicht, dass durch Fleiss weit mehr in der Welt geleistet werde, als durch Begabung.

Als practischen Arzt zeichnete ihn neben seinem grossen Wissen und reicher Erfahrung eine die Unmöglichkeit fast ignorirende Energie aus; er war ein ebenso gewandter, als kühner und auch glücklicher Operateur. Dabei hatte er das grösste Mitgefühl für seine Kranken und es ist gewiss bezeichnend für seine Herzengüte und Humanität, dass er als schon sehr arg leidender Mann im Februar 1888 mitten in der Nacht zu einem einfachen Förster eilte, welcher nach einer Kehlkopfoperation Erstickungsanfälle bekommen hatte, und bei demselben bis zum grauen Morgen blieb, wo er von einem anderen Arzte abgelöst wurde.

In seiner äusseren Erscheinung war der von der Natur gross und kräftig angelegte Mann einfach und schlicht. Sein offenes, gerades Benehmen hatte ihm gar Manchen im Leben entfremdet. Wer jedoch das Glück hatte, ihn genauer zu kennen, weiss, welch' warmes, selbstloses und bescheidenes Herz unter der oft rauh scheinenden Aussenseite schlug. Nichts schien ihm abtossender und verächtlicher, als die Parteimacherei in der Wissenschaft. Sein literarisches Gewissen empörte sich gegen Jene, welche es versuchten, unbedeutende Menschen auf's Piedestal zu stellen, um sie als glaubwürdige Apostel ihres eigenen Ruhmes zu benutzen, während sie die bedeutendsten Leistungen Anderer ganz ignorirten oder gar in den Staub zogen. Ehrlichkeit war mit einem Worte der Grundzug seines ganzen Wesens, und hatte er sich einmal von der Wahrhaftigkeit eines Menschen überzeugt, dann war er ihm der aufopfernde, treue Freund bis an sein Lebensende.

Im Verhältnisse zu seinen geradezu epochemachenden Leistungen — wir dürfen ja nur auf den unvergänglichen Werth der Rhinoscopie und die Einführung der Galvanocaustik in die ohrenärztliche und laryngologische Praxis hinweisen — sind die äusseren Zeichen der Anerkennung, welche ihm während des Lebens zu Theil wurden, für die Mitwelt geradezu beschämend. — In seiner academischen Carrière brachte er es blos bis zum Professor extraordinarius; — von wissenschaftlichen Vereinen war es blos die Gesellschaft der Aerzte in St. Petersburg, die ihn zu ihrem

Ehrenmitglieder und der Verein der Münchener Aerzte, welcher ihn zum correspondirenden Mitgliede ernannte. Von sichtbaren Zeichen der Anerkennung besass er eines; es war ein Orden, den ihm Sultan Abdul Hamid im Jahre 1882 bei Gelegenheit einer Berufung zur ärztlichen Consultation nach Constantinopel verlieh. In seinem eigenen Vaterlande war der Mann 21 Jahre lang — Professor extraordinarius!

Der Ursprung seiner Krankheit datirt 3 Jahre zurück. Sie machte sich im August 1887 zuerst bemerkbar durch schwere asthmatische Anfälle, welche man auf ein Aortenaneurysma in Folge von Endarteriitis deformans zurückführte. Seine nie rastende Thätigkeit beschleunigte die Verschlimmerung, welche im letzten Winter in erschreckender Weise zunahm.

Im heurigen Sommer erhoffte er von einem Aufenthalte im Riesengebirge Besserung; leider führte derselbe bei der obwaltenden ungünstigen Witterung das Gegentheil herbei, und er war überglücklich, als er am 3. August l. J. die Heimreise antreten konnte und lebend in Breslau eintraf. Von jetzt an setzten die asthmatischen Beschwerden nicht mehr aus; es fanden sich Oedeme ein und die Kräfte schwanden rapid. Am 6. September lautete die Diagnose seines ihm mit aufopfernder Treue behandelnden früheren Assistenten Dr. Reichel, welche in einer Consultation mit dem Geh. (Sanitäts-) Rathe Dr. Lange und Biermer's langjährigem Assistenten Dr. Jänicke bestätigt wurde, auf Hypertrophie und Degeneration des Herzmuskels in Folge Atheromatose der Aorta und der Herzgefäße mit pericarditischem und leichtem pleuritischen Exsudat. Am 9. September l. J., früh 7 Uhr, wurde der Kranke von seinem Leiden durch den Tod erlöst.

Er hinterlässt 5 Kinder: 2 Söhne und 3 Töchter, welche einen zärtlich liebenden, sorgsamem Vater verloren. Mit seinen Kindern und Verwandten betrauern zahlreiche Freunde und Tausende, denen er im Leben Hilfe und Belehrung gebracht, seinen Verlust. In der gemeinsamen Betrübniss suchen und finden wir einigen Trost in dem Bewusstsein, dass wohl seine irdische Hülle begraben ist, dass aber seine epochemachenden Geistesschöpfungen für alle Zeiten erhalten bleiben und ihm einen Ehrenplatz in der Geschichte der Medicin sichern.

Wien, im October 1889.

Jos. Gruber.

I. Originalien.

Ueber eine Fehlerquelle bei der Stimmgabelprüfung.

Von

Dr. **Patzek**, Oppeln.

Die Functionsprüfungen bilden in der Heilkunde ein überaus wichtiges Hilfsmittel zur Erkenntniss und Unterscheidung krankhafter Zustände. Auch die Ohrenheilkunde verfügt über eine Reihe von Methoden, um die Hörfunction zu untersuchen und zu bestimmen. Leider muss man bekennen, dass die Hörprüfungen mehr oder minder unsichere und für die Diagnostik der Gehörkrankheiten in gar vielen Fällen nicht verwertbare Resultate liefern. Insbesondere gilt dies von der Untersuchung der Kopfknochenleitung mit der Stimmgabel, von der A. v. Tröltsch sagt, dass sie nach verschiedenen Richtungen nur mit grosser Vorsicht und Berücksichtigung aller sonstigen Umstände sich diagnostisch verwerthen lässt. Diese Unsicherheit und Unzuverlässigkeit ist nach Jacobson (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 38, Heft 1 und 2) in den gewaltigen Schwierigkeiten zu suchen, welche sich einer Deutung der bei Ohrenkrankheiten zu beachtenden Functionsanomalien in den Weg stellen. Nicht minder schuld daran sind aber auch die den einzelnen Untersuchungsarten anhaftenden Fehlerquellen, deren genaue Kenntniss daher überaus nothwendig ist. Die folgende Mittheilung dürfte in dieser Beziehung nicht ohne Interesse sein.

Es kommt gar nicht selten vor, dass die Prüfung der Kopfknochenleitung mit der Stimmgabel selbst bei Normalhörenden unsichere Resultate ergiebt. Intelligente Patienten erklären mit Bestimmtheit, dass sie das eine Mal die Stimmgabel hören, das andere Mal nicht; es werden Unterschiede sowohl in der Tonstärke, als auch in der Perceptionsdauer selbst dann angegeben, wenn die Stimmgabel bei möglichst gleich starkem Anschlag an derselben Schädelstelle angesetzt wird. Ich selbst wurde auf diese Erscheinung zuerst voriges Jahr aufmerksam, als ich in der Poliklinik des Prof. Urbantschitsch eine kleine, mit dünnem Griffende versehene Stimmgabel auf die Mitte meines mit dichtem Haar stark besetzten Kopfes stellte. Nach v. Tröltsch macht Politzer auf die Thatsache aufmerksam, dass auch bei ganz Normalhörenden zuweilen Differenzen in der Tonstärke der an die Kopfknochen gesetzten Stimmgabel objectiv wahrgenommen werden können. — Fragen wir nach den Ursachen dieser Verschiedenheit und Unzuverlässigkeit der Stimmgabelprüfung bei gesundem Gehör, so geben uns die Autoren hierfür entweder gar keine oder durchaus ungenügende Antworten.

So schuldigt von Tröltsch die ungleiche Weite des Gehörganges an. Abgesehen davon, dass die Knochenleitung kaum nennenswerth von der ungleichen Weite des Gehörganges beeinflusst wird, passt diese Erklärung keineswegs für die Mehrzahl der Fälle. Es erscheint daher überaus nothwendig, nach anderweitigen Ursachen dieser Erscheinung zu forschen. — Eine bis jetzt gänzlich unbeachtete Fehlerquelle liegt nach meinem Dafürhalten in der Art und Weise, wie die Prüfungen der Kopfknochenleitung mit der Stimmgabel vorgenommen werden.

Nach A. v. Tröltsch (Lehrbuch der Ohrenheilkunde) wird die Stimmgabel, nachdem sie angeschlagen ist, mit dem Griffe auf die Mittellinie des Scheitels gestellt.

Politzer (Lehrbuch der Ohrenheilkunde) spricht bei der Beschreibung des Weber'schen und Rinne'schen Versuches von einer an den Scheitel oder an eine andere Stelle des Schädels angesetzten Stimmgabel.

Schwartz (Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres) prüft die craniotympanale Schalleitung, indem er den entsprechend geformten Stiel der angeschlagenen Stimmgabel mit den verschiedenen Stellen des Schädels in Berührung bringt.

Gruber (Lehrbuch der Ohrenheilkunde) setzt die vibrirende Stimmgabel an einen Punkt des Schädels auf. —

Man ersieht aus diesen Anführungen, dass die namhaftesten Autoren nur von einem Ansetzen, Stellen der Stimmgabel auf den Schädel sprechen. Ebensovienig wie in den Lehrbüchern, wird auch beim Unterricht darauf aufmerksam gemacht, welch' ein gewaltiger Unterschied es ist, die Stimmgabel mit dem Schädel nur in Berührung zu bringen oder fest an denselben anzudrücken. Prof. Urbantschitsch sprach zu meiner Zeit nur von einem Ansetzen der tönenden Stimmgabel auf die Kopfknochen. Auch in der Berliner Klinik des Prof. Lucae merkte ich, dass die Prüfungen mit der Stimmgabel einer besonders scharfsinnigen Kritik unterzogen wurden, aber eine Hindeutung auf diese Verhältnisse ist mir nicht aufgefallen.

Und doch kann man sich jeder Zeit leicht davon überzeugen, dass eine schwachtönende Stimmgabel, wenn sie nur leicht an den Kopf angesetzt wird, eine kurze Zeit, womöglich gar nicht percipirt wird, während sie beim festen Anpressen noch eine geraume Zeit tönt. Bei der Prüfung der Schalleitung durch den Knochen mit der Uhr weist auch in der That Gruber darauf hin, dass es nothwendig ist, zu eruiren, ob die Uhr an den Knochen angedrückt werden muss, oder ob vielleicht schon die einfache Berührung mit dem Uhrgehäuse hinreicht. Bei der Prüfung mit der Stimmgabel wird dagegen nirgends auf diesen wichtigen Umstand aufmerksam gemacht, der auch thatsächlich bis jetzt gänzlich unbeachtet geblieben ist. Nach Landois (Lehrbuch der Physiologie) leiten zwar die dem Kopfe angehörenden Weichtheile, wenn sie dem Knochen unmittelbar anliegen, den Schall gut; immerhin aber bilden sie dem compacteren Knochen gegenüber ein Leitungshinderniss, das durch ein stärkeres oder schwächeres Zusammendrücken der vorhandenen Weichtheile mit der Stimmgabel verschieden überwunden werden wird. Es leuchtet leicht ein, welche Unsicherheit und Unbeständigkeit in den Resultaten durch Nichtbeachtung dieser Verhältnisse erzeugt wird. Es genügt, ein Beispiel anzuführen: Wenn beim Rinne'schen Versuch das eine Mal die Stimmgabel unwillkürlich fest an den Schädel angedrückt wird, so dauert die Knochenleitung länger, die Perception durch die Luftleitung wird in Folge dessen kürzer sein.

Umgekehrt hört beim leisen Ansetzen der Gabel die Knochenleitung bald auf, dafür wird der Ton vor dem Ohr viel länger gehört.

In Zukunft wird es durchaus nothwendig sein, mit Nachdruck darauf aufmerksam zu machen, dass es nicht gleichgültig ist, in welcher Weise die Stimmgabel an den Schädel applicirt wird.

Oppeln, im August 1889.

Ueber die Häufigkeit gewisser Herzneurosen im Zusammenhang mit Nasenleiden.

Von

Stanislaus von Stein (Moskau).

(Schluss.)

Es ist heut zu Tage Allen und Jedem bekannt, dass die Nasenerkrankungen Leiden in anderen Organen verursachen können; indessen ist dies gegenwärtig nicht genügend, da diese Frage in eine neue Phase getreten ist: damit ist wenig gesagt, dass eine Hypertrophie oder Hyperplasie der Nasenschleimhaut vorliege, es ist durchaus nöthig, genauer jene local-pathologischen Veränderungen, oder wenigstens die gleichzeitig vorhandenen Erscheinungen, welche in einem Falle eine Neuralgie, in einem anderen — Asthma oder irgend ein anderes Leiden hervorrufen, festzustellen. Einstweilen will ich die Frequenz einiger Formen der Herzneurosen besprechen, ohne die Häufigkeit der topographischen Vertheilung der modificirten Schleimhaut bei verschiedenen Reflexneurosen zu berühren.

Küpper⁹⁾ (1884) war der Erste, der auf die Abhängigkeit der Herzpalpitationen von Nasenleiden aufmerksam machte. Patient, 27 Jahre alt, litt an starkem Herzklopfen, das oft einen ganzen Tag andauerte und Abends im Bette sich verschlimmerte; nicht selten erwachte er in Folge solcher Anfälle. Im Verlauf eines halben Jahres wurde dem Kranken ungeachtet aller Vorsichtsmaassregeln, öfterer Spaziergänge, kalter Abreibungen, strenger Diät, Brompräparate u. s. w. nicht besser, im Gegentheil, es kam so weit, dass jede physische Anstrengung und geistige Arbeit solche Herzanfälle zur Folge hatte. Des Morgens erwachte er mit schwerem Kopfe. Die Untersuchung des Herzens ergab ein negatives Resultat. Küpper machte 12 Aetzungen der vergrößerten unteren und mittleren Muscheln, sowie der stark angeschwollenen Schleimhaut auf der hinteren Schlundwand, worauf das geschilderte Leiden verschwand.

Küpper meint, dass die Anschwellung der Muscheln allein zur Erklärung dieser Herzpalpitationen nicht hinreichend sei, da man bei der Frequenz des Nasenleidens das Herzklopfen nicht immer antrifft; man müsse eine gewisse Praedisposition — Nervosität — annehmen.

Ferner deutete Ino N. Mackenzie (Baltimore 1885) auf den Zusammenhang des Herzklopfens und der Anfälle, ähnlich denen der Angina pectoris von Nasenleiden hin.

Hack verwies in seinem Vortrage über Asthma (Congress zu Wiesbaden) auf die relative Frequenz des Herzklopfens im Zusammenhange mit Nasenaffectionen und auf deren Radicalheilung durch Cauterisationen.

Weiter erzielte Hopmann (1885) die Heilung eines einseitigen Morbus Basedowi nach Entfernung des Nasenleidens auf derselben Seite. In diesem Falle beobachtete er beschleunigtes Herzklopfen, Volumzunahme einer Hälfte der Schilddrüse und einseitigen Exophthalmus.

⁹⁾ Ueber den Einfluss von chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut auf nervöses Herzklopfen. Deutsche med. Wochenschr. 1884, Seite 828.

Im folgenden Jahre beschrieb Hack¹⁰⁾ (1886) einen Fall einer wenn auch nicht totalen Heilung der Basedow'schen Krankheit nach Aetzung der Muscheln. Bei einem 17jährigen Mädchen war von Kindheit an ein stark ausgeprägter, doppelseitiger Exophthalmus, verbunden mit Nasenverstopfung, vorhanden. In ihrem 16. Jahre fing sie an, ohne nachweisbaren Grund über Stiche in der Herzgegend und über heftige Anfälle von Herzklopfen zu klagen. Puls = 100 per Minute. Die Percussion ergab eine vergrößerte Herzdämpfung nach allen Richtungen, vorzugsweise nach links (2 Fingerbreiten jenseits der L. mammil.). Der Herzstoss war heftig und die ganze Herzgegend erzitterte. Starke Hyperplasie des Schwellgewebes der unteren und mittleren Muscheln der Nase. Der Mund offen. Links vergrößerte Schilddrüse. Die eine Nasenhälfte wurde 14 Mal cauterisirt. Einige Tage darauf eine merkliche Verminderung des Exophthalmus auf eben derselben Seite. Nach vollem Ausbrennen der afficirten Parthien erhielt Hack folgendes Resultat: Der Exophthalmus ist bedeutend geringer, die Injection des Bulbi ist geschwunden, ebenso das nervöse Herzklopfen; die Schilddrüse ist kleiner und weicher, jedoch noch wahrnehmbar. Ebenfalls trat eine Verbesserung der Sehschärfe ein. Die Herzdämpfung ist normal.

Hack erklärt in dem geschilderten Falle die Entstehung der Basedow'schen Krankheit durch Reizung der peripheren Nervenzweige des Nerv. sympath. Diese Reizung hat einen Einfluss auf die Vasodilatoren der Augengefäße, indem sie einen Exophthalmus erzeugt. Auf dieselbe Weise erfolgt auch die Erweiterung der Art. coronariae cordis. Ebenso erklärt Hack auch die Entstehung des Asthma's, der Migräne, sowie anderer Krankheiten reflectorischen Charakters, wobei das vasomotorische Centrum unberührt bleiben kann.

Ferner beobachtete auch B. Fraenkel (Berliner klin. Wochenschrift 1889) beim Morbus Basedowi günstige Resultate nach galvanocaustischen Aetzungen.

Meine 50 Fälle¹¹⁾ (die meisten Kranken machten eine innerliche Therapie durch) der Herzneurosen, welche von einer mehr oder weniger ausgeprägten Volumzunahme der unteren Muschel begleitet waren, stehen in dieser Reihenfolge:

I. 1) Herzbeklemmung (häufiger am Morgen) oder Zusammenziehen, mit dem Gefühl, als ob man etwas erwarte (2 Fälle).

2) Schwere in der Herzgegend (1 Fall); Begleiterscheinung: Luftmangel.

II. 1) Herzklopfen nur nach Bewegungen (1 Fall); Begleiterscheinungen: Schwermuth, trübe, verwirrte Gedanken.

2) Herzklopfen, durch nichts complicirt, wie im ruhigen Zustand, so auch bei Bewegung (8 Fälle). In einem Falle wurde heftiges Herzklopfen nur bei windigem Wetter beobachtet.

3) Herzklopfen trat stets beim Einschlafen auf (1 Fall).

4) Herzklopfen bei häufigen Seufzern und einem Gefühl von Schwere in der Brust und von Luftmangel (1 Fall).

¹⁰⁾ Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit. Deutsche med. Wochenschrift No. 25, 1886. Vortrag, gehalten auf der XI. Wanderversammlung süd-westdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden.

¹¹⁾ Gegenwärtig habe ich noch mehrere andere Fälle in Behandlung.

5) Häufiges Herzklopfen (1 Fall). Begleiterscheinungen: Nase und Augen geröthet, öfterer Schwindel, Trockenheit der Lippen, häufiges Schnauben ohne Secretion.

6) Herzklopfen (2 Fälle) bei Luftmangel, Schwindel, Schwäche und unsicherem Gang.

III. 1) Stechen in der Herzgegend, aber nur zeitweilig und bei Unmöglichkeit, während einiger Secunden zu athmen. Diese Erscheinungen wurden hauptsächlich beim Gehen und Laufen beobachtet, indem man während des Anfalles unwillkürlich mit der Hand nach der linken Seite hingreift (6 Fälle). Des Nachts Alpdrücken.

2) Stechen nur während des Gehens (1 Fall). Begleiterscheinungen: häufiges Niesen, Schwere in den Augen, leichtes Erröthen derselben, sowie des ganzen Gesichts; Kopfschmerzen, Schmerzen in den Schläfen und ein dumpfes Drücken im Sternum sind während 3—4 Jahren schon vorhanden; manchmal Schmerz zwischen den Schulterblättern, ein Gefühl des Luftmangels und Leere in der Brust.

3) Zeitweiliges Stechen (2 Fälle). Begleiterscheinungen: Die Nase schwillt häufig an, wird roth, Schwere in den Augenlidern.

4) Stechen, begleitet von Schwere oder Zusammenziehen (2 Fälle); das letzte Symptom geht zuweilen dem Stechen voran.

5) Flüchtigtes Stechen (2 Fälle). Begleiterscheinungen: Die Nase schwillt auf; der Kranke wacht häufig auf, Alpdrücken, das Gehen ist durch extremen Luftmangel erschwert; tiefe Seufzer.

6) Stechen nur zuweilen (2 Fälle). Begleiterscheinungen: Viel Schleim, Schmerz im unteren Theil des Nackens, dumpfes Drücken in der Brust bis zum Grade eines Schmerzgefühls, Mangel an Luft, Neigung zum Weinen, Geschrei im Schlafe.

IV. Erst Herzklopfen (mitunter mit Beklemmung), darauf Stechen (zuweilen während des Gehens — 4 Fälle). Begleiterscheinungen: Nase und Augen röthen sich, Schwere im Nasenrücken (1 Fall) oder Schwindel (besonders am Morgen — 2 Fälle), bisweilen mit heftigen und häufigen Nackenschmerzen; Leere in der Brust, mitunter Luftmangel beim Gehen.

V. Zuerst Luftmangel, sodann Stechen (1 Fall).

VI. Heftiger Schmerz in der Herzgegend mit nachfolgendem Herzklopfen (1 Fall).

VII. Stechen und Zusammenziehen nebst Angstgefühl. Darauf wird der Nacken schwer; dies Gefühl von Schwere geht auf den Scheitel über und dehnt sich zuletzt bis in die Stirn. Der Kranke hat ein Gefühl, als ob sich etwas von hinten nach vorne heranschiebt. Der Kopf ist zusammengeschnürt, wie mit Blei gefüllt. Mit Eintritt der Schwere in der Stirn wird es vor den Augen dunkel. Der Kranke sitzt einige Secunden unbeweglich da, ohne das Bewusstsein zu verlieren und aufzuathmen. Der Anfall endigt mit einigen tiefen Seufzern.

Ich schilderte hier ein Bild eines vollständigen Anfalls. Die oben geschilderten Symptome entwickeln sich bei einigen Kranken so sehr prägnant und dermassen langsam, dass die Patienten jeden Moment angeben können. In anderen Fällen aber verlaufen die Erscheinungen blitzschnell. Mitunter entwickelt sich der Symptomcomplex nicht ganz und der Anfall beschränkt sich auf das Gefühl der Schwere im Nacken oder im Scheitel.

Dergleichen Fälle habe ich 11 beobachtet¹²⁾. Zu den constanten Begleiterscheinungen, die während und ausserhalb des Anfalls bemerkt werden, gehören folgende: Röthung der Nasenspitze, bisweilen Anschwellung derselben, schnell vorübergehende oder mehr oder weniger constante Injection der Augenconjunctiven, welche leicht beim Lesen oder Anstrengung, besonders des Abends, sich störend bemerkbar macht.

Zugleich mit diesen — so zu sagen — Grundsymptomen wurden gewisse andere, nicht in jedem Falle scharf hervortretende Nebenerscheinungen beobachtet, und zwar: reichlicher Ausfluss des Nasenschleims, Thränenfluss, Stechen in den Augenwinkeln, Schmerz in den Bulbi bei Anstrengung, ein Schleier vor Augen, ein beschwerliches Aufschlagen der Augenlider des Morgens, Trockenheit der Lippen, offener Mund, Kopfschmerzen und Schwere, Stirn-, Schläfen- und Nackenschmerzen, bisweilen sehr starkes Herzklopfen während des ganzen Tages oder nach dem Anfall; mitunter Schwindel zum Schluss des Anfalles; Geschmacksverlust, Luftmangel während des Gehens und Laufens, schnelle Ermüdung, öftere und tiefe Seufzer; ein Gefühl von Zusammenziehen in der Kehle, von Zeit zu Zeit Stechen in der linken Seite und des Morgens zwischen den Schultern, eine weinerliche Stimmung nach dem Anfall, geringer Appetit, öfteres Erwachen, Alptrücker, bisweilen Ohnmachten. Einige Anfälle waren von einer Schwere in den Schultern oder stechenden Schmerzen im linken Schulterblatte oder Nacken begleitet. In Folge der Stiche Unmöglichkeit, umherzugehen.

Aus der angeführten Statistik ist zu ersehen, dass die schwereren Formen vorherrschend sind. Ich erkläre mir diese Zufälligkeit nicht blos durch die relative Frequenz des geschilderten Symptomcomplexes, wohl aber dadurch, dass die Kranken Anfangs den vorübergehenden Symptomen, wie z. B. dem Gefühl von Zusammenziehen, leichtem Herzklopfen, flüchtigem Stechen keine Aufmerksamkeit schenken und ärztliche Hilfe nur bei vorgerückteren, ernstlicheren Erscheinungen suchen.

Ohne auf absolute Wahrheit meiner Schlüsse zu prätendiren, konnte ich auf Grund meines Materials Folgendes bemerken:

1) Mehr oder weniger stark ausgeprägte Hyperplasie, meistentheils ausschliesslich der unteren beiden Muscheln, ohne Reizstellen und Hyperämie, aber bei vollständiger oder zeitweiliger Verstopfung der Nase verursacht in der Herzgegend ein Gefühl von Schwere, von Zusammenziehen und Angst.

2) Wenn sich zu dem oben geschilderten pathologischen Befunde eine flüchtige, schnell vorübergehende Gefässinjection der Augenconjunctive und der Nasenspitze, welche sich leicht durch zartes Berühren der Nasenschleimhaut hervorrufen lässt, hinzugesellt, so wird man mit Herzklopfen, welches sehr oft von Schwindel, Luftmangel und Schwere begleitet wird, zu thun haben. In vielen Fällen sind die Nasenschleimhaut und die unteren Muscheln geröthet.

3) Wenn aber die geschilderten pathologischen Veränderungen sich mit einer öfters auftretenden oder permanenten Gefässinjection der Augenconjunctive, der Nasenspitze und der Nasenschleimhaut combiniren, so erhält man den oben angeführten Symptomcomplex. Sehr oft begegnet

¹²⁾ Gegenwärtig ist die Zahl bis auf 20 gestiegen.

man in diesen (veralteten) Fällen einer mehr oder weniger ausgeprägten Dilatation der Hautcapillaren der Nasenspitze, des Nasenrückens und der Wangen.

Allerdings können auch alle Formen combinirt auftreten, und dann erhält man ein sehr complicirtes Bild. Die künftigen Beobachtungen werden zeigen, inwiefern diese von mir geschilderte Classification der Herzneurosen mit dem gleichzeitigen Vorhandensein der verschiedensten Erscheinungen und ihre Häufigkeit möglich ist.

Die Thatsache aber, dass der qualvolle Symptomcomplex nach dem Cauterisiren ausbleibt, ist unantastbar. Dabei muss ich bemerken, dass beim Aetzen der vorderen Partien der unteren Muscheln besonders die Gefässinjection der Nasenspitze sich besserte. Nur nach mehrmaligem Cauterisiren der hinteren Enden der unteren Muscheln erzielte ich ein Schwinden des Augenleidens und des Symptomcomplexes.

Ich betone hier nochmals, dass ich alle Fälle mit Hyperplasie der Rachentonsille, welche auch eine Hyperämie der Augenconjunctive verursachen kann, ausgeschlossen habe. In einigen veralteten Fällen verschwand der Symptomcomplex, die dilatirten Hautcapillare aber blieben zum Theil bestehen.

Zur Illustration des von mir beschriebenen Leidens mit seinen Begleiterscheinungen möge einstweilen folgender Fall dienen:

Ein Geistlicher D., 37 Jahre alt, leidet viele Jahre an Schnupfen mit Schleimabsonderung, Kurzatmigkeit, Schwere in der Herzgegend, verbunden mit zeitweiligem Herzklopfen. Bei horizontaler Lage vernimmt man ein Pfeifen in der Brust. Dabei wird die Nase verlegt. Bald darauf empfindet der Patient Stiche in den Seitentheilen der Brust, während der Kopf und die Schultern sich mit Schweiß bedecken. Nach dem Nachmittagschlaf wird der Patient in einen fieberhaften Zustand mit darauf folgenden starken Zahnschmerzen im ganzen Oberkiefer versetzt. Die Stimme ist dumpfer und rauher geworden; das Sprechen fällt ihm schwer. Oefteres tiefes Seufzen. Seit Neujahr (1889) leidet der Patient an Stichen in der Herzgegend, die sich bis zur linken Schulter iradiiren und sich öfter wiederholen. Bald darauf wurde seine Aufmerksamkeit noch auf eine neue Erscheinung gelenkt: seine Augen und die Nasenspitze wurden öfter roth. Nun wurde sein Zustand noch peinlicher. Beim Gehen bekam er sogleich Herzstiche mit dem darauf folgenden Symptomcomplex, welcher auch während des Sitzens sich manchmal einstellte. Der Patient fühlte eine fortwährende Schwere in den Augen; das Lesen verursachte ein Reissen in den Bulbi und Kopfschmerzen. Der soeben geschilderte Zustand, wo der Kranke nicht ruhig sitzen, nicht gehen, nicht liegen konnte, versetzte ihn in eine düstere Stimmung.

Status praesens. Mund offen, Lippen trocken, Nasenspitze leicht rosa, Augenglanz matt, der Blick traurig, öfteres Bemühen, recht tief einzuathmen. Beim Lesen röthen sich sogleich die Augen. Die Pupille reagirt auf Licht.

Rhinoscopia anterior. Die unteren Muscheln sind beiderseits stark hyperplasirt, berühren das Septum; ihre Oberfläche ist weisslich rosa, bedeckt mit glatten Hügel, nicht besonders sensibel. Nach Cocainbeipinselung contrahiren sie sich schlecht.

Bei der Rhinoscopia post. sieht man, dass die hinteren Enden

der unteren Muscheln sehr hyperplasirt sind. Nasenrachencatarrh mit Schleimansammlung. Der Geruchssinn ist geschwächt. Im Rachen die Erscheinungen einer Pharyng. sicca — die Schleimhaut hat ein lackirtes Aussehen. Im Larynx eine mässige Auflockerung der Schleimhaut im Spat. interaryt. Die Zunge trocken. Die Zungendrüse (Gl. quarta) nicht hyperplasirt. Ein paar cariöse Zähne. Im Pharynx ein Gefühl von Wundsein. Das Schlucken geht nicht ungehindert von Statten: der Kranke empfindet beim Schlucken ein Hinderniss.

In der letzten Zeit ist das Gedächtniss schwächer geworden. Die Brust ist normal. Herztöne rein; Magencatarrh. Des Nachts Alpdrücken.

Nach dem Cauterisiren der vorderen Enden der unteren Muscheln verschwanden hauptsächlich die krankhaften Erscheinungen seitens der Brust und die Nasenspitze wurde bleich. Nach mehrmaligem Aetzen der hinteren Partien blieben der Symptomcomplex und die Injection der Con-junctive aus, der Kranke fühlte sich von seinen Beschwerden befreit. Er kann gegenwärtig Berge besteigen, frei predigen, lesen. Der matte Augenglanz ist geschwunden, die Gemüthsstimmung ist eine heitere und er hat an Gewicht zugenommen.

Wie sind die Reflexerscheinungen im Zusammenhange mit dem Nasen-leiden zu erklären?

1) Nach Voltolini (1871) „sind nur zwei Annahmen möglich: die Polypen rufen entweder auf dem Wege des Reflexes das Asthma hervor, oder durch Behinderung der Respiration verändern sie den Chemismus des Athmens und verändern die Textur des Lungengewebes“.

2) Nach B. Fränkel und Max Schaeffer sind die Reflexneurosen durch „Reizstellen“ der hyperplasirten Nasenschleimhaut und besonders des Schwellgewebes („nasale Hyperästhesie“) zu erklären. Unlängst hat Scheinmann¹⁵⁾ (1889) nochmals durch mehrere Fälle diesen Standpunkt bekräftigt.

3) Hack ist der Meinung, dass alle reflectorischen Erscheinungen von der Affection des Schwellgewebes der vorderen Partie der unteren Muscheln abhängen. In diesem Falle sind die Schwellkörper förmliche „Accumulatoren“, aus denen ein permanenter Reiz für die Vasomotoren ausströmt.

4) Ino N. Mackenzie nimmt als Ursache aller Erscheinungen die Volumzunahme der hinteren Partie der unteren Muscheln an. Nach Baratoux aber muss man die erzeugende Ursache im Schwellgewebe des Septums suchen.

Also sind Alle darin einig, dass den sensiblen Nerven die Hauptrolle beim Entstehen der Neurosen zukommt. Die Ansichten gehen nur in Bezug der Localisation dieser „Reizstellen“, dieser „sensitive area“ (Mackenzie) auseinander.

Ob nun wirklich verschiedene Partien erkrankter Nasenschleimhaut eine und dieselbe Form einer Reflexneurose erzeugen können, werden uns zukünftige Beobachtungen zeigen. Jetzt aber ist im Allgemeinen rein experimentell der bedeutende Einfluss der Nasenschleimhaut auf die Athmung und den Kreislauf bewiesen (Kratschmer 1870,

¹⁵⁾ Zur Diagnose und Therapie der nasalen Reflexneurosen. Berliner klin. Wochenschrift 1889, No. 14, 15, 18, 19, 21.

Gaurenitsch und Luchsinger 1883, Knoll 1886, Jolyet und Lafont 1879, Vulpian 1885, Dastre und Morat 1880, Prevost 1885, Aschenbrandt 1885).

Aller Experimente der oben Erwähnten bedient man sich zur Erklärung der Reflexneurosen, welche durch Nasenleiden bedingt werden. Meiner Ansicht nach ist dieses jedoch zur Erklärung des Entstehens der Herzneurosen nicht genügend. In jedem biologischen Prozesse, als einer höchst complicirten Erscheinung, sind sämtliche möglichen Ursachen, welche die gegebene Erscheinung bedingen können, in Betracht zu ziehen. Dank den Untersuchungen von Aschenbrandt¹⁴⁾ (1886) haben wir gegenwärtig einen klaren Begriff über das Flüssigkeitsquantum, welches durch die Nase ausgeschieden wird, erhalten. Nicht nur, dass der durch die Nasenhöhlen ziehende Luftstrom sich bis zu 30° C. bei einer Aussentemperatur von 8—12° C. erwärmt, sondern er sättigt sich noch vollständig¹⁵⁾ mit Wasserdampf. In Folge dessen werden nicht die Lungen, sondern die Nasenfläche abgekühlt, wo der Organismus durch Verdampfung des Wassers 5,2 pCt. von der ganzen sich im Körper entwickelnden Wärme verliert und wo ungefähr 526 Gramm Wasser im Laufe von 24 Stunden ausgeschieden werden. Nun stellen wir uns vor, dass die Nase undurchgängig ist oder sehr oft verlegt wird. Eine derartige Hemmung im Ausschleiden dieses relativ grossen Wasserquantums muss vor Allem auf die Thätigkeit des Herzens, welches ausserordentlich complicirte Innervations- und Regulations-Vorrichtungen besitzt, Einfluss haben. Dabei muss es anstrengender arbeiten, um das zurückgehaltene Wasserquantum, vielleicht auch noch andere Substanzen, durch die Nieren und die Haut zu entfernen. Eine solche ununterbrochen erhöhte Herzthätigkeit (vielleicht mit reflectorischer Herzdilatation verbunden), die mitunter Jahre lang dauert, kann unmöglich die Function desselben unbeeinflusst lassen. Diese Alteration manifestirt sich schneller und intensiver bei nervösen Personen.

Dabei ist nicht zu vergessen, dass das Athmen durch den Mund nicht das Nasenathmen ersetzen kann, obgleich, wie es Krause¹⁶⁾ (1887) gezeigt hatte, der hindurchziehende Luftstrom sich völlig mit Wasserdämpfen sättigt. Dies kann aber leider nicht lange dauern, da die Zahl der Schleimdrüsen gering ist und die Mundschleimhaut bald trocken wird.

Auch kann man nicht annehmen, dass die vergrösserte Oberfläche der hyperplasirten Schleimhaut mehr Wasser absondern werde. Im Gegentheil, die Patienten klagen öfter über grosse Trockenheit. Jedes Mal nach Schleimabsonderung, welche die Kranken absichtlich durch Kitzeln oder Schnupftabak befördern, fühlen sie eine Erleichterung.

Nicht selten wird andererseits die Neigung zum Schwitzen durch Rhinitis hyperplastica bedingt. In diesen Fällen muss das Nasenleiden zu Erkältungen in hohem Maasse praedisponiren. Diese vicariirende Schweissabsonderung verschwindet, sobald das Nasenathmen hergestellt wird.

¹⁴⁾ Die Bedeutung der Nase für die Athmung. Würzburg 1886.

¹⁵⁾ Nach Blach werden nur $\frac{1}{3}$ der Luft in der Nase gesättigt. Untersuchungen zur Physiologie der Nasenathmung. Mit 11 Abbildungen. Zeitschrift für Ohrenheilk. Bd. XVIII, S. 215, Juni 1888.

¹⁶⁾ Pflüger's Archiv 1887.

Durch die behinderte Wasserabsonderung lassen sich leicht diejenigen Reflexneurosen erklären, welche man bei Rhinitis atrophicans beobachtet (Fränkel). Solche Kranke klagen bald über schweren Kopf, Kopfschmerzen, geistige Trägheit und Herzklopfen. Grösstentheils sind sie hypochondrisch gestimmt.

Zum Schlusse will ich noch der folgenden Beobachtung erwähnen: Auscultirt man Patienten mit vergrösserten Muscheln, so vernimmt man nicht selten dumpfe Herztöne, begleitet von schwach gefülltem Pulse, Athemnoth und Herzbeklommenheit. Nach dem Cocainisiren der Nasenschleimhaut werden die Töne sogleich bedeutend deutlicher. Mit der Impermeabilität der Nase stellt sich wieder der frühere Zustand ein. Nur nach mehrmaligem Cauterisiren der Muscheln wird ein dauerhaftes Resultat mit Besserung des Allgemeinzustandes erzielt. Auf diese Weise könnte man in der Nase ein wichtiges peripheres Organ sehen, das eine tonisirende Wirkung auf das Gefässsystem im Allgemeinen und auf das Herz insbesondere ausübt.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die Thätigkeit der Königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. d. S. vom 1. Januar 1887 bis 31. März 1888. Von Dr. Reinhard und Dr. Ludewig. (Archiv für Ohrenheilk. 27. Bd., III. u. IV. Heft.)

Beobachtet wurden 1583 Kranke mit 1893 Krankheitsfällen; hervorgehoben möge werden, dass im Verzeichnisse derselben angeführt sind:

219 Fälle von Otitis media purulenta acuta, unter ihnen 30 mit Entzündung des Warzenfortsatzes, d. i. 13,7 pCt.,

51 Fälle von Otitis media pur. subacuta, unter ihnen 2 mit Entzündung des Warzenfortsatzes, d. i. fast 4 pCt.,

308 Fälle von Otitis media pur. chronica, unter ihnen a) 14 mit Entzündung des Warzenfortsatzes, d. i. 4,5 pCt., b) 140 mit Caries, d. i. 45 pCt., c) mit Cholesteatom 25, d. i. 8,1 pCt.

6 Mal wurde die Excision des Hammers,

2 Mal die Wilde'sche Incision,

55 Mal die Eröffnung des Antrum mastoideum vorgenommen.

Von diesen 55 Fällen wurden geheilt 23,

„ gebessert 10,

verblieben in Behandlung 16,

starben 6.

132 Kranke wurden in die stationäre Klinik aufgenommen.

Sehr bemerkenswerth ist die Krankengeschichte I. des 12jährigen A. E., der wegen beiderseitiger chronischer Eiterung mit Caries aufgenommen wurde und an rechtsseitigem subduralem Abscesse, Hirnabscesse, Pyämie, Metastasen in Lunge und Pleura, Obliteration des rechten Sinus transversus und cavernosus, ferner Thrombose im Anfang der Vena jugul. commun. dextra zu Grunde ging, wegen der Symptome, die der in der rechten Hemisphäre gefundene, gänseeigrosse Hirnabscess in vivo verursacht hatte und die da waren: chronischer Hirndruck,

Stauungspapille, Atrophia nervi optici, Augenschmerzen, heftiger, anhaltender Kopfschmerz, Pulsverlangsamung und Irregularität, stets zunehmende Abmagerung und Kräfteverfall, Fieber, Anfangs continuirlich, dann verschwindend, um bald intermittirend wiederzukommen.

Im Falle IV, wo bei der Section ebenfalls ein Hirnabscess im rechten Schläfelappen gefunden wurde, dürften wohl die continuirlichen Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, sowie die einmal constatirte Pulsverlangsamung (82 bei 40⁰) die einzigen Symptome gewesen sein, die die Vermuthung auf das Vorhandensein eines Hirnabscesses gestatteten, welcher noch in vivo diagnosticirt wurde; sonst waren die Symptome der Sinusphlebitis und Pyämie im Vordergrunde. Im Falle III wurde neben Sinusphlebitis und Pyämie ein über hühnereigrosser Abscess im vorderen Abschnitte der rechten Kleinhirnhemisphäre gefunden. Von Erscheinungen, die auf den Abscess bezogen werden dürften, finden sich in der Krankengeschichte verzeichnet: Klagen über Kopfschmerz, ferner die Angabe: beim Versuch, zu gehen, spreizt Patient die Beine und setzt die Fersen auf, schwankt und taumelt seitwärts; Hyperästhesie bei jeder Berührung. Bei den übrigen 3 Kranken war einmal Sinusphlebitis-Pyämie, zweimal Meningitis purulenta die Todesursache.

Die Hammerexcision wurde an 4 Patienten mit Perforation der Shrapnell'schen Membran je einerseits, bei einem fünften Patienten beiderseits ausgeführt.

Fall I. Excision des Hammers; Aufmeisselung des Antrum; Heilung nach 80 Tagen.

Fall II. Excision des Hammers. Ausspülungen mit dem Antrumröhrchen halten das Ohr für geraume Zeit trocken; doch hat nach 8 Monaten die Eiterung nur wenig nachgelassen.

Fall III. Excision des Hammers, Aufmeisselung des Antrum; nach 3monatlicher Behandlung hat die Eiterung nicht sistirt. Pat. wird mit dem Bleinagel entlassen.

Fall IV. Rechts chronische Eiterung mit Caries und einer Granulationswucherung, die aus einer Fistel über dem Proc. brevis hervorwächst. Durch Spritzen fällt die Granulation ab. Excision des mit der inneren Paukenwand verwachsenen Hammers. Heilung nach 20 Tagen; Besserung der Hörweite für Flüstersprache von 5 Cm. auf 1 Fuss (d. i. ca. 30 Cm.)

Fall V. Beiderseits Otorrhoe. R. Perforation vorne oben, Trommelfell in den hinteren Partien mit der inneren Paukenwand verwachsen. L. Fistel hinter dem Proc. brevis, Flüstersprache rechts = 0, links nur durch's Hörrohr. Hammerexcision. Rechts nach 17, links nach 15 Tagen Ohr trocken. Flüstersprache beiderseits 1 Fuss; nach 32 Tagen beiderseits Otorrhoe.

Das sind durchaus nicht günstige Resultate, was die Heilung der Eiterung anbelangt; diese stand nur stille in Fall I und IV. In Fall I war jedoch auch die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes ausgeführt worden, eine Operation, die für sich und in weit höherem Maasse, als die Excision des Hammerkopfes, genügt, chronische Eiterungen zum Ausheilen zu bringen, so dass Fall I nicht mitgezählt werden kann, wo der Werth der Hammerexcision abgewogen werden soll.

Dagegen kann Ref. Fälle anführen, wo bei chronischen Eiterungen

mit Fistelbildungen über dem Proc. brevis Heilung eintrat, nachdem die Patienten bloß mit der Hartmann'schen Canüle behandelt wurden, Fälle, in denen die Eiterung nach mehrmonatlicher bis mehrwöchentlicher Behandlung stille stand, wobei auch erhebliche Hörverbesserungen zu constatiren waren. Referent sieht daher keine Veranlassung, die Hammerexcision auszuführen, bevor nicht die Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle durch längere Zeit erfolglos ausgeführt wurden.

Zur Resorption von Exsudaten bei acuten und chronischen Mittelohrcatarrhen wurden an der Schwartz'schen Klinik wieder öfters Streichungen vom Planum mastoideum aus hinter dem Ohre abwärts bis auf die Schulter Morgens und Abends je 5—10 Minuten lang mit befetteter Hand ausgeführt und haben R. und L. von dieser Methode recht befriedigende Resultate gesehen.

Interessant ist die Mittheilung, dass vor Anwendung des Tretgebläses mehrere Assistenten der Klinik an Tendovaginitis erkrankten, wenn sie viele Kranke mit dem Lucae'schen Doppelgebläse behandelt hatten; das spräche doch auch dafür, den souveränen birnförmigen Ballon zu acceptiren! Von Creolin können Verff. nichts Günstiges melden und halten dessen Anwendung in der Ohrenheilkunde für unbrauchbar, welchem Urtheile Referent gern beipflichtet.

Auch Sozodol wurde theils in Pulverform, theils als 8procentige Lösung von Natr. sozodol. bei stinkenden Eiterungen verwendet; wesentliche Beeinflussung des Geruches oder der Secretion wurde nicht beobachtet.

Gomperz.

Ueber die Ursachen der Furunkel. Von Dr. C. Schimmelbusch. (Arch. für Ohrenheilk., 27. Bd., IV. Heft.)

Verf. wiederholte die zuerst von Garré*) und Bockhart**) ausgeführten Experimente, welche an sich sowohl durch Einreibung von Culturen des Staphylococcus pyogenes an den Armen Furunkel erzeugten, indem er eine Reincultur des Staphylococcus pyogenes aureus, die einem Ohrfurunkel entstammte, zwei hoffnungslos an Pyämie darnieder liegenden Kranken an den Waden verrieb.

Bei dem einen dieser Kranken konnte das Entstehen eines Furunkels beobachtet werden; diese Experimente, im Verein mit dem constanten Befunde von Staphylococcen in Furunkeln lassen es als zweifellos erscheinen, dass die pyogenen Staphylococcen die Ursache der Furunkeln sind, und die Furunculose demnach eine Infectionskrankheit darstellt.

Die inficirten Hautstücke bekam S. nach der Section des erwähnten Patienten, auch excidirte er Furunkel beim Lebenden; nach den Ergebnissen seiner microscopischen Untersuchungen spricht sich S. dahin aus, dass zur Bildung eines Furunkels zwei Momente gehören: 1) die Anwesenheit von pyogenen Staphylococcen auf der Hautoberfläche und 2) ihr Eindringen in die Bälge der Wollhaare.

Dass die Schweissdrüsen in enger Beziehung zur Furunculose stünden, fand S. bei seinen Präparaten nicht bestätigt.

Gomperz.

*) Zur Aetiologie acuter eitriger Entzündungen. Fortschritte der Medicin 1885, No. 6.

**) Monatsschrift f. pract. Dermatologie v. Unna, Hamburg 1887, No. 10.

b) Rhinologische:

The cure of crooked and otherwise deformed noses. Von John B. Roberts. (The times and register and the dietetic Gazette. New-York and Philadelphia, 29. Juni 1889.)

In einem bemerkenswerthen, auf vieljährige Erfahrungen gestützten Aufsatz behandelt Verf. die verschiedenen Deformitäten der Nase.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass Eingriffe nicht nur nöthig werden können wegen der gesetzten Entstellungen, sondern häufig auch wegen der zugleich bestehenden Behinderung der Athmung und wegen des Einflusses, welcher durch die erstgenannten Entstellungen gar nicht so selten im psychischen Verhalten der Patienten zum Ausdruck gelangt.

In Bezug auf Aetiologie wird etwas wesentlich Neues nicht vorgebracht; als speciell amerikanisch ist die Häufigkeit von Verletzungen durch Faustschläge und beim Ballspiel erwähnenswerth.

Die Sattel-Nase, knollige Hypertrophie, besonders der Nasenspitze, starke winkelige Verbiegung im Nasenrücken (verstärkte Adler-Nase), seitwärts verbogene und unregelmässig verkrümmte Nase werden beschrieben und durch Zeichnungen illustriert. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit den Deformitäten des Septum, die fast stets (abgesehen von den keineswegs seltenen congenitalen) traumatischen Ursprungs sind. Einfache Verbiegungen, winklige Knickungen, Enchondroma (häufig mit Knochenkern), knorplige resp. knöcherne Verwachsungen, die Sförmige Verbiegung der Nasenscheidewand werden kurz besprochen.

Besonderen Werth legt Verf., und zwar mit vollem Recht, auf eine sachgemässe Therapie. Die sofortige sorgfältige Behandlung aller frischen Fracturen erklärt er als absolut nothwendig. Narcose ist in schwereren Fällen nicht zu umgehen, da sonst eine völlige Reposition der Fragmente nicht zu erreichen ist. Er empfiehlt Einführung eines nicht zu starken Leit-Instruments durch die Nasenöffnung und Gerade-Richtung der Bruchstücke mit demselben, nachher quere Durchstossung der Nase mit einer Stahl-Nadel, an deren Enden ein Gummiband befestigt wird, welches quer über den Nasenrücken gespannt ist. Bei veralteten Fracturen Anwendung von Meissel und Säge. Die cosmetischen Resultate sind befriedigend.

Besonders hervorgehoben wird noch, dass die Heilung von frischen Fracturen ausserordentlich rasch vor sich geht; auch bei operativen Eingriffen behufs Hebung von Deformitäten in Fällen veralteter Fracturen sei die Heilung meist in einer Woche vollendet.

Bei bestehender Sattelnase empfiehlt Verf. mit einem Tenotom subcutan die Weichtheilbedeckungen der Nase loszulösen und dieselben dann mit Silberdraht an einer der normalen Nasenform nachgebildeten Guttaperchaschiene, die auf den Nasenrücken aufgelegt wird, zu befestigen. Practische Erfahrungen über diese Methode fehlen allerdings dem Verf. noch. Bei zu stark ausgebildeter Adler-Nase empfiehlt er Längs-Incision und Abmeisselung des vorspringenden Knochentheils.

Bei Behandlung der Septum-Verkrümmungen hält Verf. eine Geradestellung durch allmählichen Tampondruck für nur in den seltensten und allerleichtesten Fällen erreichbar. Die alte Methode, mit

dem Locheisen in dem vorspringendsten Theil eine Oeffnung anzulegen, hat Verf. verlassen und wendet seit ungefähr 5 Jahren stets folgendes Verfahren an: Ueber den vorspringendsten Punkt der Verkrümmung wird eine Längs-Incision gemacht und von dieser aus werden, je nach Bedarf, mehrere sternförmige Stücke mit dem Locheisen aus dem Nasenscheidewandknorpel entfernt, bis die Correction leicht gelingt. Die Retention wird in der Weise ausgeführt, dass, in dem weiteren Nasenloch, eine Stahlnadel in den vorderen Theil des Septums in horizontaler Richtung eingestochen wird, deren Spitze in dem hintersten Abschnitt des Septums (also hinter der jetzt corrigirten Verbiegung) durch Einstechen fixirt wird. In manchen Fällen ist es nothwendig, dass noch fernerhin eine ebensolche Nadel vom Nasenrücken nach dem Nasenboden hin (also mehr oder weniger vertical) eingestossen wird. Der im Original beige-fügte Holzschnitt erklärt auf den ersten Blick die einschlägigen Verhältnisse. Das auf dem Nasenrücken vorstehende Ende der letzteren Nadel wird mit etwas Englisch Pflaster überklebt, so dass Pat. sogar, ohne Aufsehen zu erregen, ausgehen kann. Eine Tamponade der Nasenhöhlen findet dabei nicht statt. Verf. ist mit diesem Operationsverfahren ausserordentlich zufrieden. Ist der Eingriff kleiner, so benutzt er 4procentige Cocainlösung zur Anästhesie, in schwierigen Fällen Aethernarcose.

Bei sehr stark nach einer Seite verbogenen oder ganz unregelmässig verkrümmten Nasen unterminirt Verf. zuerst subcutan (mit Tenotom) die ganze äussere Nasenbedeckung und redressirt dann mit den Fingern die ganze Deformität. Hierbei betont er besonders, dass in vielen Fällen ein aussergewöhnlicher Druck nothwendig ist, um die Deformität zu beseitigen.

Die Behandlung der knolligen Hypertrophie der Nasenspitze, der Defecte (durch Lappenplastiken etc.) ergiebt nichts wesentlich Neues. —

Zum Schlusse wendet sich Verf. gegen den Schlendrian, Nasen-
deformitäten meist sich selbst zu überlassen und die Patienten ihr Miss-
geschick mit Würde und Ergebung tragen zu lassen. Die ange-
gebenen Methoden sind gefahrlos und im Stande, die Pat. von ihren
Deformitäten zu befreien. Will also der Pat. die kleinen
— mit der Operation verbundenen — Unbequemlichkeiten auf sich nehmen,
so ist es nach Verf.'s Ansicht Pflicht jedes Chirurgen, operativ vorzu-
gehen. (Auch der Referent schliesst sich nach seinen Erfahrungen der
Empfehlung einer activeren Therapie, namentlich bei frischen Fracturen
etc., aus voller Ueberzeugung an.)

Firle (Bonn).

Fremdkörper der Nase. (Corps étranger du nez.) Von Dr. Laphorn Smith. (The Montréal med. Journal und Revue mensuelle de laryng. No. 11, 1888.)

Ein 14jähr. Kind litt seit 3 Jahren an Ozaena. Verf. bemerkte in dem einen Nasenloch einen grauen, harten, glänzenden Körper, welcher mittelst Zange entfernt wurde; es war ein mit Phosphaten incrustirter Schuhnagel. Der Fremdkörper hatte 10—12 Jahre in der Nase verweilt, die Heilung ging rasch von Statten.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Contribution des corps étrangers des voies aériennes. Von E. J. Moure. Paris, chez Octave Doin. 1889.

Verf. berichtet über 6 Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen aus seiner Praxis.

Fall I. Melonenkern im Kehlkopf eines 30monatl. Kindes. Tracheotomie; Heilung. Erster Erstickungsanfall nach 10—12 Tagen, dabei ein Ventilgeräusch in den Luftwegen. Operation nach 3 Wochen; die Erstickungsanfälle cessirten, der fremde Körper kam nicht zum Vorschein und ist wahrscheinlich verschluckt worden.

Fall II. Maiskorn im rechten Bronchus. Chron. Pneumonie. Tod. 7jähr. Mädchen; Verf. sah das Kind erst nach 3 Monaten. Die vorgeschlagene Tracheotomie wurde verweigert.

Fall III. Getreidekorn in den Luftwegen. 6 Monate später durch Hustenstoss spontan entfernt.

Fall IV. Maiskorn in den Luftwegen. Tod. 7 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen; rechter Bronchus verstopft. Die nach mehreren Monaten vom Verf. proponirte Tracheotomie wurde nicht gestattet. Tod an fortschreitender Lungenaffection längere Zeit danach.

Fall V. Nähnadel im Kehlkopfeingang (quer) eines 29jähr. Mannes. Extraction nach Cocainisirung (am selben Tage).

Fall VI. Pflaumenkern in den Luftwegen bei einem 9jähr. Mädchen. Tracheotomie; Heilung. 4 $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Unfall vergeblicher Extractionsversuch des anfangs oberhalb der Glottis steckenden Fremdkörpers, welcher der Zange entgleitet. Am nächsten Tage durch Laryngoscop festgestellt, dass Kehlkopf und oberer Trachealabschnitt frei ist; die Auscultation ergab, dass die Luft in die rechte Lunge mangelhaft eindrang. 2 Tage nach dem Unfall Tracheotomie, wobei der Fremdkörper in der Incisionswunde erschien und gefasst werden konnte.

Es handelte sich also um 6 Fälle von Fremdkörpern; bei einem Falle trat Entfernung durch Hustenstoss auf natürlichem Wege auf, 3 Mal erfolgte die Extraction nach der Tracheotomie, 2 Mal der Tod, weil kein operativer Eingriff gestattet worden war.

Verf. geht dann des Näheren auf die Diagnostik ein. Die Stimme ist nur alterirt, wenn der Fremdkörper im Kehlkopffinnern in der Glottis-region sitzt. Der Sitz des Fremdkörpers muss durch die laryngoscopische Untersuchung, event. durch die Ergebnisse der Auscultation festgestellt werden. Wegen der möglichen Folgen spricht sich M. gegen die Untersuchung mit dem Finger aus.

Sitzt der Fremdkörper in der Trachea, so ist nach M. die Diagnose leicht; von den Bronchien ist der rechte häufiger der Sitz der Fremdkörper.

In Bezug auf die Behandlung spricht sich M. gegen Brechmittel aus, empfiehlt aber event. die Aufhängung von Kindern an den Füßen (selbst in Chloroformnarcose). Die Extraction im Dunklen (d. h. ohne Leitung des Kehlkopfspiegels) verwirft er; bei sonstigen Extractionsversuchen würde er geeigneten Falles Cocain anwenden. Bei entstehenden Schwierigkeiten oder tieferem Sitze der verschluckten Körper hält er die baldige Tracheotomie für geboten, eventuell mit Spaltung der Cartilago thyroidea etc.

Nach der Operation legt er für 24 resp. 48 Stunden eine Tracheal-
canüle ein. Firle (Bonn).

Oedematöse Erkrankung der oberen Luftwege. (Oedematous Disease of The Upper Air Passages.) Von Carl Seiler in Philadelphia. (Med. and Surg. Reporter, 3. August 1889.)

Unter diesem Titel beschreibt S. eine neue Krankheitsform, deren Symptome er in Folgendem zusammenfasst:

- 1) Neuralgische Schmerzen im Rücken und auf der Brust, zuweilen in den Gliedern.
 - 2) Aeusserste Hinfälligkeit.
 - 3) Infiltration des submucösen Gewebes und Bildung von weissen membranartigen Belegen auf den Schleimhäuten.
 - 4) Anfangs Fieberlosigkeit, dann aber hohes Fieber bei relativ niedrigem Puls.
 - 5) Kein Albumen.
 - 6) Allmähliges Verschwinden der Membranen.
 - 7) Kein Foetor ex ore.
 - 8) Infectiöse aber nicht contagiöse Natur dieser in den Vereinigten Staaten verbreiteten Krankheit.
 - 9) Die specifische Wirksamkeit von Natrium benzoicum.
- W. Freudenthal, N.-Y.

Beitrag zur Lehre der chronischen, in der Regio subhyoidea sich befindenden Abscesse. (Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région soushyoïdienne.) Von Dr. Delobel. (Thèse de Paris No. 209 und Revue mensuelle de laryngol. No. 2, 1888.)

Verf. betont die Bedeutung der Glandula praelaryngea für solche Abscesse, welch' letztere er in 3 Kategorien theilt. Die chronische Tuberculose der betreffenden Drüse ist eine der Hauptursachen dieser Abscesse. Die Symptome sind verschieden, je nachdem die Abscesse subcutan, tief unter der Fascie oder symptomatisch sind; in letzterem Falle besonders muss man zwischen Tuberculose, Syphilis, Schanker und Typhus unterscheiden. Die Behandlung ist die gewöhnliche.

Dr. P. K.

Notiz über die Probepunction der Kieferhöhle. Von Dr. Ziem in Danzig. (Separat-Abdruck aus Berliner klin. Wochenschrift, 1889, No. 34.)

Verf. tritt der Behauptung Michelson's, durch welche dieser in einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg am 21. Januar 1889 gehaltenen Vortrage die Probepunction der Kieferhöhle als ein von Tornwaldt (und M. Schmidt) empfohlenes diagnostisches Hilfsmittel bezeichnet, entgegen. Tornwaldt habe erst am 19. September vorigen Jahres auf der Cölnener Naturforscher-Versammlung (vergl. Semon's Internationales Centralblatt für Laryngologie, Januar 1889, S. 362) dieses Verfahren angegeben, während das von Ziem empfohlene Verfahren zur Probeeröffnung der Kieferhöhle bereits im April- und Maiheft der weitverbreiteten therapeutischen Monatshefte 1888 publicirt worden ist. Die methodische Probepunction der Kieferhöhle stamme demnach von ihm.

Ungewöhnlicher Fall von Intubation des Larynx. (An Unusual Case of Laryngeal Intubation.) Von A. Brothers in New-York. (The N.-Y. Med. Rec., 27. Juli 1889.)

Es handelte sich um ein 17monatliches Kind, bei dem von anderer Seite die Intubation vor 14 Tagen gemacht und vor 8 Tagen wiederholt worden war. Als B. das Kind sah, war es in einem verzweifelten Zustande, von dem es sofort durch die erneuerte Intubation befreit wurde. Nach einer Woche entfernte B. die Tube, musste sie jedoch innerhalb einer Stunde wieder einführen, da das Kind zu ersticken drohte. Nach weiteren 8 und dann noch einmal nach 3 Tagen wiederholte sich dasselbe Spiel, bis B. schliesslich die Tube ununterbrochen 21 Tage hinter einander tragen liess, worauf Genesung eintrat. Verf. schliesst sich der Ansicht A. Jacobi's an, der in diesem Falle Oedema laryngis diagnosticirte.

Die Tube wurde im Ganzen etwa 58 Tage getragen und soll nach der Ansicht des Verf.'s zur Beseitigung des Oedems mit beigetragen haben.
W. Freudenthal, N.-Y.

Ein Fall von Kehlkopfgewächsen; Tracheotomie, Thyreotomie und Entfernung der Gewächse, Heilung. (A case of laryngeal growths, tracheotomy, thyreotomy and removal of growths, recovery.) Von Dr. E. G. Whittle, Brighthon. (Lancet, 2. März 1889.)

3jähriges Mädchen, von Geburt an heiser; die Geschwülste waren multiple Papillome.
Dr. M. Schm.

Inhalt.

Neurolog. — I. Originalien: Patrzek: Ueber eine Fehlerquelle bei der Stimmgabelprüfung. — v. Stein: Ueber die Häufigkeit gewisser Herzneurosen im Zusammenhang mit Nasenleiden. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Reinhard und Ludewig: Bericht über die Thätigkeit der Königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. d. S. vom 1. Januar 1887 bis 31. März 1888. — Schimmelbusch: Ueber die Ursachen der Furunkel. — b) Rhinologische: Roberts: The cure of crooked and otherwise deformed noses. — Smith: Fremdkörper der Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Moure: Contribution des Corps étrangers des voies aériennes. — Seiler: Oedematöse Erkrankung der oberen Luftwege. — Delobel: Beitrag zur Lehre der chronischen, in der Regio subhyoidea sich befindenden Abscesse. — Ziem: Notiz über die Probepunction der Kieferhöhle. — Brothers: Ungewöhnlicher Fall von Intubation des Larynx. — Whittle: Ein Fall von Kehlkopfgewächsen; Tracheotomie, Thyreotomie und Entfernung der Gewächse, Heilung.

Zur gefälligen Beachtung!

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt Klage geführt worden, dass die Correcturen mangelhaft besorgt würden. Da die Monatsschrift in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit Original-Arbeiten versehen wird, so könnten Wochen vergehen, ehe die Correcturen von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze recht klar und deutlich zu schreiben, am besten von leserlicher Hand abschreiben zu lassen, dann kann die Correctur von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S.W., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. E. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schäpflinger** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E. v. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität Wien	Dr. N. RÜDINGER o. ö. Professor der Ana- tomie an der Universität München	Dr. v. SCHRÖTTER Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität Wien	Dr. WEBER-LIEB Professor der Ohrenheilkunde in Bonn.
---	---	---	--

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonniert auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, November 1889.

No. 11.

Wegen Ablebens des Prof. Voltolini findet fortan auch die **Redaction des laryngologischen Theiles** der Monatschrift von **Wien** aus in Gemeinschaft mit Prof. v. Schrötter vom Gefertigten statt, weshalb um die Uebersendung **aller** literarischen Beiträge, sowie **aller** Recensions-exemplare von Büchern und Tauschexemplare von Zeitschriften etc. direct an den Unterzeichneten gebeten wird.

Wien I, Freyung 7.

[A. : Prof. Gruber.

I. Originalien.

Ein Fall von plötzlich entstandener Taubheit mit dem Ausgange in Heilung.

Mitgetheilt von

Dr. **Ludwig Winternitz**,

Sec.-Arzt am k. k. Krankenhause „Rudolph-Stiftung“ in Wien.

Wenngleich der vorliegende Fall bezüglich Aetiologie und Sitz des Leidens nicht eindeutig ist, so dürfte die Seltenheit des Krankheitsbildes und der erfolgte glückliche Ausgang dennoch eine eingehende Darlegung rechtfertigen.

Gegen Ende August d. J. hatte Herr San.-Rath Dir. Dr. Ullmann die Güte, mir, der ich damals mit der Vertretung des Herrn Prof. Gruber am ohrenärztlichen Ambulatorium des k. k. Krankenhauses „Rudolph-

Stiftung“ betraut war, eine Patientin seiner Clientel vorzustellen, welche oben erwähntes Leiden zeigte. Ein Mädchen von etwa 22 Jahren, blond, zart gebaut, war seit 14 Tagen mit Schwindelgefühl erkrankt, seit acht Tagen auf dem linken Ohre „total taub“, während selbe — eine gute Zitherspielerin — vordem sich eines besonders feinen Gehöres auf beiden Ohren erfreut haben soll.

In der That ergab die Untersuchung, dass die Uhr rechterseits normal, linkerseits nullibi gehört wurde. Die Stimmgabel wurde durch Luftleitung links gar nicht gehört. Ebenso fiel der Gruber'sche Versuch auf dem linken Ohre negativ aus. Auch bei Verstopfung des linken Gehörganges wurde die Stimmgabel vom Scheitel nur rechts gehört. Wurde gegentheilig der rechte äussere Gehörgang mit der Fingerkuppe fest verschlossen, so vermochte die Pat. auch in nächster Nähe gesprochene Worte nicht zu percipiren. Vielmehr nahm die Kranke — wenn selbe unter letzterer Versuchsanordnung an den Lippenbewegungen des Untersuchers auf ausgesprochene Worte schliessen musste — den stuporösen Ausdruck („langgezogenes“ Gesicht) eines Menschen an, welcher sich bemüht, schwierige Schallphänomene der Umgebung thunlichst aufzufassen. Dabei waren die Gebilde des äusseren Ohres normal, die Trommelfelle beiderseits gleich beschaffen: blass, ohne Niveaualterationen, mit nur kleinen kalkigen Trübungen. Schwellung oder Empfindlichkeit des Proc. mastoideus bestand nicht.

Konnten somit auf Grundlage aller üblichen objectiven Untersuchungsmethoden Erkrankungen des äusseren und Mittelohres ausgeschlossen werden, so dürfte immerhin schwer zu entscheiden sein, ob man es im vorliegenden Falle mit einem peripheren Leiden des N. acusticus (Ischaemie desselben, seröser Durchtränkung, rheumatoider Affection) oder — mit Rücksicht auf das Schwindelgefühl — mit einer Exsudation in die halbcirkelförmigen Canäle zu thun habe. In dem „echauffirten“ Aussehen der Patientin — welches nach zuverlässiger Angabe mit hochgradiger Blässe abzuwechseln pflegt, — der etwas versatilen Gemüthsstimmung, der Angabe der Patientin, dass es sie auch in gut temperirten Räumen häufig friere, dem Umstande, dass die Kranke erst vor Kurzem einen Oculisten wegen asthenopischer Beschwerden consultiren musste, sind allerdings Anhaltspunkte dafür gegeben, dass ein das Localleiden disponirendes allgemeines Leiden (Chlorose, Anämie, Hysterie) nicht völlig zu negiren war. Uebrigens waren der Kranken in früherer Zeit wiederholt Eisenpräparate verordnet worden.

Nachdem auch Prof. Dr. Urbantschitsch, welcher von der Kranken consultirt worden war, das Leiden als Anaesthesia acustica zweifelhaften Ursprunges mit dubiöser Prognose erklärt hatte und Electricität anrieth, übernahm ich auf Wunsch und unter Intervention des Herrn Dir. Dr. Ullmann die Behandlung des Falles.

Ich ging dabei derart vor, dass in der ersten Woche täglich, dann aber jeden dritten Tag eine Sitzung abgehalten wurde, welche etwa eine Viertelstunde in Anspruch nahm, indem ich die Galvanisirung des Hals-Sympathicus der kranken Seite in der Art instituirte, dass die Kathode in der linken Fossa auriculo-maxillaris, die Anode je durch 2—3 Minuten an dem Jugulum und dem 7. Halswirbel in der bekannten Art (sorgfältiges Einschleichen und Ausschleichen des Stromes, Anwendung so

schwacher Ströme, dass die Kathode „eben fühlbar“ war) applicirt wurden. Ausserdem wendete ich den galvanischen Strom in der Anordnung quer durch die Schädelbasis an — Kathode vor dem kranken Ohre, Anode am Proc. mastoideus der gesunden Seite. Während der Stromapplication wurde — in regelmässigen Pausen von 10—15 Secunden — dem kranken Ohre Uhr oder tönende Stimmgabel dargeboten und die Kranke aufgefordert, eine etwaige Schallperception anzugeben.

Schon nach den ersten Sitzungen verminderte sich das Schwindelgefühl und stellte sich nunmehr am 3. Tage der Behandlung ein eigenthümliches, unangenehmes „Knacken“ ein, welches durch etwa 4 Tage anhielt und mit der, Ende der ersten Woche auftretenden, Schallperception allmählig schwand. Während nämlich bereits bei der 3. und 4. Sitzung die Patientin Angaben machte, welche darauf deuteten, dass selbe ihre früheren Angaben in Betreff der „Taubheit“ auf dem linken Ohre nicht mehr stets mit voller Sicherheit aufrecht erhalten konnte, traten in den späteren Sitzungen — Anfangs allerdings nur während der Dauer der Stromapplication und da am constantesten und stärksten bei der Applicationsart quer durch den Kopf, weniger, aber doch unläugbar, bei der Sympathicusgalvanisirung: Anode am Nacken, kaum bei der Application der Anode am Jugulum — immer entschiedener die Angaben zunehmender Wiederkehr der Hörfunction auf. Auf die Angaben der ersteren Sitzungen wurde deshalb kein besonderer Werth gelegt, weil selbe überaus unbestimmt und wechselnd gemacht wurden, und es sich möglicher Weise noch nicht um Schallperception linkerseits, sondern um eine Zuleitung linksseitiger Schallreize zum rechten Acusticus unter Vermittelung des quer durch die Schädelbasis geleiteten Stromes handeln konnte.

Gleichzeitig erhielt die Kranke mit Rücksicht auf die früher erwähnten disponirenden Momente intern Jod-Eisen (Syr. ferri jod., Syr. cort. aurant. ää 3 m. t. 1 Kaffeeleffel) verordnet und wurde auf die regelmässige Einhaltung dieser Medication durch wiederholte Nachfragen gedrungen. Ferner wurde zum Schutze gegen schädigende Witterungseinflüsse und aus dem Gesichtspunkte einer vielleicht ischämischen Beschaffenheit der Gebilde des linken inneren Ohres das Tragen von Baumwolle im äusseren Gehörgange dieses Ohres angerathen. Von Pilocarpin-Injectionen, ätherischen oder balsamischen Ohr-Tropf-Wässern, Epispasticis musste mit Rücksicht auf die zarte Constitution der jugendlichen Patientin abgesehen werden — hinterliess doch die „eben fühlbare“ negative Electrode hinter dem Ohre einen rothen Fleck, welcher sich von einer Sitzung zur anderen erhielt und Gegenstand nicht gerade freundlicher Bemerkungen Seitens der Patientin und ihrer Angehörigen wurde.

Etwa vom Beginne der zweiten Woche an, als sich das Gehör eben bereits eingestellt hatte, wurde den Sitzungen unmittelbar die Inhalation von Amylnitrit in der gewöhnlichen Weise — einige Tropfen auf das vor das Nasenloch der linken Seite gehaltene Sacktuch — vorausgeschickt. Bereits die ersten Applicationen dieses Mittels zeigten einen derart eclatanten momentanen (aber auch nachhaltigen) Effect bezüglich des Hörvermögens auf dem kranken Ohre, dass die Patientin, welche Anfangs den Amylnitritgeruch wegen des sich bald einstellenden beängstigenden Gefühles von Spannung im Kopfe verabscheut hatte, bei den folgenden Sitzungen stets auf die Anwendung dieses Mittels drang.

Bei der mit Beginn der vierten Woche erfolgten Entlassung aus der Behandlung war Schwindelgefühl und Knacken völlig geschwunden, das Hörvermögen bezüglich Knochenleitung, Uhr und Hören der Flüsterstimme normal und nur ganz Weniges geringer, als auf dem rechten Ohre.

Bemerkt sei noch, dass unsere Kranke zu den ersten Sitzungen mit einer stark zusammenschnürenden Halskrause gekommen war, welcher Umstand gerügt und abgestellt wurde*). Es muss dies erwähnt werden, da durch die Strangulirung der Halsgefäße möglicher Weise unter Umständen der Abfluss aus den Gefäßen des Kopfes gehemmt und somit serösen Durchtränkungen im inneren Ohre vorgearbeitet wird. Dass dies in unserem Falle das linke Ohr betraf, mag ein Zufall sein, hängt aber möglicher Weise mit denselben Ursachen zusammen, aus welchen linksseitige Erkrankungen der tiefen Ohrgebilde im Allgemeinen häufiger sind, als rechtsseitige, und hat vielleicht — wie Gruber meint — in der Anordnung der Circulationsorgane seinen Grund.

In künftigen Fällen ähnlicher Art wird diesem letzteren Momente (der engen Halsbekleidung), sowie dem Zustande des Circulations-Apparates überhaupt, und der Blutuntersuchung (Hämoglobin-Bestimmung, Zählung der Blutkörperchen) etc. genaue Beachtung zu schenken sein; in unserem Falle, einer überaus zaghaften und nervös-ungeduldigen Privatpatientin, wurde mit Rücksicht auf das Fehlen genügend sicher gestellter Heilpläne für derartige Krankheiten das therapeutische Ziel vorwiegend in's Auge gefasst. Es reiht sich dieser Fall an die von Bing (Wiener medicin. Wochenschrift 1880) und Gruber (Lehrbuch der Ohrenheilk., pag. 605) beobachteten Fälle an und zeigt, dass selbst bei totaler Taubheit eine vollkommene Wiederherstellung der Hörfunction stattfinden kann.

Ob der erzielte Erfolg der von uns angewendeten Therapie (bezw. welchem Momente derselben hauptsächlich?) zu verdanken war, oder ob — wie in den citirten Fällen — auch eine anderweitige Medication zum Ziele geführt hätte, mag dahingestellt bleiben. Thatsache ist aber, dass während des Electricirens, sowie bei der Application von Amylnitrit momentane Besserungen eintraten.

Die Ohrenheilkunde in der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

Die auf der Tagesordnung der heurigen Naturforscher-Versammlung gestandene Reform, andererseits aber Heidelberg's anziehende Gegend, trug viel dazu bei, dass die Theilnahme im Allgemeinen eine sehr rege war, und dies bekundete sich auch in den einzelnen Sectionen, in denen man auch mehr zu sehen und zu hören bekam als sonst.

*) Nach mir von einer diesbezüglich gut unterrichteten Quelle gewordenen Information ist diese Bekleidungsart gegenwärtig modern und beliebt, weil in Folge dessen die Augen besser hervortreten sollen!!

In die Praesenzliste unserer Section trugen sich folgende Herren ein:

Dr. Albers (Saarlouis), Dr. Appert (Karlsruhe), Dr. Barth (Berlin), Dr. Becker (Dresden), Dr. Beckmann (Heidelberg), Dr. Bloch (Freiburg), Dr. Böck (Magdeburg), Dr. Bronner (Bradford), Dr. Buss (Darmstadt), Dr. Cimbäl (Neisse), Dr. Döring (Ems), Dr. Ferrer (San Francisco), Dr. Friedländer (Bad Nauheim), Dr. Friederichs (Elberfeld), Privatdocent Gottstein (Breslau), Privatdocent Habermann (Prag), Dr. Hartmann (Berlin), Dr. Hecke (Breslau), Dr. Herbordt (Frankfurt a. M.), Dr. Hedinger (Stuttgart), Privatdocent Heymann (Leipzig), Dr. Jacoby (Magdeburg), Dr. Kassnitz (Karlsruhe), Dr. Katz (Berlin), Dr. Katzenberger (Baden-Baden), Dr. Keimer (Düsseldorf), Prof. Kessel (Jena), Privatdocent Killian (Freiburg), Dr. Killian (Worms), Dr. Koerner (Frankfurt a. M.), Prof. Kuhn (Strassburg), Privatdocent Lemcke (Rostock), Dr. Lemmel (Homburg), Dr. Lenz (Bretten), Dr. Linkenheld (Wiesbaden), Dr. Mayer (Mainz), Dr. Messer (Mannheim), Prof. Moos (Heidelberg), Dr. Proebstnig (Wiesbaden), Dr. Roller (Trier), Dr. Rothschild (Wallrok), Dr. Sacki (Pforzheim), Dr. Schliferowitsch (Heidelberg), Prof. Schwalbe (Strassburg), Privatdocent Siebenmaun (Basel), Dr. Stark (Cincinnati), Prof. Steinbrügge (Giessen), Dr. Stöhr (Birkenau), Dr. Strazza (Genua), Dr. Szenes (Budapest), Dr. Thiry (Freiburg), Dr. Truckenbrod (Hamburg), Dr. Usinger (Bensheim), Dr. Vohsen (Frankfurt a. M.), Prof. Wagenhäuser (Tübingen), Dr. Wähe (Kirchardt), Prof. Walb (Bonn), Dr. Weydner (Neckar-Steinach), Dr. Wolf (Frankfurt a. M.).

Einen Blick auf diese Liste geworfen, ersehen wir, dass das deutsche Element in der Section dominirte, doch die Theilnahme der Fachgenossen aus anderen Ländern verlieh derselben einen internationalen Anstrich.

Ausser der einführenden Sitzung hatten wir noch andere fünf Mal Gelegenheit beisammen zu sein, um theils Bekanntes in aufgefrischter und erweiterter Form, theils bis nun noch Unbekanntes zu hören und zu besprechen, ja, es kamen sogar auch noch Standesangelegenheiten zur Sprache, die zu recht lebhaftem Gedankenaustausch Anlass gaben.

Ueber Aufforderung der sehr geehrten Redaction will ich auch in dieser Fachschrift einen wo möglich genauen Bericht erstatten, stellenweise aber auch noch einige sachliche Bemerkungen einflechten in Folge der Eindrücke der Vorträge und der darauf gefolgtten Discussionen.

1) Prof. Kuhn (Strassburg) hielt einen Vortrag über Otitis diabetica. Zuvörderst werden die einschlägigen Fälle der Literatur erwähnt, dann theilt Kuhn folgende zwei Fälle mit. Ein 54jähriger Diabetiker acquirirt eine acute Otitis media mit profusem Ausfluss; letzterer wollte selbst auf eine energische, mit antidiabetischer Kur verbundene Behandlung nicht besser werden, es trat sogar eine profuse Blutung aus dem Ohre hinzu und der Process endete letal. Die Necroscopie zeigte eine grosse Zerstörung des Felsenbeines mit Eröffnung des Sinus sigmoides und petrosus superior; als directe Todesursache wurde eine frische eitrige Meningitis gefunden.

Bei dem zweiten Kranken wollte eine rechtsseitige Otorrhoe nicht heilen und trotz der auch hier vorgenommenen antidiabetischen Behandlung war nach neueren vier Wochen auch noch ein periostaler Abscess am Warzenfortsatz aufgetreten und ganz dasselbe spielte sich später auch an der linken Seite ab, wo bei Beginn der rechtsseitigen Behand-

lung eine bereits seit zwanzig Jahren bestandene trockene Perforation im Trommelfell gefunden war. Die Abscesse wurden immer frühzeitig eröffnet und es erfolgte auch bald die Heilung.

Nun glaubt Kuhn in seinen Reflexionen die Frage aufwerfen zu müssen, ob es nicht rathsamer wäre, gleich Anfangs energisch (operativ) einzuschreiten, da man doch mit mathematischer Berechnung das letale Ende erwarten könnte, überhaupt da ja in der Chirurgie auch schon solche Fälle beschrieben wurden, wo Diabetiker grössere Operationen mit günstigem Erfolge bestanden.

Walb (Bonn) sah einen ähnlichen Fall, bei dem er den Warzenfortsatz nach acht Tage alter Otorrhoe aufmeisselte und trotzdem stiess er schon nach wenigen Meisselschlägen auf eine grosse Zerstörung. Im Uebrigen glaubt er die periostalen Abscesse für verdächtig halten zu müssen, denn er kann nur eine Erkrankung des ganzen Knochens annehmen, da sich sonst die so bald gefundene Destruction kaum anders erklären liesse. — Auch Kuhn glaubt es mit einer acuten Caries zu thun zu haben. — Körner (Frankfurt) operirte auch einen einschlägigen Fall, in welchem sich der Zucker in Folge des Eingriffes von 0,3 pCt. auf 2,3 pCt. vermehrte, doch hatte dies nichts zur Sache, da schon am nächsten Tage das frühere Procent sich zeigte. — Wolf (Frankfurt) will nicht bei jeder diabetischen Otorrhoe gleich meisseln, da er den Eingriff nicht für ganz indifferent hält. — Kuhn hebt nochmals die Indicationen der Eröffnung des Warzenfortsatzes hervor und glaubt dies in der Zukunft bei Diabetikern je früher machen zu müssen. — Dieser Meinung schliesst sich auch Moos (Heidelberg) an.

2) Prof. Kuhn theilt hierauf eine Arbeit, Bacteriologisches bei der Otitis media von den DDr. Levy und Schrader mit, die aus seiner Klinik stammt und sich auf 23 bacteriologisch untersuchte Fälle bezieht, von denen 10 Mal eine acute Otitis bestanden hatte, deren Secret nach erfolgter Paracentese untersucht wurde; 2 Mal war die Perforation spontan aufgetreten, in 7 Fällen war der Warzenfortsatz mitafficirt, 2 Mal hatte eine chronische Mittelohreiterung bestanden und in anderen 2 Fällen war dieselbe von Cholesteatombildung begleitet.

Die Untersuchungen ergaben ein negatives Resultat, da man aetiologisch kein einheitliches Bild nachweisen konnte, denn es wurden stets verschiedene Microben gefunden, von denen man daher für eine oder die andere Erkrankung keinen bestimmten Anhaltspunkt bekommt.

3) Prof. Moos (Heidelberg) bespricht die Histologie und Bacteriologie der diphtheritischen Mittelohrerkrankungen auf Grund sechs einschlägiger Fälle, die er zu untersuchen Gelegenheit hatte.

4) O. Wolf (Frankfurt) spricht über Hörprüfungsworte und ihren differentiell diagnostischen Werth. Wolf betrachtet nämlich die menschliche Sprache als bestes Hörprüfungsmittel, die zugleich die vollkommenste ist, und wenn dieselbe bis nun bei Prüfung der Hörweite quantitativ in genügender Weise verwerthet wurde, so sollte sie auch qualitativ, d. h. auch zur Prüfung der Hörbreite, benutzt werden. Bis nun suchte Niemand die zur Hörprüfung geeigneten Laute und Worte ihrem acustischen Werthe nach auszuwählen, und diesem Umstande wäre es zuzuschreiben, dass der complicirte Prüfungsapparat der menschlichen Sprache nicht wesentlich vereinfacht wurde. Wolf

will deshalb solche Worte empfehlen, in welchen die sogenannten selbsttönenden Consonanten praegnant hervortreten, und liefert auch diesem entsprechend eine Uebersicht von Sprachlauten, die er nach Tonhöhe, Klangfarbe und Tonstärke acustisch festgestellt, und will bei den verschiedenen Alterationen des schallzuleitenden und des schallempfindenden Apparates die selbsttönenden Consonanten, je nach dem Sitz der Erkrankung, gut, schwer oder garnicht gehört wissen. Es lassen sich somit durch diese Prüfung sämtliche Tonlücken nachweisen. Auch hebt Wolf hervor, dass die Untersuchung mit der Stimmgabel deshalb nicht zu verwerfen wäre, doch hat diese den Nachtheil, dass sie mehr Mühe und Zeit beansprucht, und sind die verschiedenen Stimmgabeltöne für nicht musikalische Kranke weit unverständlicher als die Worte. Endlich werden drei Gruppen von Worten vorgeschlagen: Zischlaute, Explosivlaute und tiefe R-Laute, und schliesslich gezeigt, welche Veränderung und Verwechslung die betreffenden Consonanten bei der Perception seitens der verschiedenen Erkrankungen erleiden, und man somit im Stande wäre, Schlüsse auf den Sitz und Character des Uebels ziehen zu können.

Moos (Heidelberg) will die Vortheile der Untersuchung mittelst Sprache nicht beanstanden, doch giebt er der Stimmgabel den Vorzug. — Barth (Berlin) empfiehlt, die Hörprüfungsworte aus der Reihe der Zahlen zu nehmen, wie dies Lucae schon vor Jahren rieth. — Hartmann (Berlin) fragt, ob Wolf bei den Kranken, die er auf Sprache prüfte, der Controle halber auch mit der Stimmgabel prüfte, da doch nur dann die eine oder andere Methode bevorzugt werden könnte. Wolf hat die Controlversuche angestellt und muss der Sprache den Vorzug geben, da man speciell bei einseitigen Erkrankungen mit der Stimmgabel nur schwer zum Ziele kommt. — Barth glaubt auch, dass die Stimmgabel oft nur gefühlt und garnicht gehört wird, doch richtet man Quer- und Kreuzfragen an den Patienten, kann man schon zum Ziele kommen. — Kessel (Jena) betont die Wichtigkeit der isolirten Prüfung, die sich separatim auf Consonanten und Vocale zu beziehen hat. Untersucht man aber mit Stimmgabeln, so hat dies mit einer je grösseren Zahl derselben zu geschehen, denn mit Zunahme der Tonhöhen werden auch die Stimmgabeltöne immer schwerer unterschieden. Auch kommt Kessel im Anschluss der Schwerhörigkeit auf die von den Patienten so oft erwähnten Geräusche zu sprechen, deren nahezu 150 verschiedene Formen er bereits notirte, und trotzdem will er blos zwei Formen annehmen, und zwar das tiefe Sieden (etwas intensiver ist das Zischen) und das hohe Klingen.

Meinerseits möchte ich mich weder der einen Partei ganz anschliessen, die nur die Sprache zur Untersuchung empfiehlt, noch der anderen Partei, die der Stimmgabel den Vorzug giebt. In der Sprache erkenne auch ich, wie Wolf, das vollkommenste Instrument, das durch ein anderes nicht sobald ersetzt werden könnte, doch ist ja dieselbe so individuell, dass ein und derselbe Patient selbst die Flüstersprache des einen Untersuchenden auf eine grössere oder kleinere Distanz hören wird, als die des anderen. Und wenn ich auch die Eintheilung Wolf's durchaus nicht für haarspalterisch erkläre, liesse ich es doch noch von weiteren Experimenten abhängig, ob es nicht zu gewagt wäre, von dem Nicht-

hören der einzelnen Laute sogar auf den Sitz der Erkrankung schliessen zu wollen. — Was aber die Stimmgabel betrifft, beuge ich mich entschieden vor dem Fleiss und der Ausdauer, mit der die Versuche angestellt wurden, und wird auch diesbezüglich Jedermann Bezold's Verdienste in erster Reihe in gebührender Weise hervorheben, doch verweise ich nur auf das Factum, dass wir trotz der grossen Literatur, die sich um den Rinne'schen Versuch dreht, nur um so viel vorwärts gekommen, dass eigentlich weder der positive noch der negative Ausfall auf eine Labyrinth-Affection schliessen lässt. — Täuschen wir uns daher nicht zu sehr und bevorzugen wir weder die eine noch die andere Untersuchungsmethode, sonst könnten wir leicht in Extreme gerathen, die dann zu falschen Folgerungen führen könnten.

5) Privatdocent Killian (Freiburg) giebt eine vorläufige Mittheilung zur vergleichenden Anatomie und vergleichenden Entwicklungsgeschichte der Ohrmuskeln, die sich auf die Morphologie bezieht und erklärt den *Musculus stapedius* als ältesten Ohrmuskel, diesem folgt der *Tensor tympani*; beide entstanden aus Kaumuskeln. Zuletzt folgen die Muskeln des äusseren Ohres, die von dem *Platysma* abstammen; letzterer entspricht einem Athemmuskel.

6) Katz (Berlin) spricht über die Endigungen des *Nervus cochleae* im Corti'schen Organ und demonstrirt eine Anzahl recht instructiver microscopischer Präparate. Katz bespricht denjenigen Abschnitt des peripheren Endes des *Nervus cochleae*, welcher an den *Foramina nervina* der *Membrana basilaris* beginnt und ausserhalb der äusseren Pfeiler in den Epithelgebilden des Corti'schen Organs endet. Die Untersuchung bietet bekanntlich deshalb so grosse Schwierigkeiten, weil der Nerv hier als Axencylinder resp. als Axenfibrille verläuft, ferner, weil er einen grossen Theil seines Weges intraepithelial zurücklegt und endlich kommt es hier auf eine sehr zuverlässige Conservierungsmethode und sehr dünne Schnitte an; die Zerzupfungsmethode führe zu keinen erfreulichen Resultaten. Katz bespricht auch die Ansichten von Waldeyer, Gottstein, Lawdowsky, Hensen und Retzius, mit welcher Letzteren er in den meisten Punkten übereinstimmt.

Als wesentlich sind folgende Punkte aus dem Vortrage hervorzuheben. Er hält radiäre und spirale Fasern für nervöse Fasern; die radiären gehen in die spiralen über. An den demonstrirten Präparaten konnte man beide Nervenarten deutlich sehen. Spirale Fasern sieht man auf den Durchschnitten im optischen Querschnitt 1) unter der inneren Stäbchenzelle am unteren Ende des inneren Pfeilers, 2) den Tunnelstrang etwas oberhalb der inneren Bodenzelle, 3) drei Reihen an der inneren Seite der Deiters'schen Zellen liegender spiraler Fasern. Diese letzteren Abschnitte sind deutlich als eine von dem becher-zangenförmigen Theil der Deiters'schen Zelle bis fast zur Basis dieser Zelle reichende Reihe schwarzer Punkte (perlschnurartig) zu erkennen. Die radiären, äusseren Fasern enden in verschiedenen Höhen an diesen schwarzen Punkten (optische Querschnitte der spiralen Fasern). Indirect treten dann aus diesen spiralen Fasern die Nervenfasern zu den Corti'schen (äusseren) Stäbchenzellen.

7) Prof. Steinbrügge (Giessen) berichtet über microscopische Befunde, die sich auf das Verhalten der Reisner'schen Membran

bei intracranieller Drucksteigerung beziehen. Die beiderseitigen Gehörschnecken stammen von einem 12jährigen Knaben, bei welchem ein Tumor der Zirbeldrüse gefunden wurde. Einige Tage vor dem Tode konnte eine verminderte Hörschärfe sowohl für Luft- als auch Knochenleitung constatirt werden, was er jedoch für die gefundenen labyrinthären Veränderungen nicht für maassgebend ansah, da sich rechterseits eine Otitis externa mit Trübung und Verdickung des betreffenden Trommelfells vorfand und der Patient bereits halb somnolent war. Bei der ophthalmoscopischen Untersuchung fand sich rechterseits eine beginnende Neuritis optica vor. Die Necroscopie ergab ausser dem oben erwähnten Tumor auch noch einen hochgradigen Hydrocephalus internus, Compression des Gehirns mit Abflachung der Windungen, daher Symptome intracranieller Drucksteigerung.

In den Schnecken war die Reisner'sche Membran deprimirt, so dass der Raum des Ductus cochlearis erheblich beeinträchtigt worden war und der Depression wegen erschien auch die Corti'sche Membran gegen die Köpfe der Corti'schen Pfeiler gedrängt, ferner waren letztere von oben nach abwärts gedrückt, an einzelnen Stellen sogar förmlich geknickt. Auch Spuren beginnender Entzündung, wie kleine Blutextravasate zwischen den Nervenfasern, abgelöste Epithelzellen des Ductus cochlearis und Untergang der zelligen Schilde des Corti'schen Organes wurden gefunden. Und somit hält es Steinbrügge für möglich, dass die Depression der Reisner'schen Membran mit der intracraniellen Drucksteigerung zusammenhängt, und wäre es denkbar, dass sich die Drucksteigerung durch den Aquaeductus cochleae in die perilymphatischen Räume hinein fortpflanzte, während dieselbe dem Saccus endolymphaticus gegenüber, der anatomischen Verhältnisse wegen, eng begrenzt sei.

Habermann (Prag) fand auch in einigen Fällen eine ähnliche Depression, doch hielt er dies nur für eine künstliche Bildung. — Barth (Berlin) will bei Thieren, wo eine pathologische Veränderung gar nicht vorauszusehen war, eine Bauchung der Reisner'schen Membran gefunden haben, sowohl nach unten als auch nach oben, bei Mäusen sogar Schlängelungen. — Katz (Berlin) sah speciell bei Kindern häufig die von Steinbrügge erwähnten Zustände, und vermuthet, dass dieselben die Folge meningitischer Veränderungen wären, bei denen auch er eine intracraniale Druckerhöhung anzunehmen geneigt wäre.

8) Hartmann (Berlin) erörtert an einer grossen Anzahl von Präparaten die bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse, und beharrt darauf, die Operation weiter nach vorn, als es Anfangs empfohlen wurde, vornehmen zu lassen, und muss man darauf achten, den Nervus facialis und die Halbzirkelkanäle nicht zu verletzen. Die Entfernungen beider Gebilde wurden sowohl von der Spina supra meatum, wie auch von einem einen Centimeter hinter der Spina gelegenen Punkte gemessen und ergab die durchschnittliche Weite zwischen Operationsstelle und Facialkanal 22, zwischen ersterer und Halbzirkelkanal aber 21,5 Mmtr. Doch waren die einzelnen Befunde sehr verschieden, und glaubt Hartmann, dass schon bei einer Tiefe des Operationskanales von 17 Mmtr. Halbzirkel- oder Facialkanal verletzt werden könnte. Diese Maasse müssen dann auch für die pathologischen Verhältnisse in Betracht gezogen werden,

da eine Totalanstrebung des Warzenfortsatzes oder eine Verdeckung der Corticalis nach aussen bei den Eiterungsprocessen im Warzenfortsatze in der Regel nicht vorkommt.

Die Abmeisselung der hinteren Gehörgangswand, um in die Paukenhöhle einzudringen, glaubt Hartmann immer nur mit Gefahr der Verletzung von Halbzirkel- und Facialkanal machen zu können, da beide häufig weit nach aussen vorspringen. Uebrigens ist dies gar nicht nothwendig, da der im Bereiche des Trommelfells liegende Theil der Paukenhöhle vom Gehörgange aus zugänglich ist, und nur der den oberen Theil der Paukenhöhle bildende Kuppelraum ist für Eingriffe vom Gehörgange aus nicht zugänglich. Die Freilegung des Kuppelraumes kann 1) durch Abtragen der Pars ossea des Trommelfells vom Gehörgange aus mittelst eines von Hartmann construirten Instrumentes geschehen, 2) indem bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes das Antrum nach vorn erweitert wird, und 3) durch vollständige Abtragung der vorderen Wand des Antrums mit gleichzeitiger Wegnahme der unteren und äusseren Wand des Kuppelraumes.

Hartmann's Vortrag wollte eigentlich eine berechtigte Anfechtung der von Küster angegebenen Modification (Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 10—13) sein und fand auch Beifall in der regen Discussion, an der sich die Herren Katz, Walb, Wolf, Barth, Kessel, Kuhn, Moos und Vortragender beteiligten. In letzterer handelte es sich hauptsächlich darum, ob es am Platze ist, dass Chirurgen otiatrische Operationen ausführen sollen.

Nun ist es doch selbstredend, dass bei einem Eiterungsprocess, der sich im Ohre abspielt, eine chirurgische Behandlung in all' den Fällen nothwendig wird, wo wir auf eine andere Weise nicht zum Ziele kommen. Doch darf der Otia triker nicht dem Chirurgen das Feld räumen, da es doch nicht ganz gleichgiltig ist, ob man dem Messer freien Lauf lässt, oder aber die anatomischen, oder besser gesagt physiologisch-functionellen Verhältnisse in Betracht zieht. Selbst jene Fälle, bei denen eine vitale Indication des operativen Eingriffes mit einem Periculum in mora besteht, kann der Ohrenarzt so behandeln, dass er den Patienten am Leben erhält, ohne ihm das Gehör zerstört zu haben, auf das der Chirurg sicherlich nicht oder nur ganz wenig achten wird. — Durch Uebung vermag jeder Ohrenarzt sich chirurgisch auszubilden, dass aber der Chirurg ebenso bald auch otia tri sch gebildet werden könnte, möchte ich bezweifeln. Leider giebt es Verhältnisse, die dem Otia triker die operativen Eingriffe nicht gestatten, doch diese zu bekämpfen, sollte die erste Pflicht sein, wenn man als Specialist gelten will und es deutet entschieden nur auf einen Rückfall, wenn man als Ohrenarzt den Chirurgen zur Operation herbeizieht und vielleicht etwa nur aus dem Grunde, weil man das Messer fürchtet.

9) Privatdocent Siebenmann (Basel) demonstrirt Corrosionspräparate des Labyrinthes und bespricht deren Anfertigung, wie dies in Politzer's jüngst erschienenem Buche „Die anatomische und histologische Zergliederung des menschlichen Gehörorgans“ beschrieben ist.

Kessel (Jena) erwähnt, dass auch in seiner Klinik Corrosionspräparate angefertigt wurden, an denen sich unter Anderem auch die pneumatischen Räume des Warzenfortsatzes befinden, deren es eigent-

lich keine giebt. An decalcinirten Felsenbeinen fand nämlich Kessel die genannten Räume stets mit Membranen, adenoiden Fäden und ähnlichen Substanzen ausgefüllt. Die Alten behaupteten, dass die Räume mit Wasser gefüllt wären, was zwar, buchstäblich genommen, nicht richtig ist, jedoch ebenso wenig richtig ist es, von einer Knochenleitung mit pneumatischen Räumen zu sprechen, da doch das eigentlich auch nicht der Fall ist. — Im Anschlusse erwähnt Vohsen (Frankfurt) zwei Fälle, in denen er das Verhalten der Knochenleitung im Gegensatze zu seinen Erwartungen fand und will als Ursache dessen die Abnormität der pneumatischen Räume betrachten.

10) Prof. Kuhn (Strassburg) demonstrirt ein von ihm nach der Schech'schen Zange modificirtes Instrument zur Entfernung von adenoiden Vegetationen aus dem Nasenrachenraume, das er zumeist den practischen Aerzten empfehlen will, da mit demselben die Wucherungen ohne Narcose, in einer Sitzung, möglichst schnell herausbefördert werden können.

Hartmann (Berlin) glaubt, dass mit Kuhn's Instrument der hintere Rand der Choane leicht verletzt werden könnte und empfiehlt die Schlingen-Operation, die ohne Blutung ausgeführt wird. — Auch Killian (Freiburg) hat viele Schlingen-Operationen gemacht, deren Erfolge ihn stets befriedigten.

11) Kuhn demonstrirt hierauf auch noch einen neuen Accumulator, der bei Schulze & Isenbeck (Strassburg i. E.) in verschiedenen Grössen zu haben ist. Die Vortheile desselben wären, dass er durch mehrere Wochen hindurch immer einen constanten Strom liefert und geschieht auch seine Ladung ganz leicht.

12) Prof. Walb (Bonn) spricht über die Indicationen und Contra-Indicationen der Luftdouche bei Behandlung von Mittelohrerkrankungen und rügt das nur zu oft irrationell angewandte Verfahren, das sowohl in acuten wie auch in chronischen Fällen viel Unheil stiften kann.

Dem Vortrage folgte eine recht interessante Discussion, in welcher Steinbrügge (Giessen) das Entstehen der Trommelfellperforationen erklärt, indem er dasselbe als Folge eines necrotisirenden Processes ansieht. — Habermann (Prag) fand an den Rändern der Perforation Staphylococcen. Den durch Walb erwähnten Missbrauch hält auch er für schädlich, und sollte sich hauptsächlich in acuten Fällen die Behandlung mehr auf die Nase und Nasenrachenraum, als auf das Ohr beziehen. — Killian (Freiburg) erwähnt Fälle, in denen sich dem mit Luftdouche behandelten Catarrh ein Eiterungsprocess gesellte. — Vohsen will den Schaden der Luftdouche nicht überschätzen, wenn er auch gern zugiebt, dass man die acuten und chronischen Fälle bezüglich der Luftdouchebehandlung genau differiren muss. — Kuhn (Strassburg) glaubt auch, dass die Luftdouche in unerfahrenen Händen nahezu gefährlich werden könnte. — Schliesslich will auch Walb die leichten Fälle von den schweren differirt wissen und glaubt nur hervorheben zu müssen, dass bei acuten Paukenhöhleneiterungen die Perforation des Trommelfells durch die Luftdouche deshalb beschleunigt wird, weil man ja den schon vorhandenen Entzündungsdruck durch dieselbe nur noch mehr steigert.

Dies wäre der Vortrag und die darauf gefolgte Discussion, die ich

meinerseits nicht für überflüssig halte, wenn auch darin nur wenig Neues gehört wurde. Es schadet durchaus nicht, wenn auch hier und da ein solch' bekanntes Thema, wie die Luftdouche, von Fachgenossen besprochen wird. — Ich fühle mich nicht im Geringsten getroffen, und möchte ich auch wahre Collegen nicht beschuldigen. — Allerdings ist die Luftdouche ein Verfahren, das in der Hand der practischen Aerzte schädlich werden kann, jedoch nur dann, wenn sie die Fälle nicht auszuwählen vermögen. Auch will ich nicht die von Jedermann gekannten Vortheile der Luftdouche hervorheben, um ihr den berechtigten Platz in der Therapie dennoch einzuräumen, da das doch ganz überflüssig wäre; so viel aber muss ich doch erwähnen, dass der Ballon sich wesentlich von anderen Heilmitteln gar nicht unterscheidet: in rationeller Weise angewendet, kann damit grosser Erfolg erzielt werden, während seine irrationelle Anwendung nur schadet. Einen Kranken balloniren ut aliquid facere videatur, ist selbstverständlich ein Verbrechen, das aber der aufrichtige und geschulte Ohrenarzt nie thun wird. (Schluss folgt.)

Ueber metastatische Erkrankungen bei Nasenleiden.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

In einem, erst vor Kurzem zu meiner Kenntniss gekommenen Aufsatze über Empyem der Oberkieferhöhle berichtet Professor Bayer in Brüssel u. A. auch von einem 58jährigen Herrn, der seit einigen Jahren an beständigem Schnupfen und Eingenommenheit des Kopfes, dann an allmählig immer stärker werdendem Ausfluss eines äusserst widerwärtig riechenden Eiters aus der Nase, an Fieber und einer 8 Wochen lang andauernden, anfänglich für ein Erysipel gehaltenen Anschwellung des linken Beines gelitten, und bei welchem dann etwa 5 Monate später bei einer von Bayer vorgenommenen Untersuchung ein hochgradiges Empyem der rechten Oberkieferhöhle sich vorfand. Zur Zeit der Untersuchung durch B. war von jener Entzündung des Beines, ausser einer gewissen Schwäche und Abmagerung desselben, allerdings nichts mehr nachzuweisen, dennoch glaubt B., dass es hier thatsächlich um eine Metastase jenes im Sinus maxillar. vorhandenen Eiters in das Zellgewebe des Beines sich gehandelt habe, allerdings mit Ausgang in Resorption desselben, anstatt der sonst häufiger auftretenden Abscessbildung. Bei dieser Annahme scheint B. besonders darauf sich zu stützen, dass jedes Mal mehr Schmerzen im Beine von dem Kranken verspürt wurden, so oft sein Schnupfen sich verschlimmerte, doch war bis dahin weder von dem Kranken, noch von den früher behandelnden Aerzten jene Phlegmone mit der Kieferhöhleneiterung in Verbindung gebracht worden¹⁾.

So unvollständig diese Mittheilung auch ist, so ist sie doch darum von einem besonderen Interesse für mich gewesen, als ich schon seit einiger Zeit mit der Frage der Metastasenbildung bei Naseneiterung mich beschäftigt habe, und ich erkläre hier gleich von vornherein, dass auch ich geneigt bin, der Anschauung Bayer's über das Zustandekommen jener Phlegmone beizutreten.

Dieser sehr ähnliche, allerdings nicht gleiche, Beobachtungen sind übrigens schon von Rollet²⁾, vielleicht auch von Jamieson²⁾ und besonders dann von Hack²⁾ beschrieben worden. Und zwar hat Rollet als Begleiterscheinung einer Coryza schmerzhaft Gelenkschwellungen, Hack am Tage nach einer Polypenoperation in der linken Nasenhälfte mittelst der kalten Schlinge, wobei allerdings ein ziemlich starker Ruck ausgeübt worden war, eine starke und äusserst schmerzhaft Anschwellung des linken Handgelenkes mit örtlicher Temperaturerhöhung beobachtet, „genau dasselbe Bild, wie man es bei Rheumatismus acutus zu sehen gewohnt ist“, und zwar bei einer Dame, welche bis dahin niemals an Gelenkrheumatismus gelitten hatte. Seiner allgemein durchgeführten Theorie entsprechend, hatte Hack denn auch diese Erscheinung als eine reflectorisch erregte angesehen. Hiergegen habe ich schon i. J. 1886 in meiner Arbeit über neuralgische und nervöse Begleiterscheinungen bei Nasenleiden³⁾ geltend gemacht, dass vielleicht doch eher eine richtige Metastase stattgefunden habe mit Verschleppung von regelrechtem Eiter in das Gelenk oder seine Umgebung, und ich habe mich damals auch auf die früher sogenannten Reflexneurosen der Gelenke bezogen, welche nach Erkrankungen der Harnröhre und der Harnblase auftreten, und offenbar gleichfalls nur als richtige Metastasen aufzufassen sind. Dieser Gegenstand kam mir im August vor. J. wieder lebhaft in Erinnerung, als ich den ersten der folgenden, wie mir scheint, hierher gehörenden Fälle beobachtete.

I. Fall. Am 10. August 1888 wird mir die 5jähr. L. zugeführt wegen umfänglicher, seit etwa 8 Tagen aufgetretener Anschwellungen am rechten unteren Augenlide und in der Gegend der Glabella. Die betreffenden Partien fühlten sich teigig an, deutliche Fluctuation und örtliche Temperaturerhöhung war nicht vorhanden, die Ven. frontal. war als breiter, dunkelblauer Streifen inmitten der Anschwellung auf's Deutlichste zu erkennen. Eine dritte, wesentlich kleinere Schwellung fand sich dann noch an der medialen Seite des rechten Fusses, an welcher schon Durchbruch erfolgt war, und aus welcher etwas eitriges Secret sich entleerte. Nach dem Zustandekommen der ganzen Sache mich erkundigend, erfuhr ich, dass eine fieberhafte Erkrankung nicht vorausgegangen, dass aber das Kind vor vielleicht 10 Tagen von ihrem kleinen Bruder in die Nase gebissen worden und seitdem auch die Nase verstopft sei. Eine sofort vorgenommene Ausspülung der Nase mittelst der Mayer'schen Druckpumpe förderte denn auch eine Menge von eitrigem Schleim mit Blut vermischt heraus — am Tage vorher hatte auch eine stärkere Blutung aus der Nase stattgefunden. Es wurde die Nase anfangs 2 Mal, später 1 Mal täglich ausgespült und auf die betreffenden Schwellungen eine erweichende Paste aufgelegt. Am 23. wird der Lid- und Stirnabscess breit incidirt und eine bedeutende Menge von Eiter entleert bezw. mittelst der Druckpumpe herausgeschwemmt. Wenige Tage später Heilung. Doch wird das Kind am 6. September wiedergebracht, weil wieder Fieber aufgetreten sei und mehrere sehr umfängliche Abscesse medialwärts und unterhalb beider Schulterblätter und im untersten Abschnitte des linken Oberschenkels sich gebildet hatten. Die bis kleinapfelgrossen Abscesse werden incidirt und ausgeschwemmt, und 3 Tage später das Kind geheilt entlassen. — Ich habe diesen Fall damals gleich so aufgefasst, dass jenes auf die

Nase einwirkende Trauma, der Biss in dieselbe, eine Quetschung oder Reizung auch der Nasenschleimhaut und eine Resorption des auf dieser vorhandenen eitrigen Secretes veranlasst habe, ähnlich wie in jenem von Hack beschriebenen Falle die während der Operation stattfindende Quetschung der Schleimhaut zu einer Resorption des auf der Schleimhaut aller Wahrscheinlichkeit nach auch hier vorhandenen eitrigen Secretes⁴⁾ um so mehr Veranlassung gegeben haben dürfte, als hierbei zugleich eine Wunde gesetzt worden war.

II. Fall. Herr T. L., aus Tübingen, der an oftmaliger Verstopfung bald der einen, bald der anderen Nasenhälfte schon seit Jahren gelitten, hatte Anfangs dieses Jahres eine heftige, roseartige Anschwellung der ganzen Gesichtshaut sowie der Haut der Lider mit Verklebung der letzteren und starker Conjunctivitis durchgemacht, als er bei der Pflege seines an Diphtherie des Halses erkrankten Sohnes eine erneuerte Verschwellung der Nase sich zugezogen hatte. Kurz darauf, bei andauernd hohem Fieber, war noch eine starke Anschwellung des linken Unterschenkels hinzutreten, welche den Kranken 6 Wochen lang bettlägerig machte und schliesslich incidirt werden musste, wobei denn viel Eiter sich entleerte. Der äusserst intelligente, als früherer Apothekenbesitzer auch in medicinischen Fragen urtheilsfähige Kranke hatte von vornherein die Empfindung, dass die Rose sowohl, wie die Zellgewebsentzündung des Beines in Folge der Naseneiterung aufgetreten sei, doch war eine sachgemässe Behandlung der letzteren leider nicht vorgenommen worden. Um eine endgiltige Heilung seines Nasenleidens und besonders auch ein Freibleiben von ähnlichen Zufällen zu erzielen, hat Herr L. mich Ende Septbr. aufgesucht, wobei denn ausser Anschwellung der Nasenschleimhaut eine geringgradige Eiterung der linken, eine stärkere der rechten Kieferhöhlenschleimhaut aufgefunden wurde.

Das Besondere der vorstehenden Beobachtungen liegt offenbar darin, dass Metastasen auf räumlich so entfernte Gebiete stattgefunden haben. Das ist aber doch im Grunde genommen nichts Wunderbares! Wenn ein auf der Nasenschleimhaut abgelagertes Virus, abgesehen von einer directen Fortleitung der Eiterung längs der Continuität der Schleimhaut nach dem Thränennasencanal und der Bindehaut, nach dem Mittelohre, dem Rachen und Kehlkopfe —, wenn also dieses Virus durch die Lymph- oder Blutbahnen resorbirt zu einer Infiltration der Wange⁵⁾, zu Parotitis⁶⁾, zu Eczem mit pustulösen Ausschlägen der Gesichtshaut⁷⁾, zu Lidabscessen⁸⁾, zu Orbitalphlegmone⁹⁾, zu Iritis¹⁰⁾ und Panophthalmitis¹¹⁾, zu eitriger Meningitis und Gehirnabscessen¹²⁾, zu Retropharyngealabscessen¹³⁾ und Wirbeleiterung¹⁴⁾, zu Peritonsillitis¹⁵⁾ und wohl auch zu Perichondritis des Kehlkopfes¹⁶⁾, zu Strumitis^{16a)}, zu Pneumonie¹⁷⁾, zu Nephritis¹⁸⁾ und Pericarditis¹⁹⁾ —, wenn ein Zahnabscess zu einem Abscess der Brustdrüse²⁰⁾, eine Ohreneiterung zu Metastasen in das Zellgewebe der Extremitäten²¹⁾, in die Gelenke und serösen Höhlen, selbst das Peritoneum²²⁾, wenn eine Bindehautblennorrhoe bei neugeborenen oder jungen Kindern zu Anschwellungen der Gelenke²³⁾, ein blennorrhisches Staphyloem der Hornhaut nach Abtragung seiner anscheinend „verkalkten“ Spitze zu „Gelenkrheumatismus“²⁴⁾ Veranlassung geben kann, dann ist offenbar auch die Annahme eine sehr naheliegende, dass auch Abscesse im Zellgewebe des Stammes oder der Extremitäten, in den Extremitätenknochen

und Gelenken auch von Naseneiterungen ausgehen können. Der sichere Nachweis freilich, dass es in den obigen Fällen thatsächlich so wie der Verlauf der Krankheit das vermuthen lässt, um Metastasen von der Nase aus sich gehandelt habe, hätte wohl nur durch bacteriologische Untersuchungen, etwa in der von Weichselbaum kürzlich vorgenommenen Art, erbracht werden können, doch fehlen mir meinerseits jedwede Kenntnisse auf diesem Gebiete.

Jene multiplen Hautabscesse²⁵⁾, welche besonders bei Kindern auftreten und in Ermangelung eines besseren Verständnisses gewöhnlich als scrophulöse bezeichnet werden, die sog. scrophulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen, welche besonders nach den in der Göttinger Klinik kürzlich angestellten Experimenten ja offenbar auf embolische Vorgänge zurückzuführen sind, dürften wohl in gar manchem Falle von einer prä-existirenden Naseneiterung herzuleiten sein, ebenso wie der Ausgang einer Pneumonie in Abscessbildung²⁴⁾ gerade bei putriden Naseneiterungen vorkommt, und wie überhaupt so manche ihrer Entstehung nach unklare Form von Pyämie (kryptogenetische Pyämie nach Pel, kryptogenetische Septico-Pyämie nach Jürgensen) durch Untersuchung der Nase aufgeklärt werden dürfte²⁶⁾.

¹⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 10.

²⁾ Hack, Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten 1884, Seite 93 u. 107.

³⁾ Diese Monatsschrift 1886, No. 8 u. 9.

⁴⁾ In Hack's Mittheilung ist allerdings nur von Polypen, nicht auch von Eiterung der Schleimhaut die Rede, doch ist dies kein Beweis, dass eine Eiterung hier nicht vorhanden gewesen sei, da bei der Untersuchung der Nase mittelst Spiegel und Trichter Eiter oft übersehen wird, und da in sehr vielen Fällen neben Polypen auch eine Eiterung der Schleimhaut der Nasen- bezw. der Oberkieferhöhle sich findet (Bresgen; Hopmann; Walb, Erfahrungen über Nasen- und Rachenkrankheiten, 1888, Seite 3, 2. Fall; Ziem, Deutsche med. Wochenschr. 1888, No. 19, Fall 1, und No. 40; Krieg, Württemb. Corresp.-Bl. 1888, No. 34, S. 267; Bayer l. c.; Hartmann *ibid.*; Luc, Archives de Laryngologie etc. 1889, No. 4, S. 215).

⁵⁾ Eigene Beobachtungen, vergl. übrigens auch meine Arbeit zur Pathologie der Wange, Allgem. med. Central-Ztg. 1887, No. 30 u. 31.

⁶⁾ Vergl. meine Arbeit über Parotitis, diese Monatsschr. 1889, No. 7.

⁷⁾ Seit dem Jahre 1879 behandle ich derartige Erkrankungen stets und mit bestem Erfolge unter gleichzeitiger Berücksichtigung der in meinen Fällen nie vermissten Naseneiterung, und ich kann der von Seiler in Philadelphia kürzlich aufgestellten Ansicht, dass es hier um reflectorisch erregte Hautkrankheiten sich handle, durchaus nicht beistimmen.

⁸⁾ Parinaud; Ziem, Allgem. med. Central-Ztg. 1887, No. 48; Krieg l. c. Fall 16.

⁹⁾ Vergl. meine Arbeit über Orbitalabscess u. s. w., Allg. med. Central-Ztg. 1887, No. 37 u. ff. Vielleicht gehört hierher auch jener im Journ. de méd. et de chir. 1889, S. 67, referirte, bei einem Neugeborenen beobachtete Fall von Orbitalphlegmone mit Eiterausfluss aus der Nase.

¹⁰⁾ Ziem, Centralbl. f. Augenheilk. 1887, No. 12.

¹¹⁾ Ziem, über Gesichtsrose, Deutsche med. Wochenschr. 1888, No. 19, letzte Anmerkung.

¹²⁾ v. Bergmann, Strümpell, Maschka u. A.

¹³⁾ B. Fränkel in Ziemssen's Handb. 1876; Schmitz *cit.* bei König. Deutsche Chirurgie, Lfg. 36, S. 56; auch eine eigene Beobachtung. Auch dürfte

die von Senator und Anderen jüngst besprochene acute infectiöse Pharyngitis (Peripharyngitis) vielleicht manchmal von einer primären Naseneiterung ausgehen.

¹⁴⁾ B. Fränkel l. c.

¹⁵⁾ Ziem, diese Monatsschr. 1888, No. 9, und Krieg l. c. 4. Fall.

¹⁶⁾ Ziem l. c., vergl. ausser den dort angeführten auch noch die ausgezeichnete Abbildung in Henke's Atlas d. Anatomie 1888, I., Taf. 10, sowie den in der D. Medic. Ztg. 1889, No. 68, S. 789, refer. Fall von eitriger Mediastinitis nach Tonsillarabscess.

^{16a)} Gelegentliche Notiz von Kraske in einer Arbeit über Osteomyelitis in von Langenbeck's Archiv.

¹⁷⁾ Thost; Weichselbaum, diese Monatsschr. 1888, No. 8 u. 9, Internat. klin. Rundschau 1888, No. 35—37.

¹⁸⁾ Weichselbaum l. c.

¹⁹⁾ Chatellier-Gouguenheim cit. bei Luc, Archiv 1889, No. 3, S. 150.

²⁰⁾ Deutsche Medicinal-Ztg. 1889, No. 56.

²¹⁾ Vergl. auch Bayer l. c.

²²⁾ Gruber, Ohrenheilk. 1888, S. 457.

²³⁾ Centrabl. f. Augenheilk. 1885, S. 350 u. 553, 1886, S. 387, 1889, S. 252.

²⁴⁾ Eigene Beobachtungen.

²⁵⁾ Vergl. auch Journ. de méd. et de chir. 1888, S. 212, 1889, S. 263.

²⁶⁾ Vergl. auch meine Arbeit über Blennorrhoe der Nase und ihrer Nebenhöhlen, diese Monatsschrift 1880, No. 4, am Schlusse.

Pharyngitis chronica.

Vortrag,

gehalten im „Aerztlichen Verein“ zu Frankfurt a. M. am 5. August 1889

von

Dr. Ludwig Wolff,

Assistent des Herrn Sanitätsrath Dr. Moritz Schmidt.

M. H.! Wohl keine Krankheit begegnet den Halsspecialisten häufiger, als der chronische Rachencatarrh. Gewöhnlich wird diese Affection von Laien und leider auch von vielen Aerzten als Nichts angesehen und vernachlässigt. „Es ist ja blos ein Rachencatarrh, den habe ich auch, da ist ja doch nichts zu machen!“ Mit diesen und ähnlichen Redensarten werden die Patienten zum geduldigen Ertragen ihrer Beschwerden angehalten. Gewiss giebt es Fälle von chronischer Pharyngitis, bei denen die Beschwerden gering sind und daher wenig Werth darauf zu legen ist, aber jeder Arzt, der viele derartige Affectionen gesehen und beobachtet hat, kann wohl mit mir versichern, dass der chronische Rachencatarrh durchaus nicht immer so harmlos ist, sondern sehr hartnäckige Störungen verursachen und einen mit demselben behafteten Menschen gar sehr quälen und herunterbringen kann. Störungen des Allgemeinbefindens, deprimirte Gemüthsstimmung, Gedanken an Halsschwindsucht und Krebsleiden führen oft zu vollständigem Lebensüberdruß.

Die Pharyngitis chronica ist fast immer eine Folge der Erkrankung der Nase und des Nasenrachenraumes. Man spricht deshalb meistens auch richtiger von einer Nasopharyngitis. Oft sich wiederholende Schnupfen, Nasenpolypen und besonders Erkrankungen des Rachendaches, seien es nun Entzündungen, Cystenbildung oder Hyper-

trophie des dort sich befindenden adenoiden Gewebes, auch öfters repetirende Anginen geben Anlass zu chronischen Rachencatarrhen. Manche Berufsarten und Gewerbe disponiren dazu: Leute, die in rauchiger, staubiger Luft leben, die in grosser Hitze arbeiten müssen etc. Auch stimmliche Ueberanstrengungen werden von Manchen als Ursachen angegeben. Ferner können übermässiger Genuss geistiger Getränke, scharfer und zu sehr gewürzter Speisen, besonders auch sehr heisses Essen und Trinken, endlich chronische Obstipationen durch beständige Ueberfüllung der Halsgefässe hartnäckige Rachencatarrhe hervorrufen.

Die Hauptklagen der mit Pharyngitis chron. behafteten Patienten bestehen in Verschleimung, Trockenheit und Fremdkörpergefühl im Hals. Dadurch, dass es den Patienten erschwert oder unmöglich ist, durch die Nase zu athmen, haben sie fast beständig den Mund offen und sind immerwährend trocken im Halse. Dabei gelingt es ihnen nur schwer, die Secrete aus der Nase zu entfernen, was zu beständiger Verschleimung führt. „Ich glaube etwas im Halse stecken zu haben und kann es nicht wegschlucken; es ist mir, als ob ich ein Haar oder eine Gräte im Halse hätte!“ Das sind die gewöhnlichen Klagen der Patienten. Durch die fortwährenden Anstrengungen, den Schleim wegzuhusten, entsteht eine Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Schleimhaut, die ein vermehrtes Schluckbedürfniss, Brechen und Würgen zur Folge hat, das besonders am Morgen sich einstellt (vomitus matutinus) und nicht selten zu hartnäckigen Verdauungsstörungen Anlass giebt. Beim Genuss heisser, sehr gewürzter Speisen, alkoholischer Getränke, beim Rauchen oder schon beim Verweilen in rauchiger, staubiger Luft mehren sich die Beschwerden. Schreitet die Krankheit weiter fort, so machen sich Veränderungen der Stimme bemerkbar. Durch unbemerktes Herabfliessen des Schleimes in den Kehlkopf bedecken sich die Stimmbänder mit demselben, die Patienten sind dadurch zeitweise heiser. Durch die anstrengenden Versuche, den Schleim von den Stimmbändern wegzuhusten, entzünden sich diese und die Heiserkeit dauert an. Aber auch abgesehen von der Reizung des Kehlkopfes, ist die Stimme beeinträchtigt in ihrem Klange durch die anatomischen Veränderungen, die der Rachencatarrh an der Schleimhaut, besonders an der des Nasenrachenraumes, als des hauptsächlichsten Resonanzraumes für die Stimme, hervorgerufen hat, indem die Schleimhaut ihre normale, glatte Beschaffenheit verloren hat und dadurch der Reflex der Schallwellen mangelhaft wird.

Wir unterscheiden 2 Formen des chronischen Rachencatarrhes, die allerdings nicht immer streng zu trennen sind, sondern oft in einander übergehen:

I. Pharyngitis chronica hypertrophicans.

II. Pharyngitis chronica atrophicans s. sicca.

Bei der ersteren, leichteren und der Heilung zugänglicheren Form fällt dem Untersuchenden auf die Röthung und sammetartige Schwellung der Schleimhaut. Meist findet man — ich spreche vorerst nur von der Pars oralis, die man bei blossem Niederdrücken der Zunge zu Gesicht bekommt — partielle Hypertrophieen der Schleimhaut in Form von intensiv rothen, linsengrossen, rundlichen Erhabenheiten. Diese sogen. Granula — daher spricht man auch von Pharyngitis granulosa — entstehen durch Anhäufung lymphatischen Gewebes in der Umgebung

von Schleimdrüsenausführungsgängen. In der Mehrzahl der Fälle machen dieselben wenig Beschwerden; nur, wenn sie mehr seitlich sitzen, klagen die Patienten oft über Stechen und Schluckschmerzen.

Concentriert sich die Entzündung mehr auf die Seitenwände des Pharynx, so spricht man von einer Entzündung der Seitenstränge, der sogen. Pharyngitis lateralis hypertrophicans. Bei Contractionen der Rachenmuskulatur, bei Würgebewegungen sieht man sie in Form von länglich runden, röthlichen Wülsten coulissenartig gegen die Mittellinie sich verschieben. Sie bilden eine Hypertrophie der Plica salpingopharyngea, setzen sich nach oben bis zum Tubenwulst und gewöhnlich auch nach unten eine Strecke weit fort. Oft sind diese Seitenstränge aus einzelnen der oben genannten Granula zusammengesetzt und haben dann eine perlschnurähnliche Gestalt. Die Pharyng. lateralis tritt meist beiderseitig auf und kommt gewöhnlich bei Leuten vor, die ihre Stimme viel anzustrengen haben, wie Sänger, Redner, Prediger etc. Dadurch, dass die oft recht dicken Stränge die Contraction des Musc. constrictor phar. super. beeinträchtigen und schmerzhaft machen und ferner dem Gaumensegel an der Bewegung, besonders dem Emporsteigen hinderlich sind, lassen sich die Beschwerden und Störungen ermessen, die dadurch verursacht werden.

Ferner finden wir ziemlich häufig bei der hypertrophischen Form des chronischen Rachencatarrhs Hypertrophie der Tonsillen des Gaumens. Da diese eine jedem Beobachter sofort in die Augen springende Affection ist, so dürfte die Erwähnung derselben genügen. Nur möchte ich an dieser Stelle einer in ihren durch sie verursachten Beschwerden vielleicht nicht so allgemein bekannten Affection der Tonsillen Erwähnung thun. Wie Sie wissen, m. H., sind die Gaumenmandeln aus einzelnen Balgdrüsen zusammengesetzt, die ihre Mündungen auf der Oberfläche als grübchenförmige Vertiefungen erkennen lassen. In diesen sammelt sich selten ein aus desquamirten Epithelien, Eiterkörperchen, Leptothrixmassen, Speiseresten etc. bestehendes Secret an, welches graugelbe oder gelbweisse Pfröpfe bildet. Dadurch werden oft, besonders bei Verkalkung der letzteren, perverse Sensationen und Reflexerscheinungen ausgelöst, indem die Patienten über ein unangenehmes Stechen auf der Seite, besonders nach dem Ohre zu ausstrahlend, klagen. Diese schon ihrer unangenehmen subjectiven Symptome wegen wohl einige Wichtigkeit beanspruchende Affection lernte ich bei meinem hochverehrten Chef, Herrn Sanitätsrath Dr. Moritz Schmidt, kennen und würdigen.

Sehr häufig wird der chron. Catarrh des Nasenrachenraumes hervorgerufen durch die Vergrößerung der Rachenmandel. Bekanntlich versteht man darunter das adenoide Gewebe, welches sich am Rachenbuckel befindet. In hochgradigen Fällen füllt jenes das Cavum nasopharyngeum derart aus, dass die Choanenöffnungen, das Septum narium und die Muschelenden mehr oder weniger vollständig von den Wucherungen verdeckt werden. Diese stellen röthliche oder graurothe zapfenartige Gebilde oder durch tiefe Längseinschnitte getrennte kammartige Prominenzen dar. Wie Ihnen bekannt, m. H., nehmen die Gesichtszüge der damit behafteten Patienten — meist sind es Kinder — einen schlaffen, stupiden Ausdruck an, indem dieselben beständig mit offenem Mund und herabhängender Unterlippe athmen. Die todte, klanglose, nselnde Sprache,

der unruhige, meist von lautem Schnarchen begleitete Schlaf bilden weitere charakteristische Symptome dieser Affection. Auf die wichtigen, oft sehr verderblichen Folgeerscheinungen, welche die Tonsilla phar. auf das Gehörorgan ausüben kann, will ich hier nicht näher eingehen.

Meist durch unzweckmässige Diät, besonders durch zu heisse Kost, durch übermässigen Tabakgenuss oder ähnliche Reizungen zeigt sich der chron. Rachencatarrh in Form von Schwellung und Entzündung der Follikel am Zungengrund, der sogen. Zungentonsille. Lästiges Druck- und Fremdkörpergefühl, das sich, wenn die geschwollenen Follikel den Kehldeckel berühren, auch beim Sprechen bemerkbar macht, characterisiren diese Affection.

Die Röthung und Hypertrophie der Schleimhaut, auch die erwähnten Granula setzen sich oft weiter nach unten fort, auf die Epiglottis, die aryepiglottischen Falten und die Regio interarytenoidea. Doch von viel verderblicherem Einfluss auf den Kehlkopf ist die jetzt zu besprechende atrophische, trockene Form des chronischen Nasenrachencatarrhs.

Betrachten wir zuerst die hintere Rachenwand, so finden wir nicht mehr den normalen, feuchten Glanz. Die Schleimhaut ist trocken, erscheint dünn und glänzend, der Schleim haftet fest an ihr, wie ein firnissartiger Ueberzug. Durch Atrophie oder vollständigen Untergang zahlreicher Schleimdrüsen ist die Secretion vermindert und verändert. Bei den heftiger auftretenden Formen bildet das Secret zähe, schmutzig aussehende, graugrüne Schleimmassen, die oft nur mit Mühe wegewischt werden können und einen unangenehmen Geruch verbreiten. Manchmal ist das Cavum nasopharyngeum fast vollständig von diesem Schleim bedeckt, meist aber findet sich derselbe nur in den Buchten und Löchern, die sich normaler Weise am Rachendach befinden und in deren nächsten Umgebung. Es sind dies die sogen. Recessus des schon erwähnten adenoiden Gewebes, dessen tiefster, gewöhnlich in der Mitte gelegen, die in letzter Zeit so viel umstrittene sogen. Bursa pharyngea bildet. Dort nimmt der Schleim gewöhnlich die grössten Dimensionen an und stellt die unter dem Namen der Tornwaldt'schen Muscheln oder Austernschalen bekannten Formen dar, die man meist in toto von der Schleimhaut abheben kann.

Durch Retention des Follikelinhaltes kommt es nicht selten zu buckligen Hervorragungen am Rachendach, manchmal zur Bildung grösserer Cysten colloiden oder eitrigen Inhaltes, die merkwürdiger Weise oft gar keine Beschwerden verursachen.

Setzt sich der trockene Rachencatarrh auf den Kehlkopf fort, so können sich, wie ich schon bei der Symptomatologie erwähnte, die Stimmbänder entzünden. Hat sich die eigentliche Laryngitis sicca durch Festhaften des zähen Schleimes auf den Stimmbändern und der Regio interarytenoidea gebildet, so sind oft die Stimmbänder zu unförmigen, zackigen Wülsten verändert und ist es manchmal auch für den geübtesten Beobachter schwierig, diese von wirklichen Ulcerationen zu unterscheiden. Doch auch solche kommen vor in Form der Ulcera catarrhalia, gewöhnlich an den Process. vocales sitzend (Pacchydermia Virchow's).

Bei noch weiterer Fortsetzung der Trockenheit und Krustenbildung entsteht die sogen. Tracheitis sicca, auch Ozaena trachealis genannt, ja sogar Bronchitiden wurden als weitere Folge beobachtet.

Die Diagnose der Nasopharyngitis chronica wird sehr leicht aus den subjectiven und objectiven Symptomen gestellt, wobei ich nur hervorheben möchte, dass die Beschwerden oft in keinem Verhältniss zum Befunde stehen. Sehr zweckmässig ist es zur Stellung einer genauen Diagnose, sich der Sonde zu bedienen, um damit durch Berührung die Patienten selbst den Sitz ihrer etwaigen Beschwerden oder Schmerzen angeben zu lassen.

Die Prognose ist natürlich quoad vitam gut, quoad sanationem für die hypertrophische Form gut, wenn auch der Verlauf manchmal ein recht langwieriger ist, für die atrophische Form ist die Prognose in sofern schlechter, als wir eine atrophische Schleimhaut nicht mehr ersetzen können. Doch scheint eine Form der Nasophar. chron. sicca zu existiren, die nicht auf einer Atrophie der Schleimhaut beruht, da man manchmal eine vollständig atrophisch aussehende Rachenschleimhaut nach einiger Zeit wieder ganz normal feucht und glänzend werden sieht. Aber auch bei den hartnäckigsten Formen sind wir, besonders mit den neueren Mitteln, im Stande, einen Stillstand der Affection und ein für den Patienten erträgliches Stadium herbeizuführen; dieser Erfolg der Therapie kann und muss uns, wie ich glaube, schon genügen, wenn wir bedenken, welch' hartnäckige Störungen der chronische Rachencatarrh hervorrufen kann.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Beiträge zur Hörprüfung. Von Dr. L. Jacobson. (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXVIII, 1. u. 2. Heft.)

J. weist an der Hand der widersprechenden Ansichten und Urtheile der bedeutendsten Ohrenärzte über den Werth des Weber'schen und Rinne'schen Versuches, der Perceptionsdauer beim Diapason vertex, sowie der Hörfähigkeit für hohe und tiefe Töne auf die Unzuverlässigkeit dieser Prüfungsmethoden hin und spricht sich dahin aus, dass die Deutung der bei Ohrenkrankheiten zu beobachtenden Functionsanomalien vor Allem dadurch unmöglich gemacht werde, dass gegenwärtig noch Niemand im Stande sei, auf dem Wege der anatomischen Forschung die Arten der Functionsstörung festzustellen, zu ermitteln, in welcher Weise die einzelnen Theile des schalleitenden Apparates in Bezug auf Masse, Elasticität, Spannung und Dämpfung von der Norm abweichen.

Einen Fingerzeig für die Richtung, in welcher physicalische und physiologische Untersuchungen dazu beitragen könnten, die otiatische Diagnostik zu fördern, glaubt J. in der Beobachtung Bezold's*) gefunden zu haben, dass beim Experiment Valsalvae, sowie bei Luftverdünnung in der Paukenhöhle die Hörfähigkeit für Töne ungleicher Schwingungszahl in verschiedenem Grade verändert wird. Demnach, glaubt Jacobson, dürfte es von Vortheil sein, eine Methode zu besitzen,

*) Bezold: Nachtrag zu „Statistische Ergebnisse u. s. w.“. Zeitschrift für Ohrenheilk. Bd. XVIII, Seite 193.

um die Hörschärfe für Töne verschiedener Höhe in exacter Weise zahlenmässig zu bestimmen. J. hat nun eine Methode zur zahlenmässigen Bestimmung der Hörschärfe von Ohrenkranken für Töne verschiedener Höhe als Bruchtheil der normalen Hörschärfe darin gefunden, dass er diese Töne durch magneto-electrische Inductionsströme erzeugt, deren Intensität sich in exacter Weise messbar abstufen lässt. J. giebt sich der Hoffnung hin, dass diese Art der Hörprüfung für die otiatrische differentielle Diagnose förderlich sein wird. Gomperz.

Ueber die Anwendung einiger neuerer Mittel in der Ohrenheilkunde.

Von Dr. F. Kretschmann. (Archiv für Ohrenheilkunde Band XXVII, 1. u. 2. Heft.)

Kr. hat in zwanzig Fällen bei Spaltung von Furunkeln, Extraction von Polypen, galvanocaustischen Streichungen, Auslöfungen cariöser Höhlen und Paracentesen die Bromäethyl-Narcose versucht und kann sich den bisherigen anerkennenden Aeusserungen voll und ganz anschliessen. Kr. giebt eine ausführliche Darstellung der Eigenschaften des reinen Bromäethyls, sowie der Ausführung und Begleiterscheinungen der Narcose mit diesem Mittel, vor dessen Anwendung bei Lungen-, Herz- und Nierenkranken er übrigens warnt; er empfiehlt die B.-Narcose bei kurzdauernden schmerzhaften Eingriffen wegen ihres schnellen Eintretens, ferner, weil es den Kranken angenehmer sei, als Chloroform, keines so umfangreichen (?) Apparates bedürfe, wie dieses, und ohne sachkundige Assistenz angewendet werden könne. Die Nachtheile seien: Andauern des Corneal-Reflexes und Unsicherheit der Wirkung.

Das Creolin hat Kr. hauptsächlich bei chronischen Otorrhoeen in 2‰ Lösung zur Ausspülung des Ohres verwendet in Verbindung mit Aus- und Durchspülung des Ohres mit Kochsalzlösungen. Bei fötiden Eiterungen konnte Kr. Abnahme des Fötors bemerken; derselbe stellte sich aber wieder ein, wenn mit dem Mittel ausgesetzt wurde; in einer Anzahl von Fällen beobachtete Kr. eine secretvermindernde Wirkung vom Creolin, besonders, wo neben grosser Perforation ohne besondere Schwellung der Mucosa vorwiegend schleimiges Secret abgesondert wurde. Auch beobachtete Kr. in solchen Fällen mehrmals rasche Epidermisirung der Mucosa und Benarbung und glaubt, dass hier nicht die antiseptische, sondern eine umstimmende Wirkung des Medicamentes zur Erklärung der Heilerfolge herangezogen werden müsse. Auch bei Ulcerationen der Nasenhaut hat Kr. rasche Benarbung bei Creolinbehandlung gesehen; ferner rühmt er seine Wirkung bei den Formen der Rhinitiden, wo das Secret zur Austrocknung neigt. Blutstillende Wirkungen beim Creolin zu beobachten, hatte Kr. keine Gelegenheit; auch hat er es wegen seiner Undurchsichtigkeit und Schlüpfrigkeit als Desinfectionsflüssigkeit zum Einlegen von Instrumenten bald aufgegeben.

Dort, wo zwischen Nasen- und Ohrenleiden einerseits und kalten Füßen andererseits ein Causalnexus bestand, wendete Kr. nach Brandau*) den Liquor antihidorrhoeicus, eine gechlorte Aetherart, an. Nach 1½jähr. Beobachtung der Erfolge mit diesem Mittel hält Kr. in den Fällen von

*) Brandau, über die habituelle Hyperidrosis pedum. Deutsche Medicinal-Zeitung No. 68, 69, 1886.

Ohrenkrankungen, wo gleichzeitig Hyperidrosis pedum besteht, einen Versuch mit dem Liquor durchaus für angezeigt. Seiner Einwirkung werden Sohle und Ferse 10, die Zwischenräume der Zehen 5 Minuten lang ausgesetzt, und diese Sitzungen anfangs jeden 3., 4. Tag, später in grösseren Zwischenräumen wiederholt. Gomperz.

Ueber Ohrenhusten. (De la toux auriculaire.) Von Dr. Schiffers. (Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège No. 7, 1889)

Einführen des Fingers in den äusseren Gehörgang, Berührung der vorderen Wand des äusseren Gehörganges mittelst der Sonde, kalte Luft, kaltes Wasser, Verschieben eines Ohrpfropfes können durch Reflex Husten hervorrufen. Dieser Husten ist kurz, manchmal anfallsweise, meistens Morgens und Abends, ohne Auswurf; der Larynx ist normal; manchmal kommen Würgen und Erbrechen dabei vor. Bei der Behandlung ist die indicatio causalis besonders zu beobachten; sind zugleich Neuralgien im Trigemimusgebiete vorhanden, so nutzt gewöhnlich Chinin und Belladonna; dabei ist die nervöse Disposition zu behandeln durch Brompräparate und Morphium. Dr. P. K.

Fälle von ZerreiSSung der Membrana tympani durch eine Ohrfeige; dadurch bewirkter Verlust der Geschmacksempfindung. Von Dr. W. R. H. Stewart. (The Lancet, März 1889 und Centralblatt f. Nervenheilkunde von Erlenmeyer, August 1889.)

Verf. berichtet über 2 Fälle, wo eine Ohrfeige eine Perforation des Trommelfells und Verlust des Geschmacksinnes zur Folge hatte, jedenfalls dadurch, dass die Chorda tympani resp. deren Geschmacksfasern des Nervus facialis in Mitleidenschaft gezogen wurden. Indem dieser Consecutivzustand für die Abhängigkeit der Geschmacksfunktion des Nerv. lingualis von jenen Fasern spricht, liefert er, die Ansicht Bernard's und Anderer bestätigend, zugleich einen Beitrag zu der so schwierigen Lehre des Geschmacksinnes (Pauli). Dr. P. K.

-
- 1) **Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfells über dem Proc. brevis des Hammers, deren Pathogenese und Therapie.** Von Dr. Kretschmann. (Archiv f. Ohrenheilkunde XXV. Bd., 166.)
 - 2) **Ueber Veränderungen der Paukenhöhle bei Perforation der Shrapnell'schen Membran.** Von Dr. Hartmann. (Deutsche Medicin. Wochenschrift No. 45, 1888.)
 - 3) **Ueber Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfells.** Von Prof. Walb. (Archiv f. Ohrenheilkunde XXVI. Bd., 185.)
 - 4) **Cholesteatom, Perforation der Membrana flaccida Shrapnell und Tubenverschluss.** Eine ätiologische Studie von Prof. Bezold. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde XX. Bd., 1. Heft.)

Seitdem in den letzten Jahren die grosse practische Wichtigkeit der Fisteln in der Membr. Shrapn. bekannt geworden, hat man dem Studium derselben eine grössere Aufmerksamkeit zugewandt, wovon die vorstehend angeführten Arbeiten, welche auch den gegenwärtigen Standpunkt der Frage bezeichnen, Zeugniß ablegen. — Was zunächst den Sitz des Krankheitsherdes betrifft, so sucht im Gegensatz zu Morpurgo und Politzer, welche die Affection in die Prussak'sche Tasche resp. in

das von Politzer beschriebene Höhlensystem zwischen Membr. flacc. und Hammerhals verlegen, Kretschmann denselben im Hammer-Ambosschuppenraum (von den amerikanischen Ohrenärzten Attic, von Schwalbe Recessus epitympanicus benannt), d. h. jenem Raume, welcher begrenzt wird nach innen vom Hammerkopfe und Halse, sowie dem Amboskörper, nach aussen von dem in den Margo tympan. auslaufenden, der Schläfenbeinschuppe angehörigen Knochenplatte, welches das innere Ende der oberen Gehörgangswand bildet; nach unten von einer horizontal zwischen kurzem Ambosschenkel, Hammerhals und Margo tympan. ausgespannten Schleimhautfalte, welche mit dem oberen Rande der Membr. flacc. verschmilzt; nach oben vom Tegmen tymp. Kr. begründet seine Ansicht auf Sectionsresultate und Sondenuntersuchung, hauptsächlich aber auf die Thatsache, dass bei der so häufigen Caries des Hammers im Gefolge der Perforationen der Membr. Shrapn. die ersten Zeichen derselben immer über der Crista des Hammerhalses angetroffen werden, nicht aber, was beim Sitze der Erkrankung in der Prussak'schen Tasche zu erwarten wäre, unterhalb der Crista oder am Proc. brevis.

Hartmann hält auf Grund der Untersuchung einer Reihe von Präparaten dafür, dass weder die Prussak'sche Tasche, noch der Recess. epitympan. den ausschliesslichen Sitz der Erkrankung bilde, vielmehr überall, wo in den oberen Abschnitten der Paukenhöhle eingedickter Eiter, Epithelmassen, Granulationen etc. sich vorfinden, eine Abkapselung derselben durch festere Membranen mit event. Abschluss der übrigen Paukenhöhle eintrete.

Ebenso, wie über die Oertlichkeit, differiren die Meinungen über die Pathogenese der in Rede stehenden Affection. Die bisher allgemein angenommene Ansicht ging dahin, für die Mehrzahl der Fälle den Krankheitsprocess als Residuum einer Otitis media anzusehen, welche im übrigen Paukenhöhlenraum zur Heilung gekommen, im obersten, engmaschigen Abschnitte desselben aber fortgedauert und zur Perforation geführt habe. Für diese Entstehungsweise sowohl, als für die Annahme eines primären, lediglich auf den oberen Trommelhöhlenabschnitt beschränkten Entzündungsherdes gilt stillschweigend die Tuba als Eingangspforte der pathogenen Keime. Dieser Annahme widerspricht Walb auf Grund seiner mit bemerkenswerther Genauigkeit angestellten klinischen Beobachtungen, kommt vielmehr zu dem Schlusse, dass die Entzündungserreger in der Mehrzahl der Fälle nicht von der Tuba, sondern vom Gehörgange her auf die Membr. flacc. und die dahinter gelegenen Räume übertragen werden, sei es nun, dass eine gerade die Umwandlung der Membran resp. die Nähe derselben befallende circumscripte Otitis ext. die Membr. Shrapn. in Mitleidenschaft zieht und zur Perforation führt, oder aber eine mit Secretion verbundene circumscripte oder diffuse Gehörgangsentzündung durch eine bereits präformirte Oeffnung in der Membr. flacc. sich nach innen hin fortentwickelt; derartige Oeffnungen, welche seit langer Zeit als Foramina Rivini bekannt, ebenso oft geläugnet, als von Anderen gesehen wurden, behauptet W. in nicht so gar seltenen Fällen — und bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit gelingt in der That bei ganz gesunden Trommelfellen ab und zu der Nachweis; Ref. — am Lebenden gefunden zu haben. In einer ausführlichen Kritik der bisherigen Anschauung bezweifelt W. das Vorkommen einer primären, auf den oberen Trommelhöhlenabschnitt be-

schränkten Mittelohrentzündung von der Tuba her, „da nicht einzusehen ist, wie eine auf diesem Wege eindringende Noxe bloß diese kleinen Abschnitte trifft“; dagegen giebt er für einige wenige Fälle die Möglichkeit der Entstehung einer Fistel in der Membr. flacc. als Folge einer im Uebrigen abgelaufenen und nur im Bereiche der Membran persistirenden eitrigen Mittelohrentzündung zu, negirt dagegen für den einfachen Mittelohrcatarrh die Umwandlung des schleimigen Secretes in Eiter, und zwar „auf Grund der Thatsache, dass die Schleimhaut in der Nase und des Weiteren auch im Nasenrachenraum in hohem Grade (nach experimentellen Untersuchungen, mitgetheilt in Pflüger's Archiv) die Fähigkeit besitzt, die Luft von Spaltpilzen zu säubern“ (doch wird diese Desinfectionskraft keine absolute sein. Ref.).

Bezold kommt, anknüpfend an eine Besprechung über Entstehung von Cholesteatomen im Mittelohre und ihr häufiges Zusammentreffen mit Fisteln am oberen Trommelfellpole, auf die Pathogenese dieser Fisteln zu sprechen, für deren Zustandekommen er in der Mehrzahl der Fälle ein Einwandern der Epidermis der Gehörgangshaut durch pathologische Oeffnungen in der Membr. flacc. annimmt; die Entstehung der letzteren führt B. zurück auf die bei Perforation der Shrapnell'schen Membran bekanntlich sehr häufigen Trommelfelleinziehungen, welche ihrerseits wieder eine Folge von oftmals recidivirtem catarrhalischen Tubenverschluss darstellen; „in Folge dieser einseitigen Belastung des Trommelfells von aussen wird die schlaaffe, dünne Membr. Shrapn. den Wandungen des Prussak'schen Raumes angedrängt, reisst irgend einmal an irgend einer Stelle ein und verwächst theilweise mit ihrer Unterlage“. Dass nun die Epidermis der Gehörgangshaut die Neigung hat, durch diese Rissstellen in den oberen Paukenhöhlenraum hineinzuwachsen, schliesst B. aus der Thatsache der Epidermisirung der Paukenhöhlenschleimhaut bei chronischen Mittelohreiterungen, „wenn irgend eine Brücke zwischen dem Trommelfellreste und der Paukenhöhlenauskleidung durch Verwachsung sich gebildet hat oder wenn auch der Limbus des Trommelfelles der Zerstörung anheimgefallen ist“.

Völlige Uebereinstimmung herrscht bezüglich der Therapie, welche in der Mehrzahl der Fälle eine chirurgische sein wird, wie solche auch in den neueren Lehrbüchern der Ohrenheilkunde bereits auseinandergesetzt wird.

Es wird Sache der weiteren klinischen Beobachtungen und Untersuchungen am Sectionstische sein müssen, die Ergebnisse vorstehender, nur in aller Kürze skizzirter Arbeiten auf ihre Richtigkeit zu prüfen; besonders aber verdient, wie auch Bezold hervorhebt, der von Walb gegebene Hinweis volle Beachtung, für die Entstehung der Perforationen der Shrapnell'schen Membran nicht immer bloß die Mittelohrprocesse und die Tuba zu berücksichtigen, sondern auch den Vorgängen an der Aussenseite der Membran grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Keller.

Untersuchungen des Gehörs der Schulkinder in den Petersburger Stadtschulen. Von Dr. Shirmunsky. (Wratsch, 38 u. 39, 1888.)

Der Verf. theilt das Resultat seiner Untersuchungen von 2221 Schulkindern (1318 Knaben, 903 Mädchen) im Alter von 7—11 Jahren in 50 Stadtschulen mit. Er hatte sich die Aufgabe gestellt: 1) das Procentverhältniss der Harthörigen zu den Gesunden zu ermitteln, 2) in jedem Falle den die Harthörigkeit bedingenden Krankheitszustand zu erforschen, 3) wo möglich die ätiologischen Momente zu bestimmen, 4) den Einfluss der Ohrenkrankheiten auf die intellectuelle Entwicklung der Kinder festzustellen und 5) den schädlichen Einfluss der Otorrhoe auf die damit Befaheten und deren Umgebung nachzuweisen.

Die Gehörsprüfungen, welche mittelst Flüstersprache und des Politzer'schen Hörmessers ausgeführt wurden, ergaben 17,42 pCt. (16,76 pCt. Knaben, 18,19 pCt. Mädchen) mit herabgesetzter Hörschärfe. Die der Harthörigkeit zu Grunde liegenden Ohrenkrankheiten folgten einander der Häufigkeit nach: chronischer Catarrh des Mittelohrs und der Tuba Eustachii 5,62 pCt. sämtlicher Untersuchten; Ohrschmalzpröpfe 4,09 pCt.; Otorrhoe mit Perforation oder Destruction des Trommelfells 4 pCt.; Residuen abgelaufener Mittelohr- und Trommelfell-Entzündungen (Narben, Atrophie u. s. w.) 2,83 pCt.; Perforation ohne Otorrhoe 0,4 pCt.; acute Mittelohr-Entzündung 0,22 pCt.; Ot. ext. diffusa 0,09 pCt.; Fremdkörper im äusseren Gehörgange 0,04 pCt. — Ueber die Aetiologie der Gehörleiden konnte Verf. nur bei den chron. Mittelohrcatarrhen durch seine rhinoscopischen Untersuchungen in 64 pCt. aller Fälle die Ausbreitung des krankhaften Processes vom Nasenrachenraume aus feststellen. Die Ursache anderer Ohrenkrankheiten, besonders der auffallend grossen Zahl der Ohreiterungen, konnte Verf. nicht mit Gewissheit bestimmen, da leider die Fragekarten betreffend Anamnese und Aetiologie von den Eltern der Schüler nicht mit der gewünschten Genauigkeit ausgefüllt waren. Doch zeigten die wenigen richtigen Antworten darauf hin, dass die Infectionskrankheiten, besonders der Scharlach, eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Ohrleiden spielen.

Was den Einfluss der Ohrenkrankheiten auf die intellectuelle Entwicklung der Kinder betrifft, so constatirte Verf. bei denjenigen, welche Flüstersprache auf eine normale bis zur Hälfte der normalen Distanz hörten, das Verhältniss der in ihren Leistungen guten zu den schlechten Schülern = 4,19 : 1; bei Herabsetzung der Hörschärfe auf $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ der Norm = 2,6 : 1; weniger als $\frac{1}{3}$ der Norm = 1,7 : 1.

Autoreferat.

Studie über die Klangfarbe der Töne mittelst der Methode der manometrischen Flammen. (Etude du timbre des sons par la méthode des flammes manométriques) Von Dr. Daumer. (Comptes rendus de l'académie des sciences und Revue mensuelle de laryngol.)

Diese Methode besteht in dem Photographiren einer manometrischen Flamme, welche durch den zu untersuchenden Ton getrieben ist. So kann man 1) die Höhe des Tones messen, 2) die Obertöne bestimmen, welche den Grundton begleiten, 3) die verschiedenen Phasen messen.

Dr. P. K.

b) Rhinologische:

Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales. Von L. Lacoarret. Paris, chez Octave Doin. 1888.

Die 150 Seiten umfassende Monographie zerfällt in 2 Theile, deren erster die Aetiologie und Symptomatologie des einfachen, hypertrophischen und atrophischen Stockschnupfens umfasst. Im zweiten Abschnitt wird die allgemeine, auf ätiologischer Grundlage beruhende Behandlung der genannten Affectionen besprochen und daran anschliessend die symptomatische Therapie, wie solche den einzelnen Formen des chronischen Nasencatarrhs entspricht.

Es würde zu weit führen, auf alle Einzelheiten einzugehen. Nur das Wichtigste sei hier kurz hervorgehoben. Wegen des Weiteren muss auf das Original verwiesen werden.

Die chronischen Entzündungen der Nasenhöhlen entstehen aus oft wiederholten acuten Entzündungen, werden aber besonders begünstigt durch die von L. angenommenen Diathesen der Kranken; als solche erwähnt er Scrophulose, Syphilis, Arthritis, Alcoholismus und sog. Herpetismus. Als locale Gelegenheitsursachen gelten dem Verf.: angeborene oder erworbene Stenosen der Nasenhöhlen, Knorpel- etc. Verbiegungen und -Leisten, Tumoren etc.; ferner Staub, schädliche Dämpfe (auch Tabakrauch), Fremdkörper. Bei dieser Gelegenheit wird auch auf den Zusammenhang der Genitalsphäre mit Nasen-Erkrankungen hingewiesen. Auf die von der Umgebung nach der Nase fortgeleiteten Entzündungen geht L. nicht näher ein.

Unter einfachem Stockschnupfen versteht L. die chronische Entzündung der Schleimhaut, charakterisirt durch leichte Anschwellung der Schleimhaut und Hypersecretion.

Das hypertrophische Stadium des Stockschnupfens ist verbunden mit dauernder und mehr oder weniger allgemein verbreiteter Anschwellung der Schleimhaut. Aus letzterer gehen dann wirkliche Polypen hervor. Dyspnoëtische und Suffocations-Anfälle sind nicht selten; meistens existirt Anosmie, Gehörstörungen sind häufig, ebenso wie Reflexerscheinungen, wie Migräne, Asthma, Parästhesien.

Der atrophische Stockschnupfen (die eigentliche Ozaena) ist eine chronische Entzündung der Schleimhaut und der tiefer liegenden Gewebe, mit Erweiterung der Nasenhöhlen und stinkender Borkenbildung. Schwund der knöchernen Muscheln ist gar nichts Aussergewöhnliches in diesen Fällen. Verfasser behauptet, dass bei dieser Form niemals wirkliche Ulcerationen auf der Schneider'schen Membran bestehen.

Nach Aufführung der verschiedenen Theorien über die Ursache des aashaften Gestanks wird, mit Loewenberg, ein specifischer Micro-Organismus als Ursache angenommen.

Der Abschnitt über die Allgemein-Behandlung (mit Rücksicht auf die angenommenen Diathesen) bringt nichts wesentlich Neues.

Sind Septum-Verbiegungen, Knochenleisten u. a. m. als Ursache der chronischen Nasencatarrhe anzusehen, so rath L. operative Beseitigung nach einer der auch in Deutschland üblichen Methoden an.

Die Localbehandlung ist beim einfachen chronischen Nasencatarrh

allein von Erfolg begleitet. Von diesem Gedanken geleitet, unterwirft L. einer ausführlicheren Besprechung die Anwendung der medicamentösen Bougies, der Schnupfpulver und Einblasungen (auch retronasal), der Irrigation (eventuell mit Meer- resp. jod- und salzhaltigen Mineralwassern), wobei er dieser Behandlungs-Methode einen grossen Werth beilegt. 8 Fälle illustriren die verschiedenen therapeutischen Maassnahmen.

Im hypertrophischen Stadium des Stockschnupfens hat Verf. von der Anwendung elastischer Cautschuksonden behufs Compression keinen wesentlichen Erfolg gesehen, mehr von der Acupunctur. Als recht wirkungsvoll empfiehlt er 8—10 procentige Cocain-Pinselungen, ebenso wie alcoholische oder ölige 20—50 procentige Menthol-Lösungen, doch diese Methoden alle nur in frischeren Fällen mit Erfolg anwendbar.

Ist die Hypertrophie der Schleimhaut weiter fortgeschritten und ausgebreiteter, so muss Scarification mit dem Messer etc. erfolgen, resp. Anwendung des Ecraseurs, doch ist Verf. kein begeisterter Anhänger dieser blutigen Methoden. Er bevorzugt die caustischen Methoden, besonders die Aetzung mit Chromsäure, für noch besser als diese hält er die Galvanocaustik. Neben dieser eingreifenderen Behandlung werden die Nasendouchen ununterbrochen fortgesetzt. Eine Anzahl Fälle aus des Verfassers Beobachtung sind beigefügt.

Eine vollständige Heilung der Ozaena ist möglich — allerdings nur in langer Zeit und unter energischer Behandlung. Bei der Therapie der Ozaena ist Allgemein- und Local-Behandlung nothwendig. In Bezug auf erstere bringt L. nichts Neues. Die Local-Behandlung besteht in der Anwendung medicamentöser Watte-Tampons, Pinselungen mit Jod-Tinctur, 20 procentigem Chlorzink etc., Galvanocaustik, chirurgischer Eingriffe (die von von Volkmann, Centralbl. f. Chirurgie 1882, No. 5, vorgeschlagene Exstirpation der Muscheln wird erwähnt). Als besonders dringend erforderlich für eine erfolgreiche Behandlung der Ozaena wird die häufige Anwendung ausgiebiger Douchen hingestellt mit Zusatz antiseptischer Flüssigkeiten (Carbol, Salicyl, Sublimat, Chloral etc.). Die sorgfältige Behandlung muss monate-, ja selbst jahrelang mit äusserster Consequenz fortgesetzt werden.

Am Schlusse fasst L. seine Ansichten über Wesen und Behandlung der chronischen Nasencatarrhe in 5 Thesen zusammen, auf deren Wiedergabe aber hier verzichtet wird, da das Referat alle wesentlichen Hauptpunkte enthält.

Firle (Bonn).

Osteom der Nasenhöhlen. (Sur un cas d'ostéome des fosses nasales.)
Von Dr. Montaz. (Gazette des hôpitaux No. 140, 1888 und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1889.)

Harter, langsam entstandener, schmerzloser, haselnussgrosser Tumor in der linken Nasenhöhle. Syphilis ausgeschlossen. Ein 3—4 Ctm. langer Schnitt durch die Haut, Abschaben des Periosts, Entfernung des Tumors; er war 4 Ctm. lang und wog 35 Gramm. Heilung nach einer Woche.

Verfasser betont das seltene Vorkommen der Osteome in der Nase, während selbe in der Orbita, im Schädel selbst, an der Stirne relativ häufig sind.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Soor bei Gesunden. (Du muguet chez les individus sains.)
Von Dr. Otto Seiffert. (Revue mensuelle de laryngol. No. 5, 1889.)

Diese Fälle sind ziemlich selten; den zweien, von Freudenberg seiner Zeit veröffentlichten fügt Verf. einen neuen hinzu: Ein 36jähr. Barbier, sonst gesund, hat Schmerz im Halse, welcher Schmerz beim Schlucken vermehrt wird. Das Zäpfchen, die linke Hälfte des weichen Gaumens, sowie die linke Mandel waren geröthet und oedematös angeschwollen; an mehreren Stellen bemerkte man weisse, glänzende, genau abgegrenzte Punkte; denselben pathologischen Befund zeigten die Zungenbasis und die Vorderfläche der Epiglottis; die microscopische Untersuchung der meisten Punkte ergab den *Oidium albicans*. Eis- und Boraxbehandlung.
Dr. P. K.

Cyste der Bursa pharyngea. (A Cyst of The Pharyngeal Bursa.)
Von Jonathan Wright in Brooklyn. (The Medical News, 7. Sept. 1889.)

Während andere Erkrankungen der Bursa phar. in Amerika häufig beobachtet wurden, sind Cysten derselben noch gar nicht in der amerikanischen Literatur erwähnt. Bericht eines Falles, der nach langer Behandlung (galvanocaust. Zerstörung der Gaumen- und Zungentonsillen etc.) in Heilung übergang, nachdem durch die Exploration mit dem Finger die Cyste geborsten war. Abtragung mit der schneidenden Zange und Cauterisation.
W. Freudenthal, N.-Y.

Anatomische und klinische Studien über die Luschka'sche Drüse.
(Etude anatomique et clinique de la glande de Luschka.) Von Dr. Edouard Enjabran. (Thèse de Paris und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1888.)

Verf. giebt die Anatomie und Histologie der Luschka'schen Drüse, beschreibt dann das klinische Bild der Entzündung dieser Drüse, so wie es zuerst von Tornwaldt gegeben worden ist. Von allen Behandlungsmethoden bleibt die Cauterisation die beste; dabei soll die Allgemeinbehandlung im Auge behalten werden.
Dr. P. K.

Tumor an der Zungenbasis. (Tumeur de la base de la langue.) Von Dr. Noquet. (Bulletin médical du Nord No. 8, 1889.)

Ein 72jähriger, sonst gesunder Mann klagt über ein Hinderniss im Halse in der Regio suprahyoidea. Pharynx und Larynx normal. Am Zungenrücken, unmittelbar vor der Epiglottis, ein grauer, höckeriger, haselnussgrosser Tumor; er war mehr nach links als nach rechts entwickelt und hart anzufühlen. Alter, Aussehen, Härte und Schwellung der Halslymphdrüsen liessen an ein Epithelioma denken. Pathologische Schwellung der Zungenmandel (Frey) konnte ausgeschlossen werden. Wenn antisypilitische Behandlung nicht den gewünschten Erfolg bringt, so muss man radical operiren nach Sedillot, Chassaignac, Richard Barwell oder Armandalle; diese Totalexstirpationen der bösartigen Geschwülste haben eine sehr schlechte Prognose, und will Verf. blos localantiseptisch und schmerzstillend behandeln.
Dr. P. K.

Eingebildetes Zungenulcus. (Ulcération imaginaire de la langue.)

Von Dr. Leffert. (Société de laryngol. d'Amérique und Revue de laryngol. No. 4, 1889)

Das allgemeine klinische Bild ist folgendes: stechende oder brennende Schmerzen an einer Zungenhälfte, meist über die ganze Hälfte, seltener über die zwei hinteren Drittel, meistens linksseitig, intermittierend, vermehrt durch Kaubewegungen, sowie durch Kälte und Hitze. Der hypochondrische Patient glaubt nicht, dass der Arzt nichts entdecken kann, er glaubt an ein Carcinom; das Zungenleiden ist gewöhnlich der einzige Ausdruck des Nervenleidens. Jede locale irrationelle Behandlung vermehrt das Leiden. Cocain und Aconit helfen selten, Electricität wirkt am häufigsten, aber nicht immer; die übrigen hypodermatischen Injections, die Galvanocaustik, die gegen Neuralgien angewandten Medicamente helfen nicht.

Dr. P. K.

Multiple Papillome des Velum, ungewöhnlich grosser fibröser Tumor der Tonsille und fibröser Tumor des Septum narium. (Three Rare Cases Illustrated. Multiple Papillomata of The Velum. Immense Fibroid Tumor of The Tonsil; And Fibroid Tumor of The Nasal Septum.)

Von George M. Lefferts in New-York. (The Med. News, 17. August 1889.)

Die beiden ersten Fälle betrafen Tumoren von ganz ausserordentlicher Grösse, deren Entfernung leicht gelang (der zweite ohne jede Blutung). Der dritte Fall zeigte einen fibrösen Tumor des Septum. Er fühlte sich hart an, war gestielt und mit einer dünnen gefässreichen Schleimhaut bedeckt. Bis jetzt der einzige Fall dieser Art in der Literatur.

W. Freudenthal, N.-Y.

Ueber hysterische Motilitätsstörungen der Stimmbänder. Von Dr.

James B. Ball. (The Lancet, Februar 1889 und Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer, August 1889.)

Wenn die Hysterie die Stimmbänder resp. die sie beherrschenden Muskeln in Mitleidenschaft zieht, so verengt sich entweder die Rima glottidis oder die Stimmbänder nehmen eine anormale Stellung und Spannung an. In letzterem Falle macht sich Aphonie oder die sogen. Fistelstimme bemerkbar, die meist plötzlich nach einer psychischen Erregung einsetzt, oft ebenso rasch unter demselben Einflusse wieder verschwindet. Dieser Motilitätsstörung steht die aus derselben Quelle ihren Ursprung herleitende Aponia spastica gegenüber, insofern, als die Kranken Versuche, zu phoniren, machen, was sie sonst nicht thun, und als sich die Stimmbänder bei der Respiration normal bewegen, sich aber beim Versuche, zu sprechen, so krampfhaft zusammenziehen, dass die Luft nur durch das hintere Drittheil der Glottis ein- und austreten kann.

Durch eine Verengerung derselben entsteht jene Form von Dyspnoe, bei welcher sich neben allgemeinen hysterischen Convulsionen die Rima glottidis soweit verschliesst, dass die Respiration still steht und nach einigen Secunden unter einer stridulösen Inspiration wiederkehrt.

Häufiger, als diese, sind die mehr chronischen Formen von Glottisverschluss, die dadurch zu Stande kommen, dass sich die Stimmbänder bei dem Inspirium und bei dem Exspirium mehr oder weniger ungenügend der Medianlinie nähern.

Der Anfall tritt plötzlich, zuweilen nach psychischer Erregung unter stridulöser Inspiration und Exspiration auf, macht Remissionen und Exacerbationen und erreicht während der letzteren einen solchen Grad von Heftigkeit, dass die Gesichtsfarbe des Kranken cyanotisch wird. Das Athmen ist beschleunigt, im Gegensatz zu dem durch organische Obstruction des Larynx bedingten, die Stimme meist normal.

Hieran schliesst sich der hysterische Husten, dessen Merkmale darin bestehen, dass er trocken, laut und bellend, oft mit Unterbrechungen längere Zeit andauert, gern zu gewissen Tageszeiten wiederkehrt und durch Gemüthsaffecte verschlimmert wird.

Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel weist negative Resultate nach (Pauli).
Dr. P. K.

Blutegel unterhalb der Stimmbänder; Tracheotomie. Heilung. (Sangue dans la partie sousglottique du larynx. Thyrectomie. Guérison.) Von Dr. Godet. (Archives de médecine et de Pharmac. militaire und Revue mensuelle de laryngologie No. 11, 1888.)

Ein 24jähriger Soldat hatte einen Blutegel unterhalb der Stimmbänder. Bemerkenswerth war das Fehlen von Athemnoth und Erstickungsanfällen. Die Operation war die gewöhnliche und zeigte nichts Ausserordentliches.
Dr. P. K.

Fixirung des linken Stimmbandes in der Medianlinie mit Heiserkeit, bedingt durch eine kleine Neubildung. (Un cas de fixation de la corde vocale gauche sur la ligne médiane avec enrouement du à un petit néoplasme.) Von Dr. Solis Cohen. (Revue de laryngologie No. 6, 1889.)

Heiserkeit mit Fixirung eines Stimmbandes in der Medianlinie ist selten: Eine 45jähr. Frau ist heiser, manchmal sogar aphon nach Ueberanstrengung der Stimme. Medianstellung des linken wahren Stimmbandes, Aufwiegen einer kleinen dreieckigen Geschwulst am hinteren Ende derselben; in der linken Choane war ebenfalls ein kleiner Tumor zu sehen. Verf. war nicht im Stande, zu beurtheilen, ob es sich um einen Spasmus oder um eine Lähmung der linksseitigen Larynxmuskeln handele. Der Laryngealtumor wurde weggebrannt, aber das Stimmband blieb in der Medianstellung stehen; die Stimme wurde fast normal; wahrscheinlich bestand Atrophie des linken Cricoarytenoideus posticus.

Referent meint, man brauche weder Spasmus noch Paralyse der Larynxmuskeln anzunehmen, sondern glaubt, die Medianstellung und zurückbleibende Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes lasse sich aus mechanischen, von dem kleinen Tumor ausgehenden Gründen, sowie von der folgenden Ankylose des linken Cricoarytenoidalgelenkes erklären.

Dr. P. K.

Metallische Sutura thyrohyoidea. (Suture métallique thyrohyoïdienne.) Von Dr. Spannocchi. (Gazzetta degli ospitali und Revue mens. de laryngologie)

Bei einem Selbstmordversuch mittelst eines Rasirmessers wurde die Membrana thyrohyoidea durchtrennt; die Epiglottis hing an dem oberen Wundlappen. Aphonie und Dyspnoe. Eine eingeführte Trachealcantüle brachte Erstickungsanfälle und musste entfernt werden. Eine Seiden-

fadennaht, durch die äusseren Weichtheile gehend, brachte gleich Erleichterung und Patient konnte sogar schlucken. Aber 3 Tage später traten von Neuem Aphonie, Dyspnoe und Dysphagie ein. Eine zweite ähnliche Naht hatte denselben negativen Erfolg. Die Symptome wurden bedenklicher, es traten Fieber und Husten ein. Es wurde nun eine Silberdrahtnaht zwischen dem Os hyoideum einerseits und den beiden Hälften der Cartilago thyroidea andererseits angelegt, und zwar so, dass die Naht die Gestalt eines umgekehrten V hatte. Es trat vollständige Heilung ein.

Verf. kommt zu folgenden practischen Bemerkungen: 1) das spontane Sistiren der Blutung war interessant, trotzdem verschiedene Halsgefässe, namentlich die Art. thyroidea superior, angeschnitten waren; 2) die Aphonie war bemerkenswerth, trotzdem weder Trachea noch Stimmbänder verletzt waren. Dies beweist, dass, wie Vierordt schon bemerkt hat, Stimmstörung und gar Aphonie eintreten, wenn das Ansatzrohr (Mund, Nase, Pharynx) nicht mehr den Stimmbändern angepasst ist; 3) Dysphagie tritt ein, wenn die Harmonie zwischen Os hyoideum und Larynx aufgehoben ist; der Larynx kann beim Schlucken nicht mehr (weil der Musculus hyothyroideus durchtrennt ist) nach oben und vorne sich bewegen; 4) solche Wunden müssen mit starken Nähten, welche durch die Tiefe und sogar durch die Knorpel gehen, vereinigt werden. Die Vortheile einer solchen Naht sind grösser, als deren Nachtheile.

Dr. P. K.

Epithelioma mit Cysten in der Regio suprahyoidea; Ulceration der Art. facialis. Ligatur der Carotis communis. (Epithéliome kystique de la région sushyoïdienne gauche. Ulcération de l'artère faciale. Ligature de la carotide primitive.) Von Dr. Lejars. (Société anatomique de Paris, Progrès médical und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1888.)

Bei einem 69jährigen Manne entwickelte sich im Verlaufe von sechs Wochen ein kindskopfgrosser Tumor in der Regio suprahyoidea links; eine Punction entleerte 400 Gramm gelber Flüssigkeit; der zusammengefallene Tumor nahm von Neuem zu. Eine hartnäckige Blutung zwang zur Incision des Tumors: Die Art. facialis war angefressen; die Carotis communis sinistra musste unterbunden werden. Patient erlag. Die Section ergab Fractur der Maxilla inferior 2 Finger breit nach innen vom Unterkieferwinkel; Ulceration der Arteriae facialis und Coronaria labialis inferior, sowie der Glandula submaxillaris; es war ein Epithelioma pavimentosum lobulatum. Verf. hebt folgende 3 Punkte hervor: 1) die Möglichkeit des Vorkommens von Cysten in einem Pflasterepitheliom; 2) arterielle Ulceration durch Contact mit dem Neoplasma; 3) die plötzliche halbseitige Lähmung nach der Unterbindung der Carotis.

Dr. P. K.

Larynxstenose unterhalb der Glottis durch Dilatation geheilt. (Un cas de sténose sousglottique du larynx traité par la dilatation.) Von Dr. Franck Donaldson. (Société de laryngologie d'Amérique, Séance du mois de Septembre 1888 und Revue de laryngol. No. 5, 1889.)

Eine 34jährige Frau hatte eine Stenose unterhalb der Stimmbänder in Folge von Diphtheritis; bei längerem Gebrauch der Schrötter'schen Röhren (1—5) trat vollständige Heilung ein.

Dr. P. K.

Laryngotomia intercricothyroidea bei einem Falle von Enocephaloid des Larynx. (Laryngotomie intercricothyroïdienne dans un cas de cancer encéphaloïde de larynx) Von Dr. Furundarend Labat. (Revue mensuelle de laryngol. No. 3, 1889.)

Ein 67jähriger Mann hatte ein Larynxencephaloid; die Laryngotomia intercricothyroidea und das Einführen einer Krishaber'schen Canüle gelangen trotz des hohen Alters des Patienten. Verf. redet letzterer Operation das hohe Wort. Dr. P. K.

Demonstration einiger Larynxmuskeln. (Démonstration de quelques muscles laryngiens) Von Dr. John Macinthyre (Association des médecins de la Grande Bretagne, Section de laryngologie, und Revue mens. de laryngologie No. 3, 1889.)

Verf. demonstriert 2 Paar Musculi hyoepiglottici; das erste Paar geht von der hinteren Fläche des Corpus ossis hyoidei von der Mitte aus auf die vordere Fläche der Basis der Epiglottis. Das zweite Paar entspringt einen halben Zoll weit von den ersteren entfernt von den grossen Zungenbeinhörnern und von der Membrana thyrohyoidea, und geht zur Insertion der ersteren an die Basis der Epiglottis. Diese am Menschen demonstrierten Muskelpaare kommen auch bei Säugethieren vor.

Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Winternitz: Ein Fall von plötzlich entstandener Taubheit mit dem Ausgange in Heilung. — Szemes: Die Ohrenheilkunde in der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg. — Ziem: Ueber metastatische Erkrankungen bei Nasenleiden. — Wolff: Pharyngitis chronica. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Jacobson: Beiträge zur Hörprüfung. — Kretschmann: Ueber die Anwendung einiger neuerer Mittel in der Ohrenheilkunde. — Schiffers: Ueber Ohrenhusten. — Stewart: Fälle von Zerreißung der Membrana tympani durch eine Ohrfeige. — 1) Kretschmann: Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfells. — 2) Hartmann: Ueber Veränderungen der Paukenhöhle bei Perforation der Shrapnell'schen Membran. — 3) Walb: Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfells. — 4) Bezold: Cholesteatom, Perforation der Membrana flaccida Shrapnelli und Tubenverschluss. — Shirmunsky: Untersuchungen des Gehörs der Schulkinder in den Petersburger Stadt-schulen. — Daumer: Studie über die Klangfarbe der Töne mittelst der Methode der manometrischen Flammen. — b) Rhinologische: Lacoarret: Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales. — Montaz: Osteom der Nasenhöhlen. — c) Pharyngo-laryngologische: Seiffert: Soor bei Gesunden. — Wright: Cyste der Bursa pharyngea. — Enjabran: Anatomische und klinische Studien über die Luschka'sche Drüse. — Noquet: Tumor an der Zungenbasis. — Delavan: Neue Untersuchungen über das Bestehen eines Corticalcentrums für den menschlichen Kehlkopf. — Leffert: Eingebildetes Zungenulcus. — Lefferts: Multiple Papillome des Velum, ungewöhnlich grosser fibröser Tumor der Tonsille und fibr. Tumor des Septum narium. — Ball: Hysterische Motilitätsstörungen der Stimmbänder. — Godet: Blutegel unterhalb der Stimmbänder. — Cohen: Fixirung des linken Stimmbandes in der Medianlinie mit Heiserkeit. — Spannochi: Metallische Sutura thyrohyoidea. — Lejars: Epithelioma mit Cysten in der Regio suprahyoidea. — Donaldson: Larynxstenose unterhalb der Glottis durch Dilatation geheilt. — Labat: Laryngotomia intercricothyroidea bei einem Falle von Enocephaloid des Larynx. — Macinthyre: Demonstration einiger Larynxmuskeln.

Zur gefälligen Beachtung!

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt Klage geführt worden, dass die Correcturen mangelhaft besorgt würden. Da die Monatsschrift in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit Original-Arbeiten versehen wird, so könnten Wochen vergehen, ehe die Correcturen von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze recht klar und deutlich zu schreiben, am besten von leserlicher Hand abschreiben zu lassen, dann kann die Correctur von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weill. Prof. Dr. R. Voltolini
und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig),
Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach**
(Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg**
(Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Nichel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig),
Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schaplinger** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M.**
Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald),
Dr. **Weill** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d.
Klinik für Ohrenkrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Ana-
tomie an der Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand
d. Klinik f. Halskrankh.
a. d. Universität Wien

Dr. WEBER-LIEL
Professor
der Ohrenheilkunde
in Bonn.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonniert auf dasselbe bei
allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit
der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXIII.

Berlin, December 1889.

No. 12.

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die Mo-
natsschrift verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche Notiz.

Wir bitten um baldgefällige **Erneuerung des Abonnements** auf den
mit Januar 1890 beginnenden **vierundzwanzigsten Jahrgang dieser**
Monatsschrift bei den Postämtern, Buchhandlungen sowie der unter-
zeichneten Expedition.

Berlin N., December 1889.

Expedition

der „Allgemeinen medicinischen Centralzeitung“

Oranienburger Strasse 43.

I. Originalien.

Die Ohrenheilkunde in der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss.)

13) Walb hält hierauf seinen Vortrag „Ueber das moderne
Specialistenthum. -- Walb rügt den Missbrauch, der in jüngster
Zeit mit der Ohrenheilkunde getrieben wird, und führt zur Illustration
einige eclatante Beispiele an, mit denen er beweisen will, dass man häufig
dem Titel „Ohrenarzt“ begegnen kann, wo er gar nicht am Platze ist.
Denn nur zu oft würde er von Solchen benutzt, die nicht mehr als einen

4 — 6 wöchentlichen Cursus durchgemacht haben, und trotzdem ähnliche Curse auch in den übrigen Specialfächern gelesen würden, so könne man den Unfug dennoch viel häufiger mit der Ohrenheilkunde treiben sehen. Ein solches Vorgehen mache das Einschreiten von maassgebender Seite aus nothwendig und nur Jahre lang consequent fortgesetzte Agitationen wären im Stande, Abhilfe zu leisten, was dann auch der Otiatrik den gebührenden Platz in der Reihe der Specialfächer einräumen würde.

Moos (Heidelberg) stimmt mit Walb überein und schlägt vor, man möge daran gehen, von jedem Mediciner zu verlangen, die Ohrenheilkunde hören zu müssen. — Hartmann (Berlin) glaubt wenig Hilfe von den Facultäten zu erhalten, mehr könnten die ärztlichen Vereine leisten, die es nicht zugeben sollten, dass sich Jemand für einen Specialisten erklärt, wenn er es nicht de facto ist. Moos' Antrag verlangt zu wenig, denn es genügt nicht, dass der Mediciner das otiatrische Colleg belege, sondern er sollte auch daraus examinirt werden. — Letzterer Ansicht ist auch Thiry (Freiburg), und glaubt Letzterer nur dann etwas zu erreichen, wenn man gleich Viel verlangt, sonst bleiben wir im Status quo ante. — Endlich meint Kuhn (Strassburg), die Section möge ein Comité entsenden, welches das Nöthige anstrebe. — [In der letzten Sitzung wurde dasselbe aus den Herren Moos (Heidelberg), Kuhn (Strassburg), Kessel (Jena), Wagenhäuser (Tübingen), Walb (Bonn) und Hartmann (Berlin) zusammengestellt.]

Recht zeitgemäss schien mir dieser interessante Vortrag mit der darauf gefolgtten Debatte. Handelte es sich doch um eine wichtige Standesangelegenheit, die diesmal zur Sprache kam. — Modernen Specialisten, wie sie Walb bezeichnet, die einen 4 — 6 wöchentlichen Cursus zu hören für genügend erachten, um sich dann schon „Ohrenärzte“ nennen zu können, begegnen wir leider überall, und stiften auch diese Herren dann als solche recht viel Unheil, um so eher, weil ihnen dazu Gelegenheit geboten wird. Die Kranken nämlich nehmen Zuflucht zu ihnen und vertrauen sich ihnen an, weil sie den Fachmann vor sich zu haben glauben, leider aber sind dies Fachleute, die bloß in die Elemente unserer Disciplin eingeweiht sind. Und dennoch möchte ich nicht, wie es aus Walb's Vortrag leicht zu verstehen war, jene Herren beschuldigen, die diese Curse lesen. Auf meiner otiatrischen Studienreise hatte ich Gelegenheit, in Deutschland Feriencurse, in Wien aber die von Walb gemeinten Curse anzuhören, und gefiel mir besonders in letzterer Stadt eine Bemerkung Prof. Gruber's sehr gut, der etwa in folgender Weise einen seiner Curse beendete: Meine Herren, glauben Sie ja nicht, dass Sie jetzt, nach Beendigung dieses Cursus, Ohrenärzte sind; ich zeigte Ihnen nur so viel, was Sie als practische Aerzte kennen müssen; wollen Sie sich aber zu Specialisten heranbilden, dann müssen Sie sich auf Grund der hier gewonnenen Lehren weiter ausbilden, denn nur, wenn Sie durch längere Zeit hindurch selbstständig arbeiten, können Sie beanspruchen, in die Reihe der Ohrenärzte gezählt zu werden. — Die Wiener Schule kann mit Stolz auf ihre Schüler blicken, die aus aller Welt dahin strömen; auch lieferte sie bereits eine Reihe tüchtiger Kräfte, die jetzt schon selbst Schule machen; die Meisten aber kommen nur deshalb, um bloß in die Elemente eingeweiht zu werden, und wenn sich unter Letzteren auch solche finden, die sich dann für Specialisten

ausgeben, so kann das der Schule nicht als Fehler zugeschrieben werden. Traurig und wahr ist es, dass gerade mit der Ohrenheilkunde der grösste Unfug getrieben wird, und aller Wahrscheinlichkeit nach blos deshalb, weil es viele practische Aerzte giebt, die per absolutum keinen Begriff davon haben. Auch theile ich ganz die Ansicht Jener, die es wünschen, dass jeder Mediciner gezwungen werde, Otiatrik zu lernen, doch fürchte ich, dass dies, trotz des eingesetzten Comité's, nur ein frommer Wunsch bleibt, der noch lange nicht in Erfüllung gehen wird. Blos an der deutschen Universität in Prag wird Ohrenheilkunde beim Rigorosum geprüft und es freute mich wahrlich, während meiner Anwesenheit daselbst, die otiatrischen Vorlesungen so stark besucht zu finden; am Ende des Semesters meldeten sich sogar mehrere der Studenten zu einem freiwilligen Colloquium, ebenso, wie sie es mit den übrigen medicinischen Gegenständen thaten, um dann Stipendien beanspruchen zu können. Unter solchen Umständen wird dann diese Disciplin ebenso gepflegt, wie die anderen Zweige der Medicin und ich glaube kaum, dass sich in Böhmen moderne Specialisten, im Sinne Walb's, in so grosser Zahl vorfinden werden, als in den übrigen Ländern, da der grösste Theil der practischen Aerzte mit einer nicht geringeren otiatrischen Bildung die Universität verlässt, als die modernen Specialisten sie besitzen. — Es fällt gewiss Jedem schwer, in seiner Nähe einen solchen Concurrenten zu haben, der eigentlich eben so wenig Ohrenarzt, als Specialist für andere Krankheiten ist, denn seine durch sich selbst taxirte Qualification ist ja nur da, um das ihn zu Rathe ziehende Publikum — und Aerzte, die auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde Laien sind —, auf Irrwege zu geleiten und schliesslich profanisiren sie einen Zweig der medicinischen Wissenschaften, dessen Pflege arbeit- und strebsame Männer ihre ganze Zeit widmen. — Wenn Jemand das Publikum auf Irrwege führen will, dagegen kann von Seiten der Collegen wenig gethan werden, dass aber Patienten selbst von Aerzten an solche Specialisten gewiesen werden, ist ein unverzeihlicher Fehler, denn das Laster sollte man nicht unterstützen. — Uebrigens warten wir ab, was uns das Comité bringen wird bezüglich einer Disciplin, die bis nun stets das Unglück hatte, nur zu häufig stiefmütterlich behandelt zu werden.

14) Szenes (Budapest) bespricht die „Aetiologie der genuinen Otitis media acuta“, indem er auf Anregung des Prof. Zaufal (Prag) den Parallelismus der genuinen Otitis und Pneumonie suchte. Es geschah dies auf Grund der klinischen Journale Zaufal's, die während 15 Jahren ein Material von 18128 Ohrenkranken umfassen, von denen 1205 (= 6,65 pCt.) an acuter Otitis litten. Mit diesen wurden die 28676 Fälle der internen Klinik Prof. Pribram's verglichen, die aus denselben Jahren datiren, unter denen die Pneumonie sich blos 1165 Mal (= 4,06 pCt.) vorfand. — Nur 4 Mal zeigten beide Erkrankungen einen ganz gleichen Procentsatz (in den Jahren 1874, 1875, 1883 und 1884), vier andere Male (in den Jahren 1876, 1878, 1879 und 1886) war derselbe nahezu gleich, 8 Mal aber differirte er, und zwar in der Weise, dass die Otitis stets einen grösseren Procentsatz lieferte.

Nach der Eintheilung Weichselbaum's wurden die secundären Formen von den primären ausgeschieden, und bezogen sich die ferneren Schlüsse, der geringen Zahl der ersteren wegen, immer nur auf die letzteren.

Bezüglich des Geschlechts war die Otitis bei 748 (= 66,8 pCt.)

männlichen und 372 (= 33,2 pCt.) weiblichen Kranken gefunden, die Pneumonie aber bei 663 (= 59,5 pCt.) Männern und 451 (= 40,5 pCt.) Weibern. — Mehr wich der Sitz beider Erkrankungen ab, indem die Otitis in 44,46 pCt. der Fälle rechterseits, in 45 pCt. linkerseits und nur in 10,54 pCt. beiderseits bestanden hatte; die Pneumonie aber tritt bekanntermaassen in etwas mehr, als der Hälfte der Fälle in der rechten Lunge allein, in 33 pCt. der Fälle in der linken und in 15 pCt. in beiden Lungenflügeln auf.

Endlich wurde auch noch der Auftritt beider Erkrankungen in der Weise verglichen, dass der Beginn resp. die Zeit in Betracht gezogen wurde, an welcher sich die ersten Symptome kundgegeben. Die Fälle wurden den einzelnen Monaten gemäss geordnet und stellte es sich durch die tabellarische Zusammenstellung bald heraus, dass, jedes Jahr separatim genommen, in den einzelnen Monaten ein- und derselben Jahreszeit, oft ganz verschiedene Zahlen sowohl bezüglich der einen, als auch bezüglich der anderen Affection aufweist. Insgesamt aber, den Procentsatz beider Erkrankungen im Durchschnitt genommen, zeigten dieselben blos in vier Monaten (März, October, November und December) einen grösseren Unterschied, in den übrigen Monaten waren aber beide Affectionen mehr oder weniger ähnlich, oft sogar ganz gleich häufig aufgetreten. (Sämmtliche Schlüsse wurden an entworfenen Curven demonstrirt.)

Schliesslich glaubt Vortragender beim Vergleiche beider Erkrankungen immer mehr und mehr Aehnlichkeit zwischen Otitis und Pneumonie gefunden zu haben und die Unterschiede schienen blos durch accidentelle Factoren bedingt zu sein.

15) Prof. Schwalbe (Strassburg) behandelt morphologisch die Frage: „Inwiefern ist die menschliche Ohrmuschel ein rudimentäres Organ?“

Die Untersuchungen Schwalbe's führten zu dem Resultate, dass nicht die ganze Ohrmuschel, wohl aber ein grosser Theil derselben als verkümmert anzusehen ist, und zwar der dem Antihelix, mit Ausnahme des Crus inferius, und der oberen und hinteren Helix entsprechende Abschnitt, der durch Rückbildung aus dem grossen Ohrlöffel der mit langen, beweglichen Ohren versehenen Säugethiere entstanden ist; auch wird bei dieser Gelegenheit die Antihelixbildung genau besprochen. Rückgebildet ist ferner der Gehörgangsknorpel, insofern er ursprünglich aus drei getrennten Stücken bestand, die beim Menschen derart verwachsen sind, dass die Incisurae Santorini als Reste ursprünglicher Trennung erhalten bleiben. Die Spina helicis ist ebenfalls eine rudimentäre Bildung; sie entspricht dem Scutulum-Knorpel der Ungulaten, Carnivoren etc. Zum Schlusse erörtert Schwalbe auch noch die Frage, inwiefern die Ohrmuskeln als rückgebildet angesehen werden müssen. (Der Aufsatz ist in dem jüngst erschienenen Supplement-Band der anatomischen Abtheilung des „Archivs für Anatomie und Physiologie“, pag. 241—269, erschienen.)

Im Anschluss an diesen Vortrag spricht Kessel (Jena) recht eingehend über die Function der Ohrmuschel, die im Wesentlichen einem Schema von Orgelpfeifen entspricht; die Vertiefungen müssen als Resonatoren für bestimmte Geräusche angesehen werden, die sich beim Anblasen direct nachweisen lassen, indem man auf solche Weise

Geräusche von verschiedener Tonhöhe hören kann; die Gestalt der Resonatoren wird durch die Muskeln der Ohrmuschel verändert. Die Ohrmuschel verstärkt daher einerseits die Geräusche, andererseits aber dient sie zur Richtungsbestimmung der betreffenden Tonquelle, was durch die grossen Ohrmuskeln bezweckt wird. Selbst der Eingang in den Gehörgang ist beweglich, wodurch die Schallwellen aus verschiedenen Richtungen eindringen können.

16) Barth (Berlin) liefert einen „Beitrag zur Anatomie der Schnecke“, indem er an einer Anzahl von Photographien und Zeichnungen den Bau, die Form und Lage der Membrana tectoria demonstriert, und bespricht endlich den Einfluss auf die Theile, mit welchen sie zunächst in Verbindung steht.

Katz (Berlin) sieht die Membrana tectoria nur als cuticuläres Gebilde an, er bezweifelt es, dass die Membran am Ligamentum spirale eine dritte Zone hätte, denn er konnte beim Corti'schen Organ des Embryo sehen, wie sich die Membran von den Hensen'schen Stützzellen abhob, beim Erwachsenen hingegen stand das nach oben umgeschlagene Ende frei. — Steinbrügge (Giessen) konnte an der äusseren Zone des Corti'schen Organes zarte Fortsätze sehen, die mit dem Ligamentum spirale nicht verbunden waren. Sollte eine Verbindung dennoch vorhanden sein, dann könnte dieselbe nur sehr zart sein und ginge auch wahrscheinlich beim Decalciniren zu Grunde.

17) Bronner (Bradford) theilt seine Erfahrungen mit „über Menthol und Eucalyptus und ihre locale Anwendung bei Affectionen des Mittelohres“.

Bei starker Schwellung der Schleimhaut der Eustachi'schen Röhre wendet Bronner ein Schnupfpulver von Borsäure und Menthol (2 procentig) an und bläst ausserdem auch noch Mentholdämpfe durch den Catheter. Er benutzt eine mit Bimsstein gefüllte Capsel, ähnlich der Hartmann'schen; die 2procentige Menthollösung (in Olivenöl oder Alcohol) wird auf den Bimsstein gegossen, die Capsel mit dem Lucae'schen Doppelballon verbunden und die Dämpfe dann langsam in das Mittelohr geblasen. Auch können einige Tropfen Eucalyptusöl auf den Bimsstein gegossen werden, bei starker Secretion aber Terpentiner oder Cubebenöl. Für das Freisein der Eustach'schen Röhre muss immer gesorgt sein, und benutzt Bronner conische Celluloid-Bougies hierzu, deren Ende in Mentholöl getaucht wird. Die günstigen Erfolge glaubt er theilweise darauf zurückführen zu müssen, dass er die Dämpfe längere Zeit hindurch auf die Schleimhäute einwirken lässt. — Bei der Behandlung von Otorrhoen scheint das Menthol von keiner besonderen Wirkung zu sein. — Auch bei der Furunculose des äusseren Gehörganges konnte Bronner keine günstigen Erfolge mit Menthol erzielen und somit will er auch die Angaben Cholewa's (Therap. Monatshefte No. 6, 1889), der das Menthol gegen Furunkel so warm empfiehlt, durchaus nicht bestätigen.

Hartmann (Berlin) ist derselben Ansicht bezüglich der Furunculose wie Bronner und erwähnt, Cholewa hätte bei ihm mit Menthol experimentirt, nur konnte auch er sich nicht von der so sehr gepriesenen Wirkung überzeugen, weshalb er auch bat, seinen Namen in dem betreffenden Aufsätze nicht zu erwähnen.

Auch ich betheiligte mich an dieser Discussion, indem ich die Resultate erwähnte, die ich im Vereine mit meinem Freunde und Collegen Dr. Anton, klin. Assistenten in Prag, mit dem Menthol bei der Furunculose erzielte. — Das Menthol ist keineswegs ein Mittel, dem man alle guten Eigenschaften absprechen könnte, nur darf man es ebensowenig als Antifurunculolum *κατ' ἐξοχήν* hinstellen, als die übrigen in unserem Aufsätze (Prager med. Wochenschrift No. 33, 1889 und Orvosi hetilap No. 38 u. 39, 1889) aufgezählten Mittel es verdienen. Bloss 3 Mal (von 12 Fällen) verursachte das Menthol ein schnelleres Abklingen der Symptome, rief aber selbst oft genug ein lästiges Brennen hervor, auch vermochte es keine Recidive zu verhüten, so dass ich es gar nicht verstehe, warum Cholewa es so warm empfohlen. — Schon einige Mittel, die aber noch weniger gute Eigenschaften haben als das Menthol, erfreuen sich der Gunst, von manchen Herren heiss empfohlen zu werden, und wenn man dann damit die Controlversuche anstellt, da folgt eine Täuschung der andern. Und wenn solche Aufsätze auch von practischen Aerzten gelesen werden, dann verfehlen auch diese es nicht anzuwenden, und nun werden auch diese getäuscht und sagen gleich: „dem Ohrenarzt darf man nicht glauben“. — Es wäre höchste Zeit, daran zu denken, dass man sich in der Zukunft vor solchen Aeusserungen hüte, die unsere Specialität stets nur discreditiren.

18) Privatdocent Habermann (Prag) spricht über Taubheit der Kesselschmiede. Er untersuchte nämlich die Gehörorgane eines 75jährigen Mannes, der in Folge einer mehr als 20jährigen Beschäftigung in einem Kupferhammer taub geworden war. Beiderseits fehlten die Nerven der Lamina spiralis, auch waren die Ganglienzellen des Rosenthal'schen Canals in der basalen Windung von der vorderen Umgebung angefangen bis zum Ende geschwunden, und setzte sich dieser Schwund der Nerven noch bis in den Stamm des Gehörnerven fort. Das Corti'sche Organ, das in der übrigen Schnecke erhalten war, fehlte an der erwähnten Stelle ganz oder waren nur undifferirbare Reste desselben vorhanden. Die Membrana basilaris war mit Pflasterepithel bedeckt, die Nerven in der übrigen Schnecke hingegen in ihrer Stärke auf die Hälfte reducirt. Beide Steigbügelfussplatten waren stark nach aussen gerückt, wie es bei starker Contraction des Stapedius geschieht, und glaubt Habermann dies auf die Function des Stapedius zurückführen zu müssen, da dieser als Schutzvorrichtung gegen das Einwirken starken Schalles auf das Labyrinth zu wirken hat. Auch nimmt er an, dass die Atrophie der Nerven in der Weise entstand, dass durch die lang dauernde Einwirkung des starken Schalles die Endausbreitungen des Schneckenerven gelähmt wurden, und diese Lähmung dann zu Schwund des ausser Function gesetzten Corti'schen Organes und zur aufsteigenden Atrophie der Nerven führte. Dass die Nerven am Ende der Schneckenbasis fehlten, erklärt sich daraus, dass im Kupferhammer vorwiegend Schall von hohem Toncharacter einwirkte, und stimmt dies auch mit den bisherigen klinischen Erfahrungen, nach denen Abschwächung der Knochenleitung und Taubheit für hohe Töne für diese Erkrankung characteristisch sind, wovon sich auch Habermann durch eigene Untersuchungen einer Anzahl von Kesselschmieden überzeugen konnte.

Steinbrügge (Giessen) macht darauf aufmerksam, dass auch bei

entzündlichen und chronischen sclerotischen Processen anfangs in den ersten Schneckenwindungen die Atrophie des Ramus cochlearis und Corti'schen Organes eintrete, nach der Schneckenspitze zu bleiben beide noch längere Zeit hindurch intact. — Es sollte bei den sclerotischen Affectionen bestimmt werden, ob die Veränderungen in der Schnecke in Folge der Inactivität oder eines krankhaften Processes auftreten. — Kessel (Jena) hebt hervor, dass die Bewegsamkeit der Gehörknöchelchen auch mittelst Microscops geprüft werden kann, indem man dieselben freilegt und mit der betreffenden Tonquelle verbindet. Auf diese Weise kann man gehörigen Einblick in den Mechanismus des Mittelohres gewinnen.

19) Habermann bespricht hierauf die Entstehung des Cholesteatoms des Mittelohres und demonstriert im Anschluss microscopische Präparate.

Die Behauptung, dass die Mehrzahl der Cholesteatome des Mittelohres in der Weise entsteht, dass die Epidermis des äusseren Gehörganges resp. des Trommelfelles bei chronischem Verlauf einer Mittelohrentzündung in das Mittelohr hineinwächst und hier bei dem Fortdauern der Entzündung zu vermehrter Abstossung der Hornschicht und zur Ansammlung dieser Masse in Form der Perlgeschwulst führt, wird durch einen neuen Fall bekräftigt. In letzterem fanden sich zwei getrennte Perlgeschwülste in einem Ohr; das eine der Cholesteatome war von kugelförmiger Gestalt und füllte die Paukenhöhle, das Trommelfell stark nach aussen drängend, aus; es war aussen von Schleimhaut bekleidet, innen von Epidermis, und hing einerseits mit dem Promontorium zusammen, mit dem es verwachsen war, andererseits mit dem Trommelfell, durch dessen Perforation die Epidermis des Trommelfelles über der Perforationswand hineingewachsen war und dort das Cholesteatom innen auskleidete. Die Membrana propria war nur eine kurze Strecke weit in der Wand des Cholesteatoms zu verfolgen, und die Schleimhautschicht des Trommelfelles bildete in ihrer Fortsetzung die äussere Bekleidung des Cholesteatoms in der Paukenhöhle. Habermann glaubt, dass dieses Cholesteatom in der Weise entstanden sei, dass sich im Verlaufe der Mittelohrentzündung eine mit dem Promontorium verwachsene Trommelfellnarbe bildete, die sich mit dem Abheben des Trommelfells sackförmig auszog, und bei der fortdauernden Entzündung sammelten sich die abstossenden Hornschichten lebhaft an und vergrösserten auch immer mehr und mehr den Sack. — Das zweite Cholesteatom kleidete das Antrum mastoideum und den hinteren oberen Theil der Paukenhöhle aus und hing direct mit der Epidermis des äusseren Gehörganges durch den hinteren Theil der Shrapnell'schen Membran zusammen.

Walb (Bonn) theilt die Ansicht des Vortragenden bezüglich der Entstehung der Cholesteatome, indem er sie für in die Schleimhaut eingewanderte Epithelmassen ansieht, die oft durch eine Perforation der Membrana Shrapnelli in die Paukenhöhle gerathen. Die Höhlen, welche das Cholesteatom beherbergen, müssen nicht immer durch letzteres verursacht sein, sie können auch die Folge früherer Destructionsprozesse sein. — Kuhn (Strassburg) meint in manchen Fällen das Cholesteatom als primären Tumor ansehen zu müssen, da er dasselbe auch in ganz

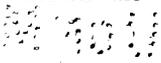
unversehrten Warzenfortsatzhöhlen fand. — Barth (Berlin) beharrt auf seiner schon früher gemachten Aeusserung, wonach das Cholesteatom durch Degeneration der Schleimhaut verursacht wird, auf welche sich Epidermismassen anlagern. — Habermann erwähnt Billroth's Ansicht, wonach das Cholesteatom fötalen Ursprungs wäre, und findet auch er die Sache nicht immer ganz einfach; in diesem Falle war das Epithel der Paukenhöhle, mit Ausnahme der kleinen Verwachsungsstelle, erhalten. — Auch Kessel (Jena) glaubt, dass das Cholesteatom sonderbaren Ursprung haben muss, den man oft gar nicht leicht erklären kann. — Steinbrügge (Giessen) hält zur Entstehung von Cholesteatomen zwei Momente für nothwendig, nämlich das Hereinwachsen der Epidermis und eine Dermatitis.

Der instructive Vortrag Habermann's, der sich auf Grund microscopischer Befunde mit der Entstehung des Cholesteatoms befasst, ebenso auch die recht interessante Discussion über das Thema, waren von besonderer Wichtigkeit, denn die pathologische Anatomie, mit ihrem Vertreter Virchow an der Spitze, nimmt Stellung gegen die Anschauungen der Ohrenärzte. Die Lösung der Cholesteatom-Frage ist trotz der regen Literatur noch lange nicht in Aussicht und auch Bezold's jüngster Aufsatz (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde Bd. XX., pag. 5—28), der die Aetiologie genannten Processes zu klären sucht, wird nur zu weiteren Forschungen anspornen; denn bevor wir uns noch eingehender mit diesem Thema befassen, glaube ich zuvörderst mit der Frage in's Reine kommen zu müssen, ob das Cholesteatom primären oder secundären Ursprunges ist. Beide Anschauungen basiren auf eingehenden Forschungen, weshalb auch so schwer zu entscheiden ist, wer das Recht behauptet.

20) Vohsen (Frankfurt a. M.) demonstrirt einen von ihm construirten Apparat, den er Anoralrespirator benennt.

Nach einer Besprechung der Nachtheile der gehinderten Nasenathmung im Allgemeinen werden die bis nun empfohlenen Apparate einer Kritik unterzogen, und glaubt Vohsen an dem seingigen all' die Anforderungen erfüllt zu finden, welche man an einen Mundschliesser stellen muss, indem derselbe festsetzt, ferner den Leidenden nicht belästigt (die Kinder gewöhnen sich nach 1—2 Nächten schon daran), endlich aber verschliesst er die Lippen und presst zugleich den Unterkiefer gegen den Oberkiefer. — Der Apparat selbst besteht aus zwei Gummiplatten von verschiedener Grösse und ovaler Form, die am Rand von einem luftgefüllten Schlauch umgeben sind; in der grösseren ruht das Kinn, die kleinere Platte ist für den Mund bestimmt. Das Band, das die Kinnplatte hält, theilt sich in der Höhe des oberen Ohrmuschelrandes gabelförmig und soll die beiden Scheitelbeinhöcker zwischen sich fassen. Unterhalb des Ohres laufen durch zwei Oesen die Bänder, welche die Mundplatte tragen, und werden dieselben in der Nackengegend durch eine Schnalle verbunden.

Bezüglich der Benennung glaubt Vohsen, dass der Guy'sche Name „Contrarespirator“ für einen solchen Apparat keine glückliche Bildung wäre, da er ja das Respiriren nicht hindern soll und will zweckentsprechender „Anoralrespirator“ gewählt haben, das bezeichnet am besten die Wirkung, die er hervorbringen soll. — (Der Apparat wird



von der Gummiwaarenfabrik von Weil in Frankfurt a. M., Töngesgasse, gefertigt.)

21) Prof. Kessel (Jena) demonstrirt electricische Beleuchtungsapparate für das Mittelohr und den Nasenrachenraum.

Nach einer eingehenden Besprechung der verschiedenen Beleuchtungsmethoden und deren practischen Werth, von der Erfindung des Ohrenspiegels bis zum heutigen Tage, kommt Kessel schliesslich auf das electricische Licht zu sprechen, um dann die durch ihn construirten Vorrichtungen zu demonstriren, bei der das electricische Licht in dem Ohren resp. Nasentrichter sitzt, an denen auch noch eine verschiebbare Lupe angebracht wird, so dass das betreffende Bild bei starker Beleuchtung mehrfach vergrössert gesehen wird. Die Electroden einer Tauchbatterie werden in einen kleinen Apparat geleitet, der sowohl auf dem Ohren-, als auch Nasentrichter angeschraubt werden kann. Bei dieser Vorrichtung wird auch noch der Reflector erspart und man kann Alles recht deutlich sehen, ein Umstand, der zur Diagnose wesentlich verhilft. — Der an dem Trichter angebrachte Apparat kann zu einer Untersuchung, ohne dass es dem Patienten Unannehmlichkeiten verursachen würde, verwendet werden. Bei Demonstrationen aber, wo der Cautschuktrichter nach längerer Zeit selbst erwärmt werden könnte, benutzt Kessel einen Kühlapparat, indem die zu Stande gekommene Wärme mittelst durchfliessenden Wassers abgeleitet wird. — Das electricische Licht mit dieser Kühlvorrichtung wird auch zur Durchleuchtung verwendet, indem es, am Ende eines catheterförmigen Apparates angebracht, in den Nasenrachenraum eingeführt wird, und mittelst des Duplay'schen Trichters kann die Rhinoscopia anterior ohne Hilfe des Reflectors vorgenommen werden.

22) Hartmann (Berlin) liefert neue Fälle zur Casuistik der Highmorshöhlenempyeme. Zuerst berichtet er über einen Fall, der dadurch besonderes Interesse beansprucht, weil der Patient im ersten Stadium der Erkrankung den Verdacht des Vorhandenseins einer Lungenaffection erweckte. Ein halbes Jahr hindurch hatte derselbe nämlich stets Morgens einen mit Blut vermengten Auswurf, zu dem sich später geringer Ausfluss übelriechenden Eiters gesellte. Später stellte es sich heraus, dass das Auftreten der Blutungen genau mit dem Plombiren eines Zahnes zusammenfiel. Letzterer wurde extrahirt und nach Anbohren der Highmorshöhle strömte übelriechender Eiter aus der Nase. 3 Mal wurde die Höhle ausgespült und dadurch vollständige Heilung erzielt.

In 2 anderen Fällen von Highmorshöhlenempyem gelang es Hartmann, durch 3 resp. 4 Ausspülungen der Höhle vom mittleren Nasengange aus, mit der von ihm zu diesem Behufe schon früher construirten Röhre, vollständige und dauernde Heilung zu erzielen.

23) Hartmann demonstrirt hierauf einen Zerstäubungsapparat zur Application von Cocainlösungen für Nase, Nasenrachenraum und Kehlkopf. Derselbe ist an dem als Handgriff dienenden und die Flüssigkeit enthaltenden Glase mit einer Unterbrechungsvorrichtung versehen, so dass es ermöglicht ist, mit Hilfe des Doppelballons beliebig kleine Mengen der Lösung zur Anwendung zu bringen.

Bloch (Freiburg) hat seiner Zeit einen Apparat construiert, der sich nicht wesentlich von dem Hartmann's unterscheidet.

24) Ein grösserer Aufsatz von Prof. Politzer (Wien), der „Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Gehörorganes“ enthielt, wie auch

25) eine Arbeit von Treitel (Berlin) über „Erkrankungen des Gehörorganes bei Tabes dorsalis“ wurden der Section eingesendet, jedoch nicht verlesen. — Da aber Politzer zwei instructive Präparate einsandte, wurden letztere demonstrirt und zur Erläuterung eine kurze Beschreibung verlesen aus den anatomischen und klinischen Studien über acquirirte Atresie des äusseren Gehörganges.

Und nun waren die wissenschaftlichen Verhandlungen der Section beendet und wir konnten befriedigt von einander scheiden. Es wurden viele Zweige unserer Specialität gestreift, Manches recht eingehend besprochen und auch mit Standesangelegenheiten befassten wir uns. Somit blieb uns nur der eine Wunsch übrig: auf ein frohes Wiedersehen im nächsten Jahre!

Doch „wo?“ wird der geehrte Leser dieser Zeilen fragen, und die Antwort ist auch gar nicht so leicht. — Zu Ostern tagen die Norddeutschen Ohrenärzte in Berlin, zu Pfingsten die Süddeutschen und Schweizerischen in Nürnberg, dann folgt der internationale medicinische Congress mit einer otiatrischen Section in Berlin und schliesslich die Naturforscher-Versammlung in Bremen, wo es sich doch auch ziemten würde, für eine gut ausgestattete Section für Ohrenheilkunde zu sorgen.

Als bereits mehrjähriger Referent einiger Journale weiss ich ganz gut, wie viel auf unserem Gebiete literarisch gearbeitet wird, und fürchte ich auch nicht, dass eine oder die andere Versammlung ohne Themata bleiben würde. Dennoch hielt ich es für angezeigter, wenn neben dem alle vier Jahre einmal tagenden internationalen Otologen-Congress die oben erwähnten und ähnliche Zusammenkünfte in Zukunft vermieden werden möchten, dafür aber alle Elemente vereint jährlich eine Zusammenkunft hielten; es könnten sich dann die Kräfte eher vereinigen, wodurch es auch ermöglicht wäre, sich von Jahr zu Jahr mit der Lösung einer oder der anderen Frage zu beschäftigen. Es ist hier nicht am Platze, ein Programm zu entwerfen, nur möchte ich erwähnen, dass das von der Section in Heidelberg gewählte Comité sich zugleich mit dieser Frage befassen könnte.

Meinerseits bin ich der festen Ueberzeugung, dass sich auch Fremde in grösserer Zahl an solchen Versammlungen betheiligen würden. Wenn man aber jährlich so grosse Auswahl hat, wie es schon heuer der Fall war (Berlin, Freiburg, Paris und Heidelberg) und nicht minder der Fall im nächsten Jahre sein wird, dann bleiben die Meisten gewöhnlich zu Hause und das gegenseitige Besprechen wichtiger Fragen, das auf schriftlichem Wege zu sehr in die Länge und Breite führen würde, fällt weg.

Zur Behandlung der Warzen der Nasen- und Gesichtshaut.

Von
Dr. **Ziem** in Danzig.

Prof. Voltolini hat Recht daran gethan, in seinem letzten, vielfältig anregenden, mehrfach bahnbrechenden Werke über die Krankheiten der Nase auch die Affectionen der äusseren Haut der Nase in Betracht zu ziehen. Wie der Augenarzt auch die Hautkrankheiten der Lider, der Ohrenarzt die Erkrankungen der Ohrmuschel kennen und behandeln muss, so soll auch der Nasen- und Halsarzt mit Allem sich beschäftigen, was mit den betreffenden Höhlen in topographischer Beziehung steht. In Bezug auf Erkrankungen des äusseren Halses zwar ist diese Auffassung wohl schon eine allgemeinere geworden und in einem entsprechenden Falle, etwa gelegentlich einer Geschwulstbildung am äusseren Halse wird wohl nicht leicht verabsäumt werden, auch eine Untersuchung des Kehlkopfinneren mittelst des Spiegels vorzunehmen. In Bezug auf Erkrankungen der Nasenhaut jedoch hat man bisher meistens die sonderbare Ansicht gehegt, dass das ganz selbstständige und rein äusserliche Affectionen seien. Hätte man aber in solchen Fällen eine genaue Untersuchung auch der Nasenhöhle vorgenommen, so würde man oft gefunden haben, dass ursprünglich eine Erkrankung der Nasenschleimhaut vorgelegen, die dann längs der Venen oder Lymphgefässe nach Aussen hin, auf die äussere Haut der Nase sich fortgesetzt hat; man würde sich überzeugt haben, dass besonders die sogen. scrophulösen Erkrankungen der Gesichts- und Kopfhaut kaum jemals vorkommen, ohne gleichzeitige, bezw. praeexistirende eitrig Catarrhe der Nasenhöhle, ja, dass die bisher unerklärt gebliebene Bevorzugung (Praedisposition) der Kopf- und hauptsächlich der Gesichtshaut bei der Localisation von Hautkrankheiten einfach darauf beruht, dass eitrig Erkrankungen der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen so ungemein häufig sind. Auch bezüglich der Geschwulstbildungen im Bereiche der Kopf- und Gesichtshaut ist es mir nach mehreren eigenen Beobachtungen nicht unwahrscheinlich, dass eine Localisation derselben gerade in diesen Gebieten öfters in einem gewissen Zusammenhange mit obstruirenden Nasenleiden und mit einer aus der letzteren resultirenden Circulationsstörung steht. Ob das allerdings auch bei der Genese der Warzen der Gesichts- und Nasenhaut zutrifft, bedarf noch weiterer Untersuchung, wengleich in den allerdings nicht zahlreichen, zu meiner Beobachtung gekommenen Fällen der Art eine mit Anschwellung der Schleimhaut verbundene Erkrankung auch der Nasenhöhle thatsächlich vorgelegen hat. Würde dieser letztere, hier aufgestellte Zusammenhang der Dinge als ein regelmässiger oder doch ein häufiger sich erweisen, so wäre damit natürlich auch ein bestimmter Hinweis auf die Behandlung solcher Fälle gegeben. Aber es sei hiervon zunächst noch abgesehen und vorläufig nur davon die Rede, wie man Warzen der Nasen- und Gesichtshaut auch ohne die von Voltolini empfohlene electrolytische Behandlung in einfacher Weise, schnell und wie es scheint auch dauernd zu beseitigen vermag.

Bei meinem jetzt 7jährigen Töchterchen ist vor etwa 2 Jahren inmitten der rechten Wange ein kleines Gewächs aufgetreten, das allmählig

grösser und grösser wurde und schliesslich einen Durchmesser von 5 Mm., eine Höhe von 2 — 3 Mm., kuchenförmige Gestalt und deutlich papillomatösen Bau besass: eine richtige Warze. Im letzten Winter gesellten sich hierzu noch 3 kleinere, aber doch bis zu 3 Mm. lange, zapfenförmige Warzen am Eingange der linken Nasenhälfte, eine am lateralen Rande, zwei am Sept. cutaneum, so dass das Kind besonders durch diese letzteren Gewächse sehr entstellt war. Doch habe ich bis gegen Pfingsten d. J. davon abgesehen, gegen diese Warzen etwas zu unternehmen, in der Hoffnung, dass sie vielleicht doch noch von selbst schwinden würden. Kurz vor Pfingsten jedoch habe ich in die auf der Wange befindliche Warze mit dem Galvanocauter mehrmals tüchtig hineingebrannt, eine der vom Septum ausgehenden galvanocaustisch zerstört, was übrigens offenbar sehr schmerzhaft war, und die beiden übrigen Warzen mit der Scheere abgeschnitten. Aber es dauerte nicht lange, so hatten sich von Neuem Warzen am Eingange und unterhalb der linken Nasenöffnung sowie jetzt auch am Nasenrücken gebildet, während jene Warze auf der Wange zwar keine weitere Vergrösserung mehr, aber doch auch keine irgendwie erhebliche Schrumpfung erkennen liess. Von nochmaliger Anwendung des Galvanocauters oder Messers habe ich daher abgesehen und war im Begriffe, die von Voltolini auch bei diesem Leiden so sehr empfohlene Electrolyse anzuwenden.

Da wurde ich denn, und zwar Anfangs August, veranlasst, zuvor noch den Versuch zu machen, ob nicht durch Frottiren der Haut mit dem sogen. Lufah-Schwamme der Egypter, den wir im Jahre 1880 in Alexandrien kennen gelernt, die Warzen zu beseitigen seien. Diese Schwämme, die seit einigen Jahren ja in allen grösseren Städten käuflich zu haben sind, werden, beiläufig bemerkt, in der Weise hergestellt, dass man der Länge nach durchschnittene Gurken der heissen Sonne Egyptens aussetzt, so dass die wässerigen Bestandtheile verdunsten und schliesslich nur das derbe und ziemlich starre Fasergerüst der Gurke zurückbleibt. Nun, das Gesicht des Kindes wurde denn mit dem in Wasser getauchten Lufah täglich 1 oder 2 Mal tüchtig abgerieben und Mitte August waren die Warzen beseitigt, wie weggefeht. Es gehört jetzt, d. h. Mitte December, eine sehr genaue Untersuchung dazu, um die Ausgangsstelle der Gewächse überhaupt noch wahrzunehmen. Der Gebrauch des Lufah ist übrigens seit dieser Zeit ein regelmässiger in meinem Hausstande geblieben.

Bei noch anderen, mit Warzen an dieser oder jener Körperstelle behafteten Personen habe ich die Anwendung des Lufah neuerdings empfohlen, kann jedoch von etwaigen Erfolgen bisher noch nicht berichten: bei sehr verhärteten Warzen mag es wohl auch länger dauern.

Die Wirkung des Lufah beruht natürlich darauf, dass hiermit ein viel kräftigeres und eingreifenderes Reiben der Haut stattfindet, als mittelst des gewöhnlichen, viel Wasser aufnehmenden Schwammes, und dass der reactiv verstärkte Blutzufluss nach den frottirten Gewebstheilen ein leichteres Abstossen der warzigen, parasitären oder auch nicht parasitären, Wucherung ermöglicht.

Auch bei der Entfernung von Kehlkopfpolyphen mittelst des Voltolini'schen Verfahrens dürfte der Lufah einem gewöhnlichen Schwamme vielleicht vorzuziehen sein, und wahrscheinlich wird derselbe auch bei

der Behandlung vieler anderer Hautkrankheiten einen besseren Erfolg ergeben, als die schier endlosen, alle paar Monate neu componirten und dann wieder übercomponirten Salben- und Pflastermassen.

Die vorhergehenden Zeilen mögen nicht so aufgefasst werden, als ob ich die Bedeutung der Electrolyse überhaupt unterschätze, wenn ich von ihrer Anwendung bei Hautwarzen abgesehen habe. Im Gegentheil, ich halte die Erfolge, die Voltolini gerade mittelst der Electrolyse bei Rachentumoren erzielt hat, für ausserordentlich grosse und ich möchte die Ausbildung der electrolytischen Operationsmethode zu dem Besten rechnen von dem vielen Guten, das wir Voltolini überhaupt verdanken. Erst vor Kurzem habe ich einen eines Augenleidens wegen zu mir gekommenen Kranken untersucht, bei welchem ausserdem und mit der Sehstörung zum Theil wenigstens in Beziehung stehend, ein umfanglicher, von der Seiten- und Hinterwand des Cav. pharyngo-orale und pharyngolaryngeum ausgehender, wahrscheinlich sarcomatöser Tumor sich vorgefunden hat, welcher ein sehr geeignetes Object für die electrolytische Behandlung gewesen wäre und welcher mich auf's Neue empfinden liess, dass Voltolini in das Reich der Todten zu früh eingegangen.*)

Rhinoscopia posterior bei hängendem Kopf zum Zweck von Operationen im Nasenrachenraum.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. C. Dorn, Braunschweig.

Patient wird mit hängendem Kopf gelagert, so dass seine Gesichtsfäche, Kinn oben, Stirn unten, möglichst vertikal zur Horizontale steht. Nach Anlegung eines sich selbst haltenden Gaumenhakens übernehmen verständige Patienten selbst das Halten des Zungenspatels und das Oeffnen des Mundes. Im anderen Falle sind Mundsperrre und sich selbst haltendes Zungenspatel anzulegen. Der mit Stirnreflector versehene Arzt setzt sich auf einen niedrigen Stuhl an und hinter das Kopfende des Patienten, so dass seine Brust der Gesichtsfäche des Patienten parallel ist. Ein Kehlkopfspiegel, im Winkel von ca. 150° zum Stiele stehend, wird mit der nicht spiegelnden Fläche über die Zunge hin eingeführt bis nahe an die Rachenwand, woselbst das rhinoscopische Bild sichtbar wird. Dasselbe erscheint mit einer frappirenden Deutlichkeit, besonders heben sich die Contouren des Rachendaches mit der Tonsille und die hintere Wand, welche bei der sonst üblichen Methode am ungünstigsten beleuchtet wird, mit äusserster Schärfe und Klarheit hervor. Mit geringen Drehungen bei stets gleich gutem Lichte lassen sich alle Theile des Nasenrachenraumes einstellen. Mit der grössten Leichtigkeit lassen sich alle Theile, Cocainwirkung vorausgesetzt, sondiren, zweckmässig gebogene Instrumente einführen und Aetzungen vornehmen, wie ich mich häufig

*) Der Kranke ist inzwischen durch Schnitt von Aussen her operirt worden und Tags darauf, dem Vernehmen nach an Schwäche, gestorben.

überzeugt habe. Die Methode erscheint mir ihrer leichten Ausführung wegen von Vortheil, da, wie sonst in den Larynx, so jetzt in den Nasenrachenraum das Licht einfach von oben nach unten geworfen wird. Ferner ist die Leitung der Instrumente so eine jedem Laryngologen ge-läufige und gewohnte und das Auge leitet und controllirt mit Leichtigkeit jede Bewegung des Instrumentes. Ein weiterer Vortheil ist die Sicher-heit vor dem Herabfliessen von Blut und Speichel und dem Herabfallen von Geschwulstpartikeln in den Larynx. Ich möchte die Methode vor-läufig nur bei Erwachsenen mit oder ohne Narcose zur Behandlung resp. Operation von Nasenrachentumoren empfehlen, sowie für streng zu loca-lisirende Aetzungen. In wie weit sich die Methode zur Behandlung von adenoiden Vegetationen bei Kindern eignet, lasse ich dahingestellt; viel-leicht dürfte sie zur Ergänzung der bisher üblichen Methoden in manchen Fällen dienen. Ich behalte mir eine ausführlichere Besprechung dieser Methode und ihrer Indicationen vor und möchte vorläufig nur Interesse für die Methode geweckt und Anregung zu Versuchen gegeben haben.

Braunschweig, 14. August 1889.

Pharyngitis chronica.

Vortrag,

gehalten im „Aerztlichen Verein“ zu Frankfurt a. M. am 5. August 1889

von

Dr. Ludwig Wolf,

Assistent des Herrn Sanitätsrath Dr. Moritz Schmidt.

(Schluss.)

Was nun die Behandlung selbst betrifft, so will ich nicht auf die Unmasse von Mitteln eingehen, die angewandt werden, sondern werde nur die gebräuchlichsten und besonders die neueren Behandlungsmethoden anführen. Bevor ich jedoch darauf eingehe, möchte ich ausdrücklich darauf aufmerksam machen, wie wichtig es für die Behandlung der Pharyngitis chronica ist, sich in jedem einzelnen Falle die Entstehung desselben zu vergegenwärtigen. Denn es ist ja klar, dass es nichts nützen kann, die hintere Rachenwand zu pinseln, noch zu brennen, noch zu ätzen, wie dies leider recht oft ganz planlos geschieht, wenn der Aus-gangspunkt der Erkrankung im Nasenrachenraum oder in der Nase selbst gelegen ist.

Bei der hypertrophischen Form müssen natürlich die bestehenden Hypertrophien entfernt werden. So muss man bei Rhinitis chronica mit Schwellung der Nasenmuscheln dieselben zu verkleinern suchen. Am besten geschieht dies durch Aetzung mit der galvanocautischen Methode, wobei ein nachträgliches Bestreichen mit Acid. chromic. in Substanz zur nachhaltigeren Wirkung sehr zu empfehlen ist. Geschwülste, Polypen, Hypertrophien der Muschelenden entfernt man am besten mit der galvanocautischen Schlinge. Auch hier, besonders bei den so häufig vorkommenden Schleimpolypen, schützt mehrmaliges energisches Aetzen der Wurzelstümpfe am besten vor Recidiven. Die

den Luftdurchgang durch die Nase oft sehr störenden knorpeligen und knöchernen Leisten der Nasenscheidewand beseitigt man am besten mit Meissel oder Säge. Kleinere Fortsätze lassen sich auch recht zweckmässig submucös mit dem galvanocaustischen Brenner wegätzen, eine Methode, die Prof. B. Fränkel zuerst geübt hat.

Für die Entfernung der adenoiden Vegetationen sind viele Instrumente im Gebrauch. Die gründlichste Beseitigung geschieht wohl am besten mit dem Gottstein'schen sogen. Schaber, an dem sich eine kleine Modification von Herrn Dr. Mor. Schmidt als sehr zweckmässig erweist. Mit diesem ist es möglich, die Vegetationen in ein paar Secunden gründlich wegzunehmen und bedarf nur in den allerseltensten Fällen der Wiederholung.

Die Exstirpation der Gaumentonsillen geschieht am zweckmässigsten auf galvanocaustischem Wege mit der Schlinge. Diese Methode zeichnet sich vor anderen dadurch aus, dass sie die Mandeln ohne Blutung am gründlichsten entfernt und mindestens eben so rasch zu machen ist, als mit den anderen schneidenden Methoden. Eine Nachblutung, wie sie dieser Operationsmethode von Vielen als Nachtheil vorgeworfen wird, habe ich nie gehabt und ist auch bei den vielen Tonsillotomien, die ich als Assistent des Herrn San.-Rath Dr. M. Schmidt zu sehen Gelegenheit hatte, nie vorgekommen. Es mag dies allerdings zum Theil in den strengen Diätvorschriften, die ich nach der Operation den Patienten nach dem Vorgange von Herrn Dr. Schmidt gebe, gelegen sein. Die Patienten dürfen am Tage der Operation und einen Tag nachher nichts Anderes geniessen, als kalte Milch, rohe Eier und etwas Eis, und müssen sich dann während einiger Tage aller heissen, festen, stark gewürzten Speisen und aller geistigen Getränke enthalten. Die strenge Einhaltung dieser Diätvorschriften ist aus demselben Grunde auch nach der Operation der adenoiden Vegetationen zu empfehlen. Damit sollen öfter am Tage vorzunehmende Nasenrachen-Ausspülungen resp. Gurgeln mit antiseptischen Lösungen Hand in Hand gehen.

Die bei der Symptomatologie erwähnten Mandeltaschen werden mit einem stumpfen Häkchen — am besten eignet sich dazu ein Schielhäkchen, wie es die Augenärzte gebrauchen — aufgerissen, die vorhandenen Steinchen und Secretpfropfe entfernt und ein antiseptisches Gurgelwasser verordnet.

Geradezu ein Sport wird von manchen Aerzten getrieben mit dem Abschneiden der Uvula. Die Amputation des Zäpfchens ist nur in den seltenen Fällen nöthig, wo es auf die Epiglottis herabhängt und dadurch einen beständigen Reiz ausübt. Am besten geschieht die kleine Operation mit Messer oder Scheere, indem man das Zäpfchen mit einer Pincette fixirt.

Die an der hinteren Rachenwand sitzenden Follikel werden von vielen Aerzten einzeln weggeätzt oder — gebrannt. Dies ist jedenfalls nur dann nöthig, wenn die Follikel Beschwerden verursachen. Gewöhnlich geben dazu nur die auf der Seite sitzenden oder die in den Seitensträngen selbst sich befindenden Veranlassung. Um sie zu beseitigen, genügt meist eine ein- oder mehrmalige Aetzung mit dem Argent. nitr.-Stifte oder Galvanocaustik. Auch die erwähnten Follikel am Zungengrunde, die sogen. Zungentonsille, wird bei Hypertrophie auf diese

Weise verkleinert, wenn die Anwendung adstringirender Mittel nicht zum Ziele führt. Selten sind die Seitenstränge so hypertrophisch, dass es nöthig ist, sie mit Messer oder Scheere zu entfernen, übrigens ein nicht sehr schmerzhaftes und mit mässiger Blutung verknüpftes Verfahren.

Ist der chronische Nasenrachencatarrh nicht durch Hypertrophien, sondern nur durch vermehrte Schleimsecretion verursacht, dann sind zwei Indicationen zu erfüllen, erstens den beständigen Reiz, d. i. den Schleim wegzuschaffen und zweitens die übermässige Bildung desselben zu verhindern.

Ersteres geschieht am besten mit Hilfe der Nasenrachen-Ausspülungen, indem die anzuwendende Flüssigkeit mit einem Löffelchen oder sonst irgend einem geeigneten Gefässchen durch die Nase in den Mund gegossen wird und dadurch den an der Schleimhaut haftenden Schleim wegspült. Es werden zu diesem Zweck verschiedene Lösungen angewandt, die einfachste, sehr zu empfehlende, ist Salzwasser mit oder ohne Zusatz von Glycerin. Wasser allein zu nehmen zum Nasenbad — so nennen wir diese Nasenrachen-Ausspülung — ist nicht zweckmässig, da es die Nasenschleimhaut reizt. Beim Gebrauch dieser Nasenbäder, die täglich ungefähr 3 Mal zu machen sind, ist es von grosser Wichtigkeit, den Patienten einzuschärfen, die Flüssigkeit nicht ganz kalt zu nehmen und eine Zeit lang nach dem Eingiessen Schnenzen der Nase zu vermeiden, da sonst leicht durch Eindringen von Flüssigkeit in das Ohr heftige Mittelohrentzündungen entstehen können. Zur besseren Entfernung der Schleimmassen kann man noch ein Gurgelwasser gebrauchen lassen, das besonders bei Verschleimung der Pars oralis pharyngis gute Dienste leistet.

Die Nasendouche, bei der die Flüssigkeit mit stärkerem Druck einläuft, eignet sich mehr für die intensiv trockensten, mit zähen Krusten und Borken verbundenen Formen, z. B. bei den durch die Rhinitis atroph. sicca verursachten Nasopharyngitiden, da es hier zur Lösung der angetrockneten Schleimkrusten einer gewissen Gewalt bedarf. Man verwendet dazu resolvirende, antiseptische Lösungen, wie Natr. bicarbon., Kali carbon., Natr. chlorat., Kali hypermangan. etc. Doch bei Anwendung der Nasendouche bedarf es noch grösserer Vorsicht wegen der Ohren. Auch hier wird die Flüssigkeit oft zu stark und unter zu starkem Druck angewandt. Am zweckmässigsten ist eine Temperatur von 23—25° R. und eine Höhe, bei der sich der Boden des Behälters der Flüssigkeit nicht höher, als ca. 30 Ctm. über der Nasenöffnung befindet.

Natürlich muss mit dem Gebrauch dieser und der noch zu besprechenden Mittel ein zweckmässiges diätetisches Verhalten Hand in Hand gehen und alles den Hals Reizende vermieden werden, so der Genuss stärkerer Alcoholica, scharfer und sehr gewürzter Speisen, besonders ist auch das Rauchen und Schnupfen von Tabak gänzlich zu untersagen.

Lassen die Beschwerden auf den Gebrauch dieser Mittel nicht vollständig nach, nimmt die Schleimabsonderung nicht ab oder weicht die Trockenheit nicht gänzlich, so gehe man zu den Bepinselungen und Insufflationen über. Zu diesem Zwecke werden eine Menge von Mitteln angegeben und empfohlen, von denen ich nur diejenigen erwähnen möchte, die sich mir beim Gebrauch als zweckmässig erwiesen haben.

Bei stärkerer Röthung und Auflockerung der Schleimhaut eignen sich

am besten adstringirende, resorbirende Mittel. Unter diesen ist jedenfalls das mit Recht verbreitetste und beliebteste die Mandl-Lugol'sche Lösung. Sie besteht bekanntlich aus Jod, Jodkali und Glycerin mit oder ohne Zusatz von Acid. carbol. oder Ol. menth. pip. Je nach der Schwere der Affection hat man verschiedene, gewöhnlich 3 Concentrationen und pinselt 2—3 Mal wöchentlich bis jeden Tag, aber, wie ich nochmals betonen möchte, nicht nur auf die Schleimhaut der Pars oralis, sondern besonders auch in den Nasenrachenraum. Ferner werden als zweckmässig empfohlen Tannin, Arg. nitr., Bismuth., Aluminium und vieles Andere als Insufflation oder zum Pinseln, und in neuerer Zeit von Dr. Fritsch in Berlin die Salze des Sozodol. Da letztere nach meinen Beobachtungen sich gut zu bewähren scheinen, so möchte ich Einiges dazu bemerken. Das Sozodol, das in der chem. Fabrik von Trommsdorf in Erfurt dargestellt wird, wurde zuerst als Ersatz des Jodoform empfohlen und dann von Lassar auf dermatologischem Gebiete mit Erfolg angewandt. Fritsch gebrauchte für den Hals und die Nase die Kalium- und Natriumverbindung in unverdünntem Zustande und das Zinksalz in 5—10facher Verdünnung mit Sacchar. lactis. Besonders in Bezug auf das letztere kann ich Fritsch's Beobachtungen vollständig bestätigen, indem bei den trockenen Formen der chron. Pharyngitis und Laryngitis erhebliche Besserung unter Verflüssigung und Abnahme des Secrets eintrat. Diese günstige Einwirkung scheint mir in hohem Maasse auch eine Verbindung des Sozodol-zink mit Glycerin (1:20), wie ich sie öfters anwende, auf den trockenen Nasenrachencatarrh zu haben.

Wenn die perverse und vermehrte Schleimsecretion ihren Ausgangspunkt in den Taschen und Löchern, den sogen. Recessus des Rachendaches hat, so ist es zweckmässig, diese mit Lapis in Substanz auszuätzen. Aber noch rationeller, besonders bei sehr hartnäckiger Verschleimung, ist das neuerdings von Dr. Kafemann in Königsberg empfohlene Verfahren, der die Recessus erst mit einem scharfen Löffel auskratzt und dann mit Lapis in Substanz ausätzt. Die Blutung ist dabei meist sehr gering, ebenso die Beschwerden, doch kann es zu nachträglichen heftigen Kopf- und Nackenschmerzen kommen. Manchmal ist es indicirt, das Verfahren in einem Zeitraum von 14 Tagen bis 4 Wochen zu wiederholen. In der Zwischenzeit ist es zweckmässig, das Nasenbad und event. ein Gurgelwasser gebrauchen zu lassen, natürlich unter strenger Beobachtung der besprochenen Diätvorschriften. Selbstverständlich müssen derartige Manipulationen am Rachendach unter Leitung des Spiegels ausgeführt werden. Sehr zu empfehlen ist dabei der sich von selbst haltende Gaumenhaken von Krause, in zweckmässiger Weise von Barth und M. Schmidt verbessert, vermittelt dessen es möglich ist, ohne irgend welche Assistenz unter Leitung des Spiegels am Rachendach zu operiren.

Eine besondere Behandlung der Laryngitis sicca ist meist nicht nöthig, da bei Heilung der Pharyngitis die Laryngitis in der Mehrzahl der Fälle von selbst heilt. Nur bei sehr hartnäckigen Formen mit starker Krustenbildung empfiehlt es sich, nach Aufweichung der Borken und Krusten ein adstringirendes Pulver, wie Tannin, Aluminium, Sozodolzink etc. einzublasen.

Die erwähnten catarrhalischen Geschwüre heilen meist sehr schön auf ein- oder mehrmalige Aetzung mit 20 — 50 procentiger Lösung von Acid. lactic., wenn ein zweckmässiges Verhalten, bestehend in Vermeiden vielen Sprechens und reizender Kost etc. damit verbunden wird.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Der Menière'sche Schwindel und die halbcirkelförmigen Canäle.

Von Prof. Steiner. (Deutsche Med. Wochenschr. No. 47, 1889.)

St. hat durch eine Reihe von Versuchen den Nachweis geliefert, dass beim Haifisch sämtliche häutigen Bogengänge entfernt werden können, ohne dass es zu irgend welchen Gleichgewichtsstörungen zu kommen braucht, nur muss der Versuch rein sein, d. h. bei demselben jegliche Zerrung des Acusticus, sei es der um die Otolithensäckchen gelegenen Endverzweigungen oder seines Stammes, vermieden werden, anderenfalls dieselben Zwangsbewegungen (Roll- oder Kreisbewegungen) auftreten, wie solche an höher entwickelten Wirbelthieren (ausnahmslos bisher) bei der Verletzung sämtlicher halbcirkelförmiger Canäle (—) beobachtet worden sind. St. schliesst aus obiger, beim Haifisch constatirter Thatsache, dass auch bei den übrigen Wirbelthieren keine Beziehungen zwischen den Canales semicircul. und der Erhaltung des Körpergleichgewichts bestehen. Diese Annahme findet bekanntlich in den Experimenten anderer Autoren (Böttcher, in letzter Zeit Ewald) eine gewisse Stütze; die jüngst von Breuer gemachten Mittheilungen dagegen, denen zufolge die verschiedensten, auf die häutigen Bogengänge applicirten Reize jedesmal eine Bewegung des Kopfes in der Ebene des gereizten Canales auslösen, bilden nach der Darlegung St.'s insofern keinen Gegenbeweis, als aus denselben lediglich hervorgehe, „dass Reizungen der Bogengänge die Bewegungen des Thieres beeinflussen können, nicht, dass die Bogengänge für die Erhaltung des Gleichgewichts nothwendig und unentbehrlich sind“. Zur Erklärung der Richtung der Kopfbewegungen in der Ebene des gereizten Canals recurirt St. auf den von Munk für die Retina gelieferten Nachweis als Analogon, dass nämlich die einzelnen Abschnitte derselben ganz bestimmten Bezirken im Gehirn zugetheilt sind; „nach Breuer würde dasselbe auch für den Endapparat des Hörnerven zu gelten haben“. Zum Schluss betont Verf., dass mit dem Hinfall der Goltz'schen Theorie auch für die Deutung des Menière'schen Schwindels als einer Affection der Bogengänge der Boden entzogen sei, dieselbe vielmehr auf Läsionen im Gehirn oder seiner Häute oder in geänderten Druckverhältnissen beruhe. Keller.

Ueber den Einfluss der Seeluft auf Ohrenleiden. (De l'influence de l'air de la mer sur les maladies de l'oreille.) Von Dr. Moure. (Revue de laryngologie etc. No. 6, 1889.)

Gestützt auf grosse eigene Erfahrung glaubt M. nicht blos den Seebädern, sondern auch der Seeluft einen ungünstigen Einfluss auf schon

bestehende oder in der Entstehung begriffene Ohrleiden zuschreiben zu müssen; die Eczeme des Gehörganges zeigen fast regelmässig eine Verschlimmerung, desgleichen die secernirenden Mittelohraffectionen, nicht selten werden schleimige Otorrhöen eitrig, die Ohrgeräusche nehmen zu mit oft beträchtlicher Hörverminderung; besonders zeigt sich dieser ungünstigen Einfluss bei Kindern mit adenoiden Vegetationen oder Hypertrophien der Muschelschleimhäute. Als schädliche Momente führt M. an die Uebersättigung der Seeluft mit Wasserdampf, wechselnd je nach der Lage des Bades und Windrichtung, sodann den oft jähen Witterungs- und Temperaturwechsel, die Anhäufung der Luft mit Electricität (Gewitter sind an der Küste häufiger, als auf hoher See). Im Gegensatz zur Küste möchte M. die Luft auf offenem Meere im Allgemeinen bei Ohrleiden für weniger schädlich halten.

Keller.

Ein neuer Fall von periodisch wiederkehrenden Ohrenblutungen bei unperforirtem Trommelfell und hysterischer Person. Von Dr. Giuseppe Gradenigo. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd XXVIII, Heft 1 und 2.)

Bei einer Hysterica, die G. zuerst wegen Otagie und Anästhesie des Acusticus, sowie beiderseitigen chron. Mittelohrcatarrhes behandelte, traten kurz vor einer Menstruation Blutungen aus dem rechten Ohre auf, die sich nach 3 Tagen wiederholten, deren Quelle aber nicht aufzufinden war. 7 Monate später sah G. die Patientin, die seit 4 Monaten nicht mehr menstruirte, wieder; seit einem Monate hatte sie 2—3 Mal täglich zu bestimmten Zeiten Stiche, Wärmegefühl im Gehörgange und dann erfolgte Blutträufeln.

G. fand fast normale Hörweite, das Trommelfell intact, nur gelblich von chronisch-catarrhalischer Otitis. Im Gehörgange waren Blutkrusten, nach deren Entfernung 6 — 8 röthliche, stecknadelkopfgrosse Punkte an der hinteren unteren Wand des knöchernen Gehörganges zum Vorschein kamen. Borspiritus brachte vollständige Heilung. Dass Mittelohrcatarrh vorhanden war, könnte nach G.'s Meinung als praedisponirendes Moment für die Localisation der Hämorrhagie betrachtet werden.

Gomperz.

Zur Kenntniss der sogenannten spontanen Dehiscenzen im Dache der Paukenhöhle. Von Dr. Otto Körner. (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXVIII, Heft 3.)

Anknüpfend an seine frühere Arbeit*), in welcher der Autor darauf aufmerksam machte, dass der Boden der mittleren Schädelgrube bei Dolichocephalen durchschnittlich höher über dem Gehörgang liege, als bei Brachycephalen, da die Knochenschichte zwischen Gehörgang und mittlerer Schädelgrube bei ersteren durchschnittlich dicker ist, erwähnt K., dass es sich ebenso mit der Dicke der knöchernen Decke der Paukenhöhle verhalte. Ferner hat K. bei 131 Schädeln gefunden, dass unter den 39 Dolichocephalen keiner, unter den 92 Brachycephalen 9 Dehiscenzen am Tegmen tympani proprium aufwiesen. Bei einem Schädel war die Abnormität beiderseits vorhanden.

Knochenlücken, die nicht direct in die Paukenhöhle, sondern in

*) Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. XIV, Seite 212.

andere Hohlräume des Schläfenbeines führen, fanden sich bei den 39 Dolichocephalen 7 Mal (2 Mal beiderseits), bei den 92 Brachycephalen 16 Mal (7 Mal beiderseits), also bei beiden Typen gleich oft vor. Die Dehiscenzen, die in Knochenzellen führen, welche unmittelbar über dem äussersten Theile des Gehörganges gelegen sind, finden sich auch nur bei den Brachycephalen. Diese sind daher nach K.'s Untersuchungen im Falle einer Mittelohrentzündung nicht nur durch den Tiefstand der mittleren Schädelgruben und stärkere Vorlagerung des Sinus transversus, sondern auch durch das häufigere Vorkommen der Dehiscenzen am Tegmen tympani mehr gefährdet, als Dolichocephalen. Gomperz.

Syphilis der Paukenhöhle. Von Dr. W. Kirchner. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XXVIII, Heft 3.)

K. konnte die Schleimhaut der Paukenhöhle und deren innere Wand von einem Syphilitischen microscopisch untersuchen, der durch längere Zeit an seiner Poliklinik wegen heftiger Otagien und mässiger Schwerhörigkeit in Folge serösen Catarrhes behandelt worden war und später durch Suicidium endete. Die Dicke der Mucosa war ziemlich normal, um die Gefässe zeigte sich kleinzellige Infiltration, auch die Gefässwandungen waren kleinzellig infiltrirt. Daneben fand sich an den grösseren Gefässstämmchen bedeutende Verengung des Lumens durch Endarteriitis syphilitica. An den periostalen Schichten der Mucosa fanden sich am Promontorium linsenförmige Knochenneubildungen, ebenso in einigen Havers'schen Canälen. Im Knochen der inneren Wand fanden sich grössere und kleinere Hohlräume, in den in diese führenden Gefässen stellenweise Obliteration und Erfüllung mit Pigmentkörnchen. Es boten sich demnach Erscheinungen, wie sie einem früheren Stadium der syphilitischen Paukenhöhlenerkrankung zukommen. Die Erkrankung des Periostes und der Gefässe dürfte nach K. veranlassend für die intra vitam beobachteten Otagien gewesen sein. Gomperz.

b) Rhinologische:

Ein Instrument zur Behandlung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. Von Dr. Corrado Corradi in Verona. (Archiv für Ohrenheilk. Bd. XXVIII, Heft 1 und 2.)

Corradi beschreibt einen fingerhutartigen Eisenring zum Zerquetschen von Resten adenoider Vegetationen nach der Operation mit schneidenden Instrumenten, der an seiner breiteren, beim Aufstecken an den Zeigefinger auf dem Nagel sitzenden Seite 13 in drei Reihen stehende, von innen nach aussen ausgeschlagene Löcher besitzt. Mit diesem kleinen Reibeisen soll der Zeigefinger die adenoiden Vegetationen bearbeiten. Gomperz.

Perforationen des Septum narium. (Morbid Perforations of the Nasal Septum.) Von A. B. Thrasher, Cincinnati. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 26. October 1889.)

Bericht von 16 Fällen von Perforation des Septums, von denen der grössere Theil nicht syphilitischen Ursprungs war. Die meisten ver-

ursachten keine Beschwerden und erforderten eine höchst einfache Therapie. Die Prognose war in diesen Fällen auch ohne Behandlung eine gute.

W. Fr.

Therapie des chronischen Nasencatarrhs. (The Treatment of Chronic Nasal Catarrh.) Von C. F. Mc. Gahan, Chattanooga Tenn. (The Times and Register, 9. November 1889.)

Ausspülung der Nase und Entfernung von allem vorhandenen Schleim. Dann Spray mit Vaselineöl und Jod resp. Carbonsäure. Verf. benutzt hierzu den Apparat von De Vilbiss, der sehr bequem zu handhaben ist. (Er hat ein nach allen Richtungen verstellbares Endstück, so dass die Flüssigkeit unter leicht zu regulirendem Druck in alle Theile der Nase hineingelangen kann. Ref.) Darauf legt Verf. einen Watte-Tampon ein, der mit Glycerin und Wasser (1:4, später ää) getränkt ist. Frische Luft, tonisirende Diät und Abhärtung durch kalte Abwaschungen unterstützen die Cur.

W. Fr.

Ein frühes Stadium der Rhinolithenbildung. Demonstration eines Präparates in der Deutschen Medicin. Gesellschaft von New-York, Sitzung vom 7. October 1889. Von A. Schapringer. (Medicinische Monatsschrift [New-York], November 1889.)

S. demonstirte einen aus der linken Nasenhöhle eines 5jährigen Mädchens entfernten Fremdkörper, an welchem das Anfangsstadium der Rhinolithenbildung zu erkennen ist. Die Mutter hatte das Kind zu S. gebracht, weil es seit mehreren Monaten angeblich an „Catarrh“ der Nase litt. Aus dem linken Nasenloch quoll bräunlich missfarbiges, übelriechendes Secret hervor, während die rechte Seite normal war. Die Einseitigkeit der Krankheitserscheinungen legte es sofort nahe, dass es sich wohl um die Anwesenheit eines unbemerkt eingeführten Fremdkörpers handeln mochte. Nach Abspülung des Secrets war auch richtig die vorliegende Oese eines Schuhknopfes zu erkennen. Bei der Extraction desselben zeigte es sich, dass der Fremdkörper, welcher augenscheinlich schon einige Monate in der Nase gelegen hatte, von Granulationen umwachsen war, welche ihn zum Theil fixirten. An einer Stelle war an dem vorgezeigten Präparate ein eingetrockneter Granulationsrest zu sehen. Sonst bemerkt man an demselben einen dünnen, unregelmässigen, hellbraunen, erdigen Beschlag, welcher offenbar ein frühes Stadium der Rhinolithenbildung vorstellt und wahrscheinlich aus Kalk und Magnesiaphosphat, den gewöhnlichen Bestandtheilen der Rhinolithen, zusammengesetzt ist.

A. Sch. (N.-Y.).

Ein Fall von professioneller Rhinitis. (Un cas de rhinite professionnelle.) Von Dr. A. Cartaz. (France médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Nachdem Verf. die Arbeiten der Hygieniker und Dermatologen über die betreffende Frage durchgegangen, erzählt er einen Fall, wo ein Arbeiter, der lange mit arsenik- und arsensaurem Kupferoxyd arbeitete, Nasengeschwüre an den Muscheln und am Septum mit Durchbruch und endlich eine Nasendeformation, ebenso wie bei tertiärer Syphilis, bekam; verschiedene Aerzte hatten das Leiden auch für Syphilis erklärt, aber die

specifische Behandlung blieb erfolglos. Aufgabe des Geschäftes und locale Behandlung brachten Heilung. Zur Differential-Diagnose sei angegeben, dass diese professionelle Rhinitis von aussen nach innen geht.

Dr. P. K.

Behandlung der atrophischen Rhinitis und der Ozaena. (Sur une nouvelle méthode de traitement de la rhinite atrophique et de l'ozène.) Von Dr. A. Ruault. (Archives de laryngologie und Revue mens. de laryngol. et d'otologie No. 13, 1889.)

Nasendouchen, Natron bicarbonicum-Lösung, Entfernung der Krusten mit der Pincette, wenn nöthig, Bepinselungen mit Naphtol 1, Campher 2, Vaselini quantum satis; Einathmungen durch die Nase mit Ol. Vaselini mit Antisepticus; Anfangs täglich 2 Einspritzungen, bald wird blos eine Irrigation mehr nöthig und man ersetzt letztere durch eine Inhalation von Tinct. benzoë, einen Kaffeelöffel voll mit 100 Grm. Wasser vermischt.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Nasopharyngealtuberculose. (Note sur un cas de tuberculose nasopharyngienne.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngologie und Revue mens. de laryngol. et d'otologie No. 13, 1889.)

Schleimig-eitriger Nasenausfluss, Nasenverstopfung, Schlingbeschwerden. Hinter dem linken Arcus palatopharyngeus ein kleines tuberculöses Geschwür; an der innern Fläche der unteren Nasenmuschel ebenfalls ein tuberculöses Geschwür, linksseitige Infiltration der Lunge, Orchitis tuberculosa. Auskratzen und Ausbrennen der Geschwüre. Locale Heilung. Man soll solche Geschwüre gleich von Anfang an chirurgisch behandeln.

Dr. P. K.

Verhältniss der Nasalleiden der äusseren Haut und der inneren Mucosa. (Des relations des affections cutanées du nez et des affections profondes des fosses nasales.) Von Dr. Arnozan. (Association française scientifique und Ann. de maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Es kann ein intimer Causalnexus zwischen äusseren und inneren Nasenleiden bestehen; 2) die Untersuchung der Nasenhöhle und deren eventuelle Behandlung ist Hauptbedingung zur Heilung äusserer Nasenleiden.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Anatomie und Physiologie der Nervi recurrentes. (Anatomie et physiologie des nerfs recurrents laryngés.) Von Dr. Franklin Hooper. (9. Congrès de l'Association de laryngologie américaine und Ann. des maladies du larynx No. 10, 1888.)

Von Galenus entdeckt, machen sie nicht umsonst ihren so complicirten Weg zum Larynx; sie werden durch die embryonale Anlage mit den grossen Gefässen nach unten mitgerissen. Stedman, Hart, Swan, Hilton, Meckel, Darenberg haben die ersten Arbeiten über die Recurrentes geliefert. Sie bestehen gleich Anfangs im foetalen Leben,

sind Anfangs horizontal und gehen direct vom Vagus zum Larynx; erst wenn später das Herz sich in den Thorax senkt, werden die Recurrentes mit fortgerissen. Die Cervicalgegend nämlich entsteht aus fünf Paar Branchial- (Kiemen-) Bögen; von diesen fünf Paar Bögen bestehen nur mehr zwei Bögen bei der Geburt; der vierte links ist durch den Aortenbogen, der vierte rechts durch die Art. subclavia dextra gebildet; die beiden Recurrentes gingen beim Foetus unter jedem fünften Bogen durch; da aber bei der Geburt der fünfte Bogen links (der Canalis arteriosus) verschwindet, so geht der linke Recurrens unter dem vierten Arcus links, d. h. unter dem Arcus aortae; da auch rechts der fünfte Bogen gänzlich verschwindet, so geht der rechte Recurrens unterhalb dem vierten Arcus rechts, d. h. unter der Arteria subclavia dextra. Das Herz und der Aortenbogen liegen Anfangs, wie Huxley beschreibt, unter der Mitte des Kopfes und senken sich erst später bis tief in den Thoraxraum; daher der eigenthümliche Verlauf der Recurrentes und die ausserordentliche Länge der Carotiden.

Verf., nachdem er über die Anastomose zwischen Laryngeus superior und recurrens (Anastomose von Galenus) weitläufig gesprochen, beweist, dass der Recurrens sensible Fasern enthält.

Was die Physiologie der Recurrentes betrifft, so behauptet Verf., dass der von Hippocrates gethane Spruch: „Das Experimentiren ist täuschend und der endgiltige Entschluss ist schwer“ noch heute seine Wichtigkeit hat. — Nachdem Verf. die Geschichte der Physiologie der Recurrentes im Einzelnen durchgegangen, kommt er zu seinen eigenen Experimenten. Im Larynx kann man drei Functionen unterscheiden: a) Muskel, welche die Respiration besorgen, b) Sphincteren, welche den Larynx den Fremdkörpern gegenüber schliessen und welche beim Brechen, Husten, Niesen, Defécation wirken, c) Muskel, welche beim Phoniren wirken. Der Recurrens enthält also verschieden wirkende Nervenfasern, welche zu isoliren unmöglich ist. Dass die Reizung des Nerven ein Mal Schliessung, das andere Mal Oeffnen, ein drittes Mal alternirendes Oeffnen und Schliessen der Glottis hervorbringt, beweist schon an sich allein, wie schwer es ist, Thierexperimente auf den Menschen zu übertragen. Schon Douglas Powell hat bewiesen, und des Autors Experimente stimmen damit überein, dass dieselben Resultate der Reizung sich bei verschiedenen Thieren nicht gleich bleiben: Bei Hunden schliesst die Glottis sich, während sie bei Katzen sich unter denselben Verhältnissen öffnet; derselbe Unterschied macht sich fühlbar, mag man den unversehrten Nerven in seinem Verlaufe oder dessen abgeschnittenes peripheres Ende reizen. Um auf den Menschen aus diesen Experimenten schliessen zu dürfen, müsste man wissen, welchem Thiere der Mensch am nächsten steht, oder man müsste an dem Menschen selbst experimentiren können. Wir haben nur eine Zahl von Experimenten, welche Dr. W. W. Keen an einem Hingerichteten ausgeführt hat; diese und andere pathologisch - anatomische Beobachtungen stimmen darin überein, dass Reizung der Recurrentes beim Menschen Schliessen der Glottis bewirkt; die Experimente von Gerhardt, Pauly, Quincke, Kapla, Rossbach und Erb sind zweifelhaft, kommen aber darauf heraus, dass durch Reizung Adductorenverschluss eintritt.

Unterwirft man aber den Hund der Aethernarcose, so bringt Reizung des Recurrens Oeffnung statt Schliessung der Glottis; Aether scheint also

beim Hunde auf die Constrictoren selbst oder auf die Nerven oder auf beide so zu wirken, dass die Constrictoren ihrer Contraction beraubt werden und die Dilatatoren allein wirken. Die Experimente von Semon und Horsley stimmen mit denen Verf.'s in diesem Punkte überein; es wurden immer sehr schwache Ströme angewandt; mithin musste die Functionsunfähigkeit der Constrictoren dem Aether zugeschrieben werden; Chloroform, Morphin und Chloral wirken ebenso, aber langsamer. Verf. giebt die Beschreibung seines Apparates, den er gebrauchte, und giebt das Bild eines dem Aethereffect unterworfenen Hundes. Nach seinen in allen Richtungen genau ausgeführten, zahlreichen Operationen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Beide Recurrentes sind rein motorischer Natur; 2) ihre Wirkung auf den Larynx ist nicht bei allen Thieren dieselbe; 3) sie schliessen die Glottis beim Hunde und öffnen selbe bei der Katze; 4) beim Hunde drehen grosse Dosen Morphin und kleine Dosen Aether die Wirkung um; 5) der Aethereffect ändert sich je nach der Empfänglichkeit des Thieres, nach der Quantität des absorbirten Aethers oder Morphiums und nach der Stärke des Stromes; 6) bei kleinen Dosen Aether bringt die Reizung beim Hunde a) Vibrationen der Glottis, b) Schliessung der Glottis, bei grösseren Dosen Aether je nach der Stärke des Reizes a) Vibrationen der Glottis, b) totale Erweiterung, c) combinirte Oeffnung und Schliessung, d) totale Schliessung; 7) mit kleinen Dosen Chloral, Morphin, Chloroform ist die Recurrenzreizung beim Hunde dieselbe, wie bei kleinen Aetherdosen, nämlich Vibration und Schliessung; 8) die combinirte Glottisbewegung kommt bei Hunden vor, wenn kleine Dosen anderer Gifte, als Aether, gegeben werden; 9) bei Katzen dreht der Tod den normalen Einfluss der Recurrentes um. 5—20 Minuten nach dem Tode bringt Recurrenzreizung Schliessung der Glottis, während selbe während des Lebens Erweiterung bewirkt.

Dr. P. K.

Diagnose und Therapie der Empyeme des Antrum Highmori. (Diagnosis and Treatment of the Abscess of the Antrum.) Von J. H. Bryan, Washington. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 5. Oct. 1889.)

Vier Factoren sind es, die B. in der Aetiologie dieser Leiden hervorhebt: 1) Trauma; 2) acute Infections-Krankheiten (Masern, Scharlach, Pocken); 3) Syphilis; 4) Ausbreitung einer Entzündung von der Nase, 5) einer solchen von den Zähnen. Er glaubt, dass der sogen. Hydrops antri von der Nase fortgeleitet sei, das Empyem hingegen von den Zähnen. Es giebt 4 Möglichkeiten der Entstehung von Eiter im Antrum: 1) durch Fremdkörper (Nasenpolypen mit eingeschlossen); 2) durch Knochen-Erkrankungen; 3) durch Secretion von Eiter vom Antrum selbst und 4) vom Sinus frontal. und den Cellulae ethmoidal. anter. Wenn nach der Entfernung von Nasenpolypen eine Eiterung fortbesteht, so kann sie nur vom Antrum oder Sinus front. kommen. Die Differential-Diagnose ist schwer. Verf. empfiehlt die Probepunction nach Moritz Schmidt. Er bespricht ferner die verschiedenen bekannten Methoden, das Antrum zu eröffnen, ohne sich aber für eine bestimmt auszusprechen, und berichtet schliesslich noch 4 von ihm operirte Fälle.

W. Fr.

Tonsillitis. Von G. F. Boucsein, Baltimore. (The Amer. Journ. of the Med. Sciences, October 1889.)

B. machte folgende unangenehme Erfahrung an einem Patienten. Eine Frau erkrankte an Tonsillitis. 4 Tage darauf erkrankte auch ihr 7jähr. Sohn, und zwar an Tonsillitis follicularis. Hohes Fieber — Delirien. Trotzdem konnte der kleine Patient am 6. Tage geheilt entlassen werden. Genau nach 3 Wochen in der Zwischenzeit waren keinerlei Symptome bemerkt worden — Anschwellung der Beine und des Gesichts. Exitus letalis im Coma. — Seit dieser Zeit richtete Verf. sein Augenmerk auf derartige Fälle und er summirt seine Erfahrungen in Folgendem: Unter 43 Patientin waren 5 im Kindesalter, 26 männlich, 17 weiblich. Bei 6 liess sich Heredität nachweisen. In 9 Fällen erwies sich die Krankheit als contagiös, wie z. B. bei einem 25jährigen Manne. Derselbe erkrankte an Tonsillitis. Am 3. Tage erkrankte auch sein Bruder, der ihn gepflegt hatte. Seine Braut, die ihm zum Abschied einen „gehörigen Kuss“ gegeben hatte, erkrankte am folgenden Abend und von ihr bekam auch ihre Schwester Tonsillitis. — Erwähnenswerth ist ferner folgender Fall: Ein Brauer erkrankt an acuter Tonsillitis follic. Einer seiner Mitarbeiter besucht ihn und schneidet sich zufällig in die linke Hand. Er ergreift den nächstliegenden Gegenstand: das Taschentuch seines Freundes, und wischt sich damit das Blut ab. Am darauffolgenden Tage erkrankt auch er an Tons. foll. Seine linken Axillardrüsen waren geschwollen und schmerzhaft. — Albuminurie constatirte B. 5 Mal, acute Nephritis noch ein Mal ausser dem oben citirten Fall. Orchitis und Ovaritis sah er nicht, Rheumat. articul. ein Mal. In einem Falle, wo es B. nicht gestattet wurde, einen Abscess zu öffnen, der später aber von selbst aufging, starb Pat. plötzlich an Oedem der Epiglottis. — Die Differential-Diagnose zwischen Diphtherie und Tonsillitis foll. machte oft Schwierigkeiten und Verf. stimmt mit Denen überein, die stets sicher gehen, indem sie jeden Fall von Tons. foll. isoliren, als ob es Diphtherie wäre.

W. Fr.

Tuberculose des Mundes. (Buccal Tuberculosis.) Von C. E. Bean, St. Paul. (The New-York Med. Journ., 14. Septbr. 1889.)

Bericht zweier Fälle. In dem ersten, der einen 32jährigen Farmer betraf, erstreckte sich die Ulceration von der Spitze der Zunge bis zur Mitte der rechten Seite. Daneben weit vorgeschrittene tuberculöse Prozesse im Larynx und in den Lungen. Im zweiten Falle, dem einer Frau, reichte die Ulceration von der Spitze der Zunge entlang der rechten Seite derselben über den unteren Theil der Tonsille bis zur hinteren Pharynxwand an der rechten Seite. Die Lungen waren auch hier sehr stark afficirt, so dass Patientin nur noch 2 Monate lebte. — Mit der Milchsäure erzielte B. hier eben so wenig wie im Larynx irgend welche Erfolge. (Dass die Milchsäure hier nicht mehr wirken konnte, wird wohl Jeder einsehen. In weniger vorgeschrittenen Fällen aber hat die Krause'sche Methode in den Händen vieler Laryngologen Ausgezeichnetes geleistet. Ref.)

W. Fr.

Eiterung des Sinus maxillaris und Heilung durch Argent. nitricum.

(Suppuration du sinus maxillaire traitée par des cautérisations au nitrate d'argent.) Von Dr. Astier. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Verf. verwirft den Rath Schiffers', das Antrum Highmori durch die Nase zu sondiren; man soll den betreffenden Zahn ausziehen, perforiren und inwendig mit Höllenstein ausbrennen; Verf. heilte so seine Patienten.

Dr. P. K.

Acute folliculäre Glossitis. (Acute follicular Glossitis.) Von David Fleischmann, Albany. (Albany Med. Annals, Septbr. 1889.)

Während die chronische Erkrankung der sogen. Zungentonsille eine häufige und wohlbekannte Erscheinung sei, hätte man die acute Form derselben noch nicht genau studirt. Verf. selbst beobachtete sie in 16 Fällen. Die Dauer betrug 2—3 Wochen. Die pathologischen Erscheinungen sind ähnlich denen der chron. Form, nur viel schwächer.

W. Fr.

Neue Untersuchungen über das Bestehen eines Corticalcentrums für den menschlichen Kehlkopf. (Communication sur de nouvelles recherches sur l'existence d'un centre cortical moteur du larynx humain.) Von Dr. Bryson Delavan. (Société de laryngol. d'Amerique, Septembre 1888 und Revue laryngol. No. 6, 1889.)

Verf. glaubt, dieses Centrum liege in der Gegend der dritten Brocaschen Gehirnwindung und beruft sich auf die Meinung von Londoio und Garet.

Dr. P. K.

Laryngitis haemorrhagica. (Haemorrhage from the Larynx.) Von William Porter, St. Louis. (The N.-Y. Med. Journ., 21. Septbr. 1889.)

P. ist nicht der Ansicht, dass Larynx-Blutungen stets in Folge von Lungen-Affectionen auftreten, in den meisten Fällen seien sie vielmehr rein localer Natur. Er sucht dies durch die in der Literatur angesammelten Fälle, wie durch eigene 4 Beobachtungen zu beweisen. Von diesen seinen 4 Fällen wurden 3 vollständig gesund durch entsprechende Behandlung des Larynx und zeigten auch fernerhin keinerlei Symptome von Phthisis. Bei dem vierten Fall hingegen entwickelte sich später Phthisis und zwar nicht an der Spitze, sondern zuerst entsprechend dem dritten vorderen, rechten Intercostalraum. Verf. glaubt, dass dieselbe erst in Folge der durch die Larynxblutungen entstandenen allgemeinen Schwächung hervorgerufen worden sei.

W. Fr.

Zwei Fälle von Paralyse des Larynx nebst Bemerkungen. (Two Cases of Laryngeal Paralysis, with a Consideration of the Points involved.) Von Jonathan Wright, Brooklyn. (The N.-York Med. Journ., 28. Septbr. 1889)

1. Fall: Paralyse der linken Zungen- und Larynxhälfte, Atrophie der linken Zungenseite. Daneben leichtere paralytische Erscheinungen des Gesichts und weichen Gaumens (links), welch' letztere auf eine anti-luetische Kur (bis 15 Gr. Jodkal. pro die!) zurückgingen. Die anderen Erscheinungen aber: Paralyse der Zunge und des linken Stimmbandes,

hatten sich nach einem Jahre gar nicht geändert. 2. Fall: Paralyse des linken Stimmbandes, des gleichseitigen M. sterno-cleido-mast. und trapezius. 2 Jahre später: Spitzencatarrh links, Larynxkrisen u. s. w. Keine Besserung.

Im Anschluss an diese Krankengeschichten bespricht Verfasser die wesentlichen bis jetzt erschienenen Arbeiten auf diesem Gebiete und schliesst sich im Allgemeinen der bekannten Ansicht Krause's, wonach wir es in solchen Fällen mit einer Contractur der Adductoren zu thun haben, an, ohne jedoch auch kleine Schwächen derselben zu verschweigen. So kann es sich Wright nicht erklären, wieso die Stimmbänder trotz des supponirten Spasmus bei der Respiration meist schlaff sind. Die Details dieses interessanten Artikels sind im Originale nachzulesen.

W. Fr.

Intubation bei Diphtherie. (Intubation for Diphtheritic Laryngitis.)

Von J. Ambrose Johnston, Cincinnati. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 15. October 1889.)

Aufzählung der Vorzüge der Intubation gegenüber der Tracheotomie und Bericht von 8 intubirten Fällen, von denen 6 erfolgreich waren, und dieses in den Händen eines Arztes, der nie speciell mit Laryngologie sich befasst hat.

W. Fr.

Therapie des Larynxcarcinom. (Des indications thérapeutiques du cancer laryngé.) Von Dr. Schwartz. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Revue de laryngol. No. 5, 1889.)

Gleich nach sicher gestellter Diagnose soll die tiefe Tracheotomie gemacht werden, um den Larynx seiner Functionen zu entbinden. Dann je nach dem Sitze, der Natur und dem Verlauf des Carcinoms lässt man die einseitige Resection folgen, nachdem man zwischen der ersten Tracheotomie und der Radicaloperation den Kranken an das Tragen einer Tamponcannüle gewöhnt hat. Ist das Carcinom weicher und diffuser Natur, verläuft es rasch, ist also die Prognose quoad vitam schlecht, so soll man der Umgebung das pro und contra der Operation zeigen. Die Radicaloperation nämlich läuft ausser den Gefahren einer schweren Operation noch die der Recidive; der Chirurg ist immer in einer schiefen Stellung: das Temperament des Operateurs und des Patienten, sowie das der Familie des Letzteren kommen immer in Betracht. Ist der Kehlkopf von Neoplasma durchbrochen, so soll man nicht mehr operiren, sondern bloß symptomatisch behandeln.

Dr. P. K.

Ueber Krebs der Schilddrüse. (Du cancer du corps thyroïde.) Von Dr. Albertin. (Province médicale 1888 und Revue de laryng. No. 5, 1889.)

Das eigentliche Carcinoma ist die häufigste Form von Krebs der Schilddrüse. Rasches und continuirliches Wachsen, normale Hautdecken, Verschmelzen der benachbarten Lymphdrüsen mit dem Tumor, spontane Schmerzen, Verwachsen mit der Umgebung und dadurch bedingte Druckerscheinungen auf Nerven, Gefässe, Trachea und Oesophagus. Behandlung soll nur symptomatisch sein.

Dr. P. K.

**Zwei Fälle von Larynxstenose, durch Selbstmordversuch hervor-
gebracht und durch Dilatation mit Erfolg geheilt.** (Deux cas de
sténose laryngée complète produite par des tentatives de suicide
et traitée avec succès à l'aide de la dilatation.) Von Dr. David
Newman. (Revue mensuelle de laryngol. No. 3, 1889)

In beiden Fällen war der Schnitt quer unter der Cartilago cricoidea
geführt und die Trachea gänzlich vom Larynx getrennt worden. Eine
eingeführte Canüle rettete das Leben, hinterliess aber totale Stenose.
Mittelst einer sehr dünnen Sonde wurden nach und nach eine grössere
Zahl Fäden vom Munde aus durch die Trachealwunde herausgeführt, bis
man endlich einen Catheter No. 10 durchführen konnte. Nachher konnte
man erst ein Dilatatorium einführen und Patienten wurden geheilt.

Dr. P. K.

Kehlkopfverengung. (Rétrécissement du larynx) Von Dr. Louis
Secrétan. (2. assemblée générale des médecins suisses à Lausanne, 26. Mai
1888 und Revue de laryngol. No. 5, 1889.)

Zwei Larynxstenosen, welche nach Laryngotyphus zurückgeblieben
und mit kaltem Wasser behandelt worden waren; die Verengung war
in beiden Fällen durch Narbengewebe und Ancylose der Cricoarytenoidal-
gelenke bedingt. Beide Fälle wurden mittelst der Schrötter'schen
Dilatationsmethode geheilt.

Dr. P. K.

Chloroform und Tracheotomie. (Chloroforme et trachéotomie.) Von
Dr. Loumeau. (Société de méd. et de chir. de Bordeaux und Revue de la-
ryngol. No. 4, 1889.)

Ein 5jähriges Kind wurde wegen Larynxdiphtheritis von Monod
und Loumeau tracheotomirt. Die Operation wurde nach den Regeln
der Chirurgie ausgeführt, es kam kein Zwischenfall, aber nach ein-
geführter Canüle athmete das Kind nicht mehr; trotz eingeleiteter künst-
licher Athmung starb das Kind nach 5 Minuten; die Aerzte schreiben
der durch das Chloroform aufgehobenen Reflexthätigkeit der Trachea den
üblen Ausgang zu. Man soll bei schweren Fällen, namentlich bei Kindern,
nicht chloroformiren.

Dr. P. K.

Beschreibung einer abgeänderten Kehlkopfausschneidung. (Descrip-
tion of a modified laryngectomy.) Von S. Solis-Cohen, M. D.
(New-York med. Journal, 18. Juni 1887.)

Von der Ansicht ausgehend, dass die bösartigen Neubildungen selten
oder sehr spät erst in die Knorpel eindringen, sucht Verf. den Schild-
knorpel bei theilweiser Ausschneidung des Kehlkopfes zu erhalten. Die
nähere Beschreibung ist im Original nachzulesen. Die Spaltung macht
er mit je einem Schnitte zur Seite des Adamsapfels. Die Vortheile sollen
sein: eine raschere Ausführung, eine kleinere Wunde, Erhaltung der
Muskelansätze im Schildknorpel, Erhaltung für den Schluckact wichtiger
Gebilde und eine natürliche feste Stütze für künstlichen Ersatz des Kehl-
kopfes. (Früher war Verf. für Tracheotomie bei Krebs. Ref.)

Dr. M. Schm.

2 Fälle von idiopathischem Larynxabscess. (Deux cas d'abcès intralaryngés idiopathiques.) Von Dr. G. Mac-Donald. (The Lancet, September 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1888.)

Ein 40jähriger Patient bot alle Symptome eines linksseitigen acuten Larynxabscesses dar. Mit dem Mackenzie'schen Larynxmesser wurde viel Eiter entleert und der Kranke heilte. Ein 38jähriger Patient bot die bekannten Symptome eines rechtsseitigen, intralaryngealen Abscesses dar. Ein Schnitt genügte, um den Eiter zu entleeren, und Patient heilte.

Dr. P. K.

Einige ungewöhnliche Erscheinungen bei Larynxtuberculose. (Some Unusual Manifestations of Tuberculosis of The Larynx.) Von Clarence C. Rice (N.-Y.). (N.-Y. Med. Journ., 31. Aug. 1889.)

1. Patient mit unsicherer Anamnese in Bezug auf Lues, zeigte einen Defect an der Epiglottis, wodurch mehr als die Hälfte derselben zerstört war. Im Verhältniss dazu nur geringe Veränderungen im Larynx. Infiltration der Lungen. Durch eine antiluetische Behandlung heilten die zahlreichen Ulcera der Epiglottis, die früher bestandene ödematöse Schwellung der Aryknorpel persistirte jedoch. Nach einigen Monaten Wiedererkrankung und bald darauf exitus let. an Phthisis pulmonum. Hier waren also die tuberculösen Erscheinungen im Larynx durch syphilitische verdeckt.

2. Fall. 40jähriger Patient mit Dyspnoë und leichten Ulcerationen im oberen Larynx, zeigte den ganzen Interarytaenoidealraum ausgefüllt mit einem papillomatösen Tumor, wie man solche zuweilen bei Tuberculose und Syphilis sieht. Ebenso entsprangen von den Seiten des Larynx seiner ganzen Länge nach solche Tumoren, die aber auch viel mehr einen proliferirenden Character hatten (Hyperplasia granularis, J. N. Mackenzie), als diejenigen, welche gewöhnlich einer ulcerirenden Laryngitis ihren Ursprung verdanken. Pat. verschwand aus der Behandlung.

3. Fall: Phthisis pulmonum. — Stimmbänder in ihrer vorderen Hälfte zusammengeklebt. Beweglichkeit derselben äusserst gering. Dieses war nicht die Folge der Adhäsion der Stimmbänder, sondern eher eine der Ursachen derselben. Andere Factoren waren die Schwellung der Aryknorpel und wiederum die Proliferation von granulirendem Gewebe, welches von den Seiten des Larynx entsprang, in der Mitte der Glottis zusammenkam und sehr leicht durchbrochen werden konnte.

R. schlug für diesen Fall die O'Dwyer'sche Intubationsröhre vor, die er mit irgend einem Adstringens (in Form einer gelatinösen Masse) bestreichen wollte. Er glaubte hierdurch den doppelten Zweck zu erfüllen: die Glottis zu dilatiren und die Ulcera zu heilen.

4. Patient, der vor 2 Jahren eine Fischgräte verschluckt hatte, zeigte am linken Aryknorpel eine Schwellung, die fast das ganze Lumen der Glottis verlegte. Es war eine Perichondritis und das einzige Zeichen tuberculöser Erkrankung im Larynx. Da ein Abscess vermuthet wurde, so wurden Functionen und Scarificationen gemacht, die aber die Schmerzen nur vermehrten, so dass später zur Entfernung dieses Tumors die Laryngotomie von Dr. Gerster gemacht werden musste. Kurze Zeit darauf exitus letalis.

W. Fr.

Anormales Geräusch in der Trachea. (Bruit de souffle dans la trachée.) Von Dr. Kingston Fowler. (Société de médecine de Londres, Séance du 17 Décembre 1888 und Semaine médicale No. 51.)

Ein 47jähriger Mann zeigt ein leichtes systolisches und ein ausgesprochenes diastolisches Reibegeräusch in der Trachea. Verf. sucht es durch Compression der linken Lungenspitze und dadurch bedingtes Austreiben der Luft durch die Trachea zu erklären. Dr. P. K.

Ueber die hysterische Pseudophthise. (De la pseudophthisie hystérique.) Von Dr. Lemoine. (Bulletin médical du Nord No. 6, 1889.)

Die Diagnose der auf die Lungen beschränkten Hysteria larvata ist sehr schwer, weil die Anfälle, welche die Hysterie kennzeichnen, oft fehlen. Trousseau hat das Leiden angedeutet, Dujardin-Beaumetz hat es genauer beschrieben. Viele Fälle von geheilter sogen. Lungenphthise sind auf diese hysterischen Lungenaffectionen zurückzuführen, und so muss man die in diesen geheilten Fällen angewandten Medicamente nicht zu sehr anpreisen. Das erste Zeichen des Leidens ist ein gewaltiger Blutsturz, welcher beträchtlicher als bei Lungentuberculose ist und meist in Folge einer Gemüthsbewegung oder während der Menses eintritt. Die Menses sind meist unregelmässig. Husten mit leichten Fieberbewegungen, Zeichen einer Bronchitis mit Lungencongestion, welche an Lungentuberculose denken lassen; meist bei Frauen; die Dyspnoe, welche bei der geringsten Gelegenheit zunimmt, ist in keinem Verhältniss zu den Lungenerscheinungen; stechende Schmerzen werden für pneumonisches Stechen gehalten. Schlaflosigkeit, Schwitzen, Abmagerung, Diarrhoe, Oedem sind beträchtlich und stehen in keinem Verhältniss zu den auscultatorischen Erscheinungen; charakteristisch für diese auscultatorischen Symptome ist der Umstand, dass selbe oft die Stelle wechseln. Bestehen dabei Aphonie ohne nachweisbare Larynxveränderung, Aufstossen, häufiges Niessen, so kann man an Hysterie denken. Der Auswurf enthält nie die Koch'schen Bacillen und keine elastischen Fasern. Anderswo auftretende nervöse Symptome lassen das Uebel vermuthen. Auf der anderen Seite muss man bedenken, dass eine hysterische Frau ganz gut tuberculös werden kann. Die Pathogenese ist dunkel. Bromkalium hilft, während alle anderen gegen das Lungenleiden gerichteten Medicamente im Stich lassen. Sogar Ergotin, Eisenchlorid, Eis helfen nicht gegen die Blutungen. Dr. P. K.

Aphasie durch malarische Embolie. (Aphasie par embolisme malarique.) Von Dr. Guerra. (Gli Incurabili und Revue mensuelle de laryngologie.)

Eine 40jährige Frau wurde öfters von Malaria befallen. Nach einem solchen Anfall trat am dritten Tage vollständige Aphasie auf; Bewusstsein ungetrübt und Zunge intact. Verf. glaubt, es handle sich um einen Embolus pigmentöser Natur unter dem Einfluss der Malaria, einem Embolus, welcher von der Milz ausgehe, die Capillaren im Sprachcentrum verstopfe, partielle Anaemie und collaterale Hyperaemie hervorbringe und so die angrenzenden Nervenzellen verändere. Die Sprache kam allmählig zurück. Dr. P. K.

Fremde Körper in den Bronchien. Von Dr. G. Kobler. (Wiener klin. Wochenschrift No. 33, 1889.)

K. beschreibt 2 an obiger Abtheilung zur Beobachtung gekommene Fälle von Bronchiektasien, als deren Veranlassung bei der Section in einem grossen Bronchus festsitzende Fremdkörper gefunden wurden, ohne dass die betreffenden Individuen von der Thatsache der Aspiration Angaben gemacht oder Symptome dargeboten hätten, die die Diagnose ermöglichen konnten; ja, es fehlte sogar im erstbeschriebenen Falle jedes Symptom einer eigentlichen Bronchostenose.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 56jähr. Maurergehilfen, der nur angab, seit 2 Jahren an Husten und schleimig-eitrigen Auswürfen, sowie Stechen auf der Brust zu leiden; in den letzten Wochen sei der Auswurf reichlicher und übelriechend geworden; Appetitlosigkeit, Erbrechen und zunehmende Schwäche bewogen den Patienten zum Eintritte in's Spital; er bot beträchtliche Dyspnoe und links die ausgesprochenste Bronchiektasie dar. Unter zunehmender Dyspnoe ging der Patient unter den Erscheinungen von Lungenödem zu Grunde. Bei der Section (Prof. Kundrat) fand sich im Haupt-Bronchus der linken Lunge, unmittelbar vor der Theilung steckend, ein Knochenstück, das der Hälfte eines Wirbel-dornfortsatzes mit einem flügel förmigen Anhang an der Basis entspricht. Das Knochenstück ist 28 Mm. lang, gegen die Spitze 6 Mm., an der Basis 15 Mm. breit und 7 Mm. dick. Die Sections-Diagnose lautete: *Obturatorio partialis bronchi sinistri per frustum osseum (vertebrae suis), subsequente bronchitide et bronchiectasia praecipue pulmonis sin. atelectasi chron. et pneumonia lobular. necnon abscessibus pulmon. e bronchiectasia.*

Im zweiten Falle handelt es sich um einen 41jährigen Mann, der 17 Jahre vor seinem Spitalseintritte ohne bekannte Ursache an Husten und Auswurf erkrankte. Dabei soll die rechte Brustseite stärker gewölbt gewesen sein, als die linke und soll er das Gefühl gehabt haben, als sei jene geschwollen. Seit 6 Monaten Zunahme des Hustens und massenhafter eitriger Auswurf. Man konnte nur ausgebreiteten Lungencatarrh und R. H. vom Angulus scapulae abwärts Dämpfung constatiren, darüber lautes, hohes bronchiales In- und Exspirium mit consonirenden Rasselgeräuschen. Fieber, unter zunehmender Dyspnoe und Schwäche Exitus letalis. Die Sections-Diagnose lautete: *Bronchiectasia et Bronchophtthisis cum induratione pulm. dextr. et synechia pleurae dextr. et pleuritide post obturationem bronchi pulmon. dextr. per corpus alien. subsequente emphysemate pulmon. sin.* An der Theilungsstelle des rechten Hauptbronchus in den für den unteren und Mittellappen bestimmten Ast befand sich ein aus Metall gefertigtes, in seiner Platte und im Knöpfchen rauhes und kantiges Hemdknöpfchen. Die Bronchialwand daselbst an einer etwa linsengrossen Stelle verjaucht, am Rande mit einer über hanfkorngrossen polypösen Wucherung besetzt.

Als diesen beiden Fällen gemeinsame Symptome hebt Kobler besonders die Thatsache hervor, dass Körper von ziemlich bedeutendem Volum in die tieferen Luftwege gerathen konnten, ohne dass die betreffenden Individuen auch nur die geringste Kenntniss von diesem Ereigniss gehabt hätten, dann, dass in beiden Fällen als Folgezustände ausgedehnte Bronchiektasien in beiden Lungen auftraten und dass schliesslich die den Stenosen grösserer Bronchien zukommenden Symptome in diesen

Fällen vollkommen fehlten. Die Möglichkeit des unbeachteten Hineingerathens von Fremdkörpern in die Luftwege erklärt Kobler damit, dass bei einzelnen Individuen, möglicher Weise blos zu gewissen Zeiten, die Reflexe der Respirationswege nur in sehr mangelhafter Weise ihres Amtes als „Hüter und Wächter der Gesundheit“ walten können; mit dieser Thatsache, meint der Autor, müsse man gerade bei mehr einseitig ausgeprägten Lungenerkrankungen rechnen. Gomperz.

Inhalt.

I. Originalien: Szenes: Die Ohrenheilkunde in der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg. (Schluss.) — Ziem: Zur Behandlung der Warzen der Nasen- und Gesichtshaut. — Dorn: Rhinoscopia posterior bei hängendem Kopf zum Zweck von Operationen im Nasenrachenraum. — Wolff: Pharyngitis chronica. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Steiner: Der Menière'sche Schwindel und die halbcirkelförmigen Canäle. — Moure: Ueber den Einfluss der Seeluft auf Ohrenleiden. — Gradenigo: Ein neuer Fall von periodisch wiederkehrenden Ohrenblutungen bei unperforirtem Trommelfell und hysterischer Person. — Körner: Zur Kenntniss der sogenannten spontanen Dehiscenzen im Dache der Paukenhöhle. — Kirchner: Syphilis der Paukenhöhle. — b) Rhinologische: Corradi: Ein Instrument zur Behandlung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. — Thrasher: Perforationen des Septum narium. — Gahan: Therapie des chronischen Nasencatarrhs. — Schapring: Ein frühes Stadium der Rhinolithenbildung. — Cartaz: Ein Fall von professioneller Rhinitis. — Ruault: Behandlung der atrophischen Rhinitis und der Ozaena. — Luc: Ueber einen Fall von Nasopharyngealtuberculose. — Arnozan: Verhältniss der Nasalleiden der kussernen Haut und der inneren Mucosa. — c) Pharyngolaryngologische: Hooper: Anatomie und Physiologie der Nervi recurrentes. — Bryan: Diagnose und Therapie der Empyeme des Antrum Highmori. — Bouccin: Tonsillitis. — Bean: Tuberculose des Mundes. — Astier: Eiterung des Sinus maxillaris und Heilung durch Argent. nitricum. — Fleischmann: Acute folliculäre Glossitis. — Delavan: Neue Untersuchungen über das Bestehen eines Corticalcentrums für den menschlichen Kehlkopf. — Porter: Laryngitis haemorrhagica. — Wright: Zwei Fälle von Paralyse des Larynx nebst Bemerkungen. — Johnston: Intubation bei Diphtherie. — Schwartz: Therapie des Larynxcarcinom. — Albertin: Ueber Krebs der Schilddrüse. Newman: Zwei Fälle von Larynxstenose, durch Selbstmordversuch hervorgerufen und durch Dilatation mit Erfolg geheilt. — Secrétan: Kehlkopfverengerung. — Loumeau: Chloroform und Tracheotomie. — Solis-Cohen: Beschreibung einer abgeänderten Kehlkopfausschneidung. — Mac-Donald: Zwei Fälle von idiopathischem Larynxabscess. — Rice: Einige ungewöhnliche Erscheinungen bei Larynx tuberculose. — Fowler: Anormales Geräusch in der Trachea. — Lemoine: Ueber die hysterische Pseudophthuse. — Guerra: Aphasie durch malarische Embolie. — Kobler: Fremde Körper in den Bronchien.

Das Inhalts-Verzeichniss für den Jahrgang 1889 dieser Monatsschrift gelangt in den nächsten Tagen besonders zur Versendung.

Wegen Ablebens des Prof. Voltolini findet fortan auch die **Redaction des laryngologischen Theiles** der Monatsschrift von Wien aus in Gemeinschaft mit Prof. v. Schrötter vom Gefertigten statt, weshalb um die Uebersendung **aller** literarischen Beiträge, sowie **aller** Recensions-exemplare von Büchern und Tauschexemplare von Zeitschriften etc. direct an den Unterzeichneten gebeten wird.

Wien I, Freyung 7.

I. A.: Prof. Gruber.

Zur gefälligen Beachtung!

Von den Herren Einsendern von Artikeln ist wiederholt Klage geführt worden, dass die Correcturen mangelhaft besorgt würden. Da die Monatsschrift in verschiedenen Welttheilen (Asien, Amerika) gelesen und von dort auch mit Original-Arbeiten versehen wird, so könnten Wochen vergehen, ehe die Correcturen von den Herren Autoren wieder zurückkämen, wenn sie an dieselben geschickt würden. Es werden deshalb die Herren Autoren gebeten, ihre Aufsätze recht klar und deutlich zu schreiben, am besten von leserlicher Hand abschreiben zu lassen, dann kann die Correctur von hier aus immer besorgt werden.

Die Redaction.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marachner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07580 3240

