



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.



Class.....617.805...

Book.....M73
V.28

Acc.....614.437..



Class. .

Book. .

Acc. . .

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. B. Voltolini und

weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

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

herausgegeben von

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

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

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

Achtundzwanzigster Jahrgang.



Berlin 1894.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung

(Oscar Coblenz.)

YTD 2011 1000
AUG 10
YTD 2011

I. Sach-Register.

Abscess der Zungenbasis, über einen Fall von 284.

—, perilaryngealer vertebralen Ursprunges. Pott'sche Krankheit der Cervicalwirbel. Laryngeale Erstickungserscheinungen als erstes Symptom der Knochenkrankung 101.

Abscesse, über retropharyngeale 283.

Accumulatoren in der medizinischen Praxis, über die 204.

Acidum trichloraceticum, ein weiterer Beitrag zur Anwendung des 1.

Acromegalie, mittels Schilddrüsenextract behandelt, ein Fall von 230.

Adhärenz des Gaumensegels, vollständige 98.

Alumol bei Nasen- und Halskrankheiten 160.

Amygdalitis mittelst Guajacol, Behandlung der acuten 285.

—, über deren verschiedene Formen, Ausgang und Behandlung 24.

Amygdalotomie als Präventivbehandlung der Diphtheritis 198.

Analyse eines complicirten Geruches 60. Angina als Prodromalerscheinung einer Pneumonie 230.

—, durch eine Insectenlarve verursacht 230.

— pseudomembranacea mit Pneumococcen 99.

— scarlatinosa, Wichtigkeit der 230.

— während Typhus, zwei Fälle von 230. Angiokeratom des rechten Stimmbandes 231.

Anomalie, congenitale, des Gaumensegels 196.

— der vorderen Bogen des Gaumensegels, zwei Fälle von congenitaler 285.

Anomalien, über die motorischen, des Kehlkopfs: Tonus der Erweiterer und Neigung zu früherer Erkrankung derselben 267.

Anosmie und Cacosmie 21.

Apparat, neuer, um die galvanocaustische Batterie in der Galvanocaustik zu ersetzen 139.

Argyrose 266.

Arthritis cricoarytanoidea, über acute und subacute rheumatische 169.

Asystolie bei Compression des Vagus 64.

Aetiologie der sogen. schwarzen Zunge, Beitrag zur 112.

Aufklärung eines Missverständnisses, welches mein Aufsatz über Stirnhöhlenbehandlung hervorgerufen hat, zur 151.

Bericht, I, über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Turin (1889—1890) 156.

— über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle 39. 87.

— über die im Etatsjahr 1889/90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle 157.

Med.

Bericht über die in den Jahren 1887 bis 1890 behandelten Ohrenkranken 157.

— über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde“ der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wien vom 23. bis 30. September 1894 316. 359.

— über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan - Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington 14. 48.

Blutegel im Larynx, der 168.

Blutspeien und Blutungen aus der Zungenmandel 25.

Blutung nach Tonsillotomie, ihre Ursachen und geeignete Behandlung 411.

Blutungen der wahren Stimmbänder, submucöse, sich wiederholende 26.

Bromäthyl, Todesfall durch 412.

Casuistik schwerer Complicationen der Otitis, zur 341.

— der nasopharyngealen Tumoren, Beitrag zur 182.

Congress für Hygiene und Demographie in Budapest, VIII. internationale 31.

—, XI. internationaler medicinischer in Rom 119.

—, VII. internationaler für Hygiene und Demographie 107.

Contagiosität der acuten Amygdalitis und ihre Behandlung 198.

— der Diphtheritis, über die 231.

Creosot, therapeutische Wirkung des, bei latenter Tuberculose 234.

Creosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen, über die 139.

Croup, die Pathogenese des nichtinfectiösen der Nasenschleimhaut 134.

—, zwei Fälle von chronischem 168.

Cystentumor, grosser, des Os ethmoidum. Fall von totalem Verschluss der oberen Pharynxhöhle 195.

Diathesen, Einfluss gewisser, auf die Prognose der Halsoperationen 195.

Diphtheritis in Belgien, die 199.

— nach vorausgegangener bacteriologischer Untersuchung mittelst Sulfuricinphenol, Behandlung der 232.

Diphtheritisbehandlung, Beitrag zur 232. Drucksonde und deren therapeutische

Anwendung bei gewissen Formen chronischer Hörstörungen, über einige wesentliche Verbesserungen meiner federnden 381.

Drüsen geschwülste, Behandlung der tuberculösen 163.

Durchgang eines Maximalthermometers durch den Darmcanal 189.

Einfluss intranasaler Zustände auf äussere Erkrankungen der Nase, der 263. Einpflanzungsstelle der Nasenrachentypolypen, über die 62.

Electrolyse gegen die Missbildungen der Nasenscheidewand, die 159.

Epithelioma der Uvula und des linken Arcus palatopharyngeus 196.

— oder Syphilis der Zunge? 264.

Eröffnung der Abscesse der Mandelumgebung, neue Methode der 286.

Eversion der Larynxventrikel und neue Behandlung derselben 201.

Exostosen behaftete anderweitige Schädel, mit 306.

— — Peruaner-Schädel, mit 301.

— des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen, Beiträge zu dem Vorkommen von 237. 269. 301.

—, gestielte, neben der Spina supra meatum 355.

Fibrom des Kehlkopfes 64.

Fibrosarcom der Zungenbasis 228.

Fibromyxome des Nasenrachentraumes, über die Behandlung der 192.

Fremdkörper der Nase 158.

— im Oesophagus 170.

Fremdkörpern, über Entfernung von, aus dem Gehörgang 109.

Functionen, über die, der Mandeln und den Nachtheil der Amygdalotomie 197.

Ganglion supraclaviculare, diagnostischer Werth des 203.

Gangraena faucium primaria, ein Fall von 145.

Gesellschaft, deutsche otologische 72. 107.

Gesichtserythem in Folge von Cocain 62.

Glucose, Behandlung der Diphtheritis mittelst 232.

Gummihütchen als Ueberansatz beim Politzer'schen Verfahren 315.

Halsaffectionen, rheumatische 136. 282.

Halswunde, penetrirende, bei Selbstmordversuch 161.

Hämatom der Nasenscheidewand 263.

Hautsarcom und Lymphosarcom der rechten Mandel, multiple 137.

Hirnabscess in Folge einer Entzündung des linken Sinus frontalis 60.

Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen, über 379.

Hydatidencyste der Lunge; Pleurotomie mit nachheriger Excision; Heilung 101.

Hypertrophie der Zungenmandel als Ursache asthmatischer Anfälle 228.

Hysterie und die hysterogenen Zonen der Nasenmucosa 61.

Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 7. Januar 1892 bis 1. Januar 1893 160.

—, zweiter, über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 1. Januar 1893 bis 1. Januar 1894 160.

Idiotismus, myxomatöser, gebessert durch Schilddrüse, innerlich und unter der Haut angewandt 265.

Indicationen und Grenzen der topischen Behandlung der Larynxphthise 266.

Influenza-Otitis 57.

Innervation des Gaumensegels 162.

Instrument zum Hervorziehen der Zunge beim Laryngoscopiren 163.

Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden, über einen schleimbildenden 382.

Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode, zur Frage über die 401.

Kehlkopf-Epitheliom bei einem 23jähr. jungen Manne. — Tracheotomie. — Kehlkopf-Exstirpation. — Sofortiges Recidiv in der Wunde 200.

Knochencysten der mittleren Nasenschmel, über 191.

Kohlenhydrate, über den therapeutischen Werth der, im Allgemeinen und

des Vasogen Klever im Pesonderen, mit besonderer Anwendung bei der Behandlung der Krankheiten des Respirationstractus, namentlich der Tuberculose 102.

Krankheiten der äusseren Haut, die besonders die Nase befallen 262.

— der oberen Luftwege, die 170.

— des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen 383.

Krebs der Glandula thyroidea nach Kropf 63.

— der Schilddrüse, sich in einem schon bestehendem Kropfe entwickelnd 62

Lähmung der Glottiserweiterer bei multipler Hirn- und Rückenmark-sclerose 63.

— des rechtsseitigen Halssymphaticus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling 21.

—, diphtheritische, Allocheiria 287.

Laryngeltumor, die Schwierigkeit der Diagnose eines Larynxkrebses darthuend 234.

Laryngectomie wegen Adenocarcinoma des Larynx, zwei Fälle von 65.

Laryngismus stridulus oder Spasmus glottidis mit tödtlichem Ausgang nach drei Stunden 234.

Laryngitis bei Aussatz 167.

— hämorrhagica, über 165.

Laryngotyphus, Bemerkungen über einen Fall von 233.

Larynx, Ueberanstrengung des 289.

Larynxabscess, ein Fall von 166.

Larynxabscess, über 200.

Larynxblutung, zwei Fälle von catamenialer 288.

Larynxcarcinom durch Thyrotomie behandelt, ein Fall von 412.

Larynxcentren, neue Untersuchungen über die motorischen corticalen 165.

Larynxexstirpation, ein Fall von totaler, ohne Tracheotomie; künstliche Herstellung der Stimme 168.

Larynxexstirpation ohne vorhergegangene Tracheotomie 100.

Larynxgeschwüre, Behandlung der tuberculösen, mit einigen Bemerkungen über die constitutionelle Behandlung mittels starker Creosotdosen 234.

- Larynxklopfen, mit Gefässanomalien zusammenfallend 233.
- Larynxknorpelfracturen, Beitrag zur Lehre von den 233.
- Larynxkrebs, Behandlung des 166.
- Larynxpapillom, Thyrotomie wegen 412.
- Larynxparalysen, über das seltene Vorkommen der corticalen 234.
- Larynxpolypen, über die Ursache der 200.
- Larynxschwindel und Ictus laryngeus 233.
- Larynxstenose, syphilitische, durch Excision eines Stimmbandes geheilt 166.
- Larynxsyphilis, tertiäre, mit Stenose, durch progressive Dilatation gebessert 201.
- Larynxtuberculose, medicinische Behandlung der 64.
- Larynxtumor 289.
- Lipomen in der Schleimhaut der Nasenhöhle über das Vorkommen von 280.
- Localisation der gefärbten Flüssigkeiten, wenn selbe durch die Tracheal- und Thoraxwand in die Lungen der Thiere und in die Cavernen der Phthisiker eingespritzt werden, experimentelle Studie über die 268.
- Lochzange, die Behandlung gewisser Zustände der Mandeln mittelst einer neuen 265.
- Luftkropf, ein 286.
- Lungenanthracose bei den Arbeitern, welche die zu den Electricitäts-Instrumenten dienenden Kohlen poliren, die 235.
- Lungensarcom, Fall von primärem; diagnostische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare 203.
- M**andelabscesse, Studie über die abgekapselten 229.
- Mandelhypertrophie mittelst Galvano-caustik, Behandlung der 285.
- Mandellymphom 137.
- Mandelsarcom mit Uebergreifen an das Gaumensegel und die Zungenbasis; Exstirpation, Heilung 197.
- Mandelsteine, Beitrag zur Lehre von den 229.
- Mandelsyphilom, über primäres 62.
- Massage bei einigen Halsleiden, die 21. — die interne, bei Nasen- und Rachenkrankheiten 193.
- Massage internal, in Diseases of the Nose and Throat 194.
- Medication, neue antiseptische, blutstillende bei spontanen und chirurgischen Blutungen des Nasenseptums, der Nasenmuscheln und des Ohres 191.
- Metallcorrosion, die 156.
- Metallspiegel, über 186.
- Microorganismen, über deren Beziehungen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen 57.
- Missbildung, angeborene, der Ohrmuschel und Otoplastik 378.
- Missbildungen, über congenitale, des Gehörganges in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln 155.
- Mittel, ein neues wirksames, gegen die localen pyogenen Prozesse des Ohres, der Nase und des Halses. Ein zweites wirksames Mittel, besonders für die Armenpraxis berechnet, gegen die pyogenen infectiösen Prozesse des Ohres 190.
- Mittelohreiterungen bei Säuglingen, über 152.
- Mumps, bacteriologische Untersuchungen über den 100.
- mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptysis 65.
- Mund- und Pharynxtuberculose mit besonderen Bemerkungen über ihr Entstehen, Beitrag zum Studium der 283.
- Mundgeschwür, tabetisches 22.
- Mucocele des Sinus frontalis 193.
- Musculus thyreoideus transversus, über einen 307.
- Muskel, über abnorme, und verschiedenartige Gestaltung der normalen Kehlkopfmuskel beim Menschen und der entsprechenden beim Thiere 200.
- Mycose des Pharynx, microscopische und bacteriologische Untersuchungen über die gutartige 136.
- Myxoedem, Behandlung des 199.
- durch frische Schafsschilddrüse, innerlich gereicht, geheilt 286.
- , falsches; Giftigkeit des Succus thyroideus 286.
- geheilt durch Nahrung mittelst Schilddrüse vom Lamme, Fall von 265.
- , Heilung von, durch Einnehmen von Schilddrüse vom Schafe; Zufälle, welche bei dieser Behandlungsweise eintreten können 231.

Myxoedem mit dem chirurgischen Thyroïdo-Arethismus, Behandlung des 264.

— mittelst Nahrung mit frischer Glandula thyroidea behandelt 98.

Myxoma nasal, Bemerkung über eine seltene Art von 97.

Nasalasthma, mit einem circumscripthen Hautödem abwechselnd 19.

Nase, die zu weite 135.

Nasendiphtheritis, über chronische primäre 158.

Nasendouche od. Naseneinspritzung? 97.
Naseneiterungen, Beitrag zum Studium der 97.

Nasenschleim, bacterientödtende Eigenschaft des 135.

Nasenstein — ein Bacterienproduct, nochmals: Der 311.

— mit theilweiser Zerstörung der Nasenscheidewand. Doppelter Nasenstein in demselben linken Nasenloch 134.

Nasensteine, zur Kenntniss der 191.

Nasenstenose und ihre Behandlung mittelst einfacher und rascher Dilatation mit Bougies, über 192.

Nervenleiden bei der tuberculösen Arytanoïditis. Pseudoneuroma im Larynx tuberculöser Natur 201.

Nervus laryngeus inferior, über den Verlauf des 288.

Neuritis, ein Fall von diffuser peripherischer, der beiden Recurrentes nach Typhus 231.

Oberkieferhöhlen-Eiterung, dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung derselben als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden 33. 79.

Oesophagusdivertikel und Oesophagus-husten 412.

Oesophagusverengung, e. neues Symptom der 235.

Ohrenheilkunde, Handbuch der 26. 66. 102.

Ohrgeräusch, ein Fall von objectiv wahrnehmbarem 141.

Ohrmuschelkrebs, zwei Fälle von 57.

Operationsmethode, eine neue, beim

Eröffnen der circumscripthen Mandelabscesse 229.

Orecchio negli Allievi delle Scuole elementari, le malattie dell' 224.

Otite media suppurata chronica dextra. Ascenso cerebellare destro. Cholesteatomi dell' antro mastoideo. Trapanazione del mastoide. Morte 226.

Otitis bei Influenza, über 156.

— media acuta mit acuter Caries des Warzenfortsatzes nach Masern, drei Fälle von 156.

Otitis media, e. Fall v. tuberculöser, nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocessse 385.

Ozaena, Behandlung derselben mittelst concentrirter Höllestein- und Chlorzinklösungen 60.

— der Nase, des Larynx und der Trachea 263.

Pachydermia laryngea 100.

— laryngis, über die Eintheilung und die Therapie der 167.

Pachydermie der Stimmbänder, Behandlung der diffusen 199.

— des Larynx und ihre Behandlung 266.

Percussion des Warzenfortsatzes, die diagnostische Verwerthbarkeit der 73.

Pharyngitis granulosa und lateralis, zur Behandlung der 149.

— phlegmonosa acuta, durch eine Meningitis purulenta complicirt, der erste publicirte Fall einer 313.

—, über hämorrhagische 136.

Pharyngo-Amygdalitis, innere Behandlung der acuten 23.

Pharyngomyositis, über acute rheumatische 24.

Pharynxblutung 24.

Pharynxpolypen, über angeborene ectodermatische 194.

Phlegmone des Halses, üb. eine bis jetzt unvollständig beschriebene; schwere Phlegmone der Cavitas glosso-thyroepiglottica 22.

— septische, der Suprahyoïdalgegend (Ludwig'sche Angina), Phlegmone des Mediastinum und Trepanation des Sternum 197.

— über sublinguale infectiöse 197.

Pressionen, die Methode der centripetalen und die Diagnose der Stapesfixation 133.

Pressions centripétales von Gellé, ihre diagnostische Bedeutung und ihr Verhalten zu anderen otiatrischen Untersuchungsmethoden, die 189.

Psoriasis, Behandlung derselben durch inneren Gebrauch des natürlichen Corpus thyroideum oder dessen Extract 199.

Pyæmie, über optische ohne Sinusphlebitis 154.

Reflexkrampf des Oesophagus bei Lebercarcinom 203.

Resorptionsfähigkeit, Untersuchungen über die der Nasenschleimhaut 61.

Retropharyngealabscess beim Kinde 282. —, Operation 284.

Retropharyngealabscess beim Kinde; ihre Behandlung 194.

—, Beitrag zur Behandlung der 62.

Revelsion, über extralaryngeale 168.

Rhinitis, über chronische 135.

Rhinosclerom, über. Ein Fall von hysterischer Stummheit. Papillome des Larynx 97.

Rohrzucker im Urin von an Keuchhusten erkrankten Kindern 287.

Sarcome der hinteren Pharynxwand, zwei 255.

— der Nasenscheidewand, Beitrag zur Statistik der 134.

Scarificationen der Stimmbänder, Behandlung der chronischen veralteten Laryngitis mittelst 266.

Schaum, der electrolytische, als Nebenschluss 173.

Schleimpolypen der eigentlichen Nasenhöhlen, Behandlung der 263.

— und fibromucösen Polypen des Nasenrachenraumes, Behandlung der 264.

Schlundgeschwüre mittelst topischer Anwendung von Cuprum sulfuricum, eine Bemerkung über die Behandlung der tertiären 287.

Schnecke, über die functionelle Wichtigkeit der 155.

Scleroms, zur pathologischen Anatomie und Histologie des 205. 244.

Septicopyæmische Erkrankungen, über eigenartig verlaufene, nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis 154.

Sexualkrankheiten und Krankheiten der obersten Luftwege beim Weibe 283.

Stenose, Fall subglottischer 166.

Stimmbandzittern, über; Rolle des Kleinhirns bei Sprach- und Stimmstörungen 288.

Stimmbänder, inverse Bewegung der 99.

Stimmbandfibrome, über den Bau und die histologische Stellung der sogenannten, mit Demonstration von microscopischen Präparaten, Zeichnungen und Photographien 164.

Streptococcus während der Influenza, Infection durch den 99.

Stummheit, zur Therapie der hysterischen 138.

Stummsein, hysterisches, durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt 287.

Supraclaviculares inspiratorisches Einsetzen gegebenes Symptom, ein bei Lungentuberculose durch 101.

Syphilis des Nasenrachenraumes 159.

— über tertiäre des Nasenrachenraumes und über den Nasentripper 59.

— Tertiäre Erscheinungen. Necrose der Maxillares superiores. Schleicher Verlauf. Unsichere Diagnose Operation Entfernung eines grossen Stückes der Maxillares superiores 201.

Tabes dorsalis; doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer mit Lähmung der Thyroarytaenoidei interni von zwölfjähriger Dauer 98.

Taubheit nach Kohlenoxydgasvergiftung, ein Fall von 96.

— zwei Fälle von hysterischer 410.

Taubstummheit 291.

Thymusdrüse, über das Wiederaufleben der 68.

Thyroidectomy 410.

—, spätere Folgen der 411.

—, Wirkung der totalen, beim Affen 169.

Thyroidin bei verschiedenen Hautkrankheiten 227.

Thyrotomie wegen Larynxpapillom 412.

Tonsilla pendula mit Perforation des hinteren Gaumenbogens, ein Fall von 25.

Tonsillotomie, Blutung nach, ihre Ursachen und geeignete Behandlung 411.

Tornwaldt'sche Krankheit, die sogenannte, in Königsberg 198.

- Trachealfisteln, Behandlung der 267.
Tracheotomie bei Croup, genaue Prognose der 170.
— zu 19 Monaten. Heilung 235.
Transformation gutartiger Neubildungen des Larynx in bösartige, Beitrag zur Lehre der 169.
Tropacocain, über 65.
Tubage bei hysterischer Larynxlähmung, die 166.
Tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle, ein Fall von 23.
— der Zunge und des Gaumens 284.
— des Schläfenbeins. Uebergang der Tuberculose auf die Basis des Schläfenlappens 277.
Tumoren, adenoide und Anfälle von Laryngismus stridulus 60.
— der Nasenscheidewand. Beitrag zur Lehre der 158.
—, die bösartigen des Nasenrachenraumes 61.
—, maligne der Mandeln mit zehn neuen Beobachtungen 138.
- U**bungen, über den Werth acustischer, an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständ. Taubheit 132.
Unterbindung der Arteriae linguales bei der Behandlung der malignen Zungentumoren, über den Werth der 284.
Untersuchung, klinische und bacteriologische, von 200 Kindern, welche in die Diphtheritisabtheilung des Spitals des Enfants malades gebracht wurden 232.
Uvulitis, seltener Fall von 284.
- V**egenerationen, adenoide 192.
— adenoide, des Nasenrachenraumes oder Hypertrophie der Rachentonsille 20.
—, über die Operation d. adenoiden 157.
—, zur Operation der adenoiden 356.
Veränderung zu erleiden, über die angeblich besondere Neigung gutartiger laryngealer Geschwülste, nach intralaryngealen Operationen eine bösartige 289.

- Verbiegungen der Nasenscheidewand, zur Behandlung der 220.
Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter, der 156.
Versammlung, 65., der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg 8. 44.
—, 66., deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. Die laryngologische Section 323.
— von Otologen und Laryngologen 172.
Verschluss, vollständiger, beider Nasenöffnungen durch äussere sichtbare Membranen, Operation, Heilung 59.
Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit dem Pharynx. Trennung, prophetischer Apparat. Heilung 196.
Vortrag, klinischer, über den Werth der Nähte bei Halswunden und chirurgischen Operationen an den obersten Luftwegen 162.

Wanderung eines *Ascaris lumbricoides* in die tiefen Nackenmuskeln, nachdem er durch die Wirbelsäule durch einen serophulösen, in den Pharynx sich öffnenden Abscess gedrungen ist 228.

- Z**ahnvariationen in ihrer Form bei den verschiedenen Menschenrassen 195.
Ziehens, über den Einfluss des, an der Zunge auf gewisse nervöse Lähmungen 162.
Zunge, Beitrag zur Lehre von dem Entstehen der sogen. schwarzen 228.
Zungenmandelblutungen und der Lungenblutungen, Verhältniss der 24.
Zungenmandelleiden, drei Beispiele von 137.
Zungenneurose 285.
Zungencontractionen bei Belebungsversuchen 229.
— bei den verschiedenen Erstickungsarten, Methode der rhythmischen 137.
—, rhythmische, bei den verschiedenen Erstickungsarten 229.
—, rhythmische, bei Scheintod der Neugeborenen 195. 196.
— Technik der rhythmischen, zur Bekämpfung der Asphyxie 264.

II. Namen-Register.

d'Aguanno 134.
Albertin 196.
Albespy 283.
Argentowsky 189.
Ascento 166.
Audubert 201.
Avoledo 226.

Baber 98. 137.
Baragas 168.
Bayer 102.
Beault 22.
Beausoleil 191.
Beco 20.
Bécour 195.
Bellot 233.
Bergcat 315.
Blanchard 234.
Bleyer 160.
Bloch 133.
Bolt 156.
Bonain 232.
Botey 285.
Bouleugier 137.
Bouffé 192.
Bourrouillon 230.
Boewer 170.
Bramvell 199.
Brigidi 228.
Broeckeaert 196.
Brousses 22.
Brown Kelly 265.
Prowne 266.
Bryson 263.

Burger 378.
Bürkner 157.
Burlureaux 230.
Cagney 267.
Canter 286.
Cary 161.
Cartaz 410.
Casadeus 61. 166. 228.
Casadesus 283.
Du Castel 264.
Castel 284.
Castelain 170.
Castex 62.
Catrin 100.
Chaborg 62.
Chabory 63.
Chantemesse 286.
Chapoy 194.
Chappell 201.
Cherubino 287.
Chiari 157. 164. 167. 266.
Cohen 65.
Collet 158. 288.
Collier 203.
Colombini 62.
Combe 201.
Comby 65. 203.
Compaired 169. 288.
Concetti 158.
Couetoux 98.
Corradi 155.
Coursier 230.
Cozzolino 59. 134. 190. 191.
de Cristoforis 224.

Dalby 97.
Dansac 192. 201.
Darzens 204.
Delagenière 101.
Delavan 195.
Delie 263.
Deschamps 139.
Desvernine 162.
Dreyfuss 97.
Dunn 234.
Duplaix 60.
Duplay 412.
Egidi 168.
Eloy 198.
Eulenstein 73.
v. **F**elix 255.
Fernet 63.
Ferrand 203.
Ferré 232.
Ferrerri 61.
Ficano 163. 287.
Fraenkel 154.
Freudenthal 193. 194.
Garel 64. 285.
Gay 287.
Gerber 159. 160. 191. 198.
311.
Geschwind 197.
Gley 411.
Godart 199.
Gomperz 280. 316. 359.
Gouguenheim 101.
Gradenigo 156.

Grant 412.
Grazzi 24.
Green 234.
Guerlain 231.
Guranowski 385.
Hang 383.
Hanot 99.
Haslain 284.
Hawkins-Ambler 284.
Hélary 284.
Heryng 268.
Herzfeld 149.
Hessler 156.
Heymann 233.
Huber 284.
Hudelo 22.
Jaccoud 99.
Jackson 262.
Jansen 57. 379.
Joal 24. 25.
Josias 232.
Kaufmann 141.
Kayser 39. 87. 96. 97. 138.
Kirmisson 267.
Kirschner 199.
Klemperer 412
Koch 64. 161. 170.
Koerner 277. 355.
Kossel 152.
Krause 266.
Laborde 137. 264. 196. 229.
Lacoarret 263.
Lanceraux 229. 235.
Lancry 198.
Landgraf 412.
Lamann, W. 173. 401.
de la Sota y Lastra 167.
Laveran 100.
Lavrand 200.
le Double 200.
Lecocq 229.
Lemoine 231.
Leone 168.
Lermoyez 135.
Leyden 412.
Litten 233.
Livon 162.
Luc 97. 200.
Lucae 381.

Madeuf 135.
Marcel 136.
Martin 158. 232.
Marchand 163.
Marian 157.
Marie 231. 286.
Masini 165. 169.
Massei 166.
Mayer. 59.
Méndel 263.
Mercantino 24.
Merklen 64.
Moll 166. 199. 200.
Morris 162.
Mules 412.
Moure 60. 231.
Müller 161.
Murray 169. 199.
Mygind 291.
Natier 24.
Nélaton 197.
Nemayer 307.
Newcomb 23.
Newman 138.
Newmann 289.
Nogaro 165.
Onodi 228. 266.
Ostmann 237. 270. 302.
Palazzolo 283.
Parsons 230.
Passy 60.
Paulsen 382.
Péan 410.
Pellegrini 286.
Périer 100. 168.
Peyrissac 229.
Phocas 194.
Piotrowsky 285.
Poli 21. 62.
Pollard 282.
Poyet 26. 289.
Rangé 136. 234.
Regnault 195.
Rénon 230.
Réthi 19. 23. 25.
Révillet 101.
Riegel 63.
Ruault 229. 233. 286.

Sabrazès 231.
Sacchi 62.
de Sauti 287. 411.
Schapringner 21.
Scheier 99.
Schiffers 134. 196.
Schindler 60.
Schmidt, 170.
Schubert 341.
Schwabach 154.
Schwartz 197.
Schwartz 26. 66. 102.
Schwendt 155.
Seiolla 285.
Seifert 65.
Semon 98. 100. 234. 289.
Sendziak 112. 137. 182. 228.
Siebenmann 156.
Smith 235. 288.
Sokolowsky 169.
Stabb 166.
von Stein 1. 145. 313.
Stepanow 206. 244.
Stoerk 139.
Strazza 159. 195.
Suné 21.
Swain 289.

Thomas 231.
Thorner 14. 48. 136. 282.
Tissier 135. 230. 233.
Toubin 139.
Trevés 61.

Urbantschitsch 132.

Váli 57.
Vanni 235.
Verneuil 197.

Wagnier 192. 264.
Watson 193.
Winckler 33. 79. 151.
Würtz 135.

Zaufal 57.
Ziem 109. 186. 198. 220.
356.
Zwaardemaker 156.



Druck von Marschner & Stephan,
Berlin SW.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

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

herausgegeben von

Dr. JOH. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik
für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien.

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

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Po-tan-stalten 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. XXVIII.

Berlin, Januar 1894.

No. 1.

I. Originalien.

Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des Acidum trichloraceticum.

Von

Stanislaus von Stein, Privatdocent an der Universität zu Moskau.

(Aus dem Ambulatorium der Hospitalklinik von Prof. Ostroumoff.)

Die vorzüglichen caustischen und adstringirenden Eigenschaften der Trichloressigsäure für die Schleimhäute, die ich zuerst (1889¹) in einem ausführlichen Artikel beschrieben habe, wurden seitdem auch von den meisten Beobachtern²) bestätigt. Einige andere gute therapeutische

¹) Stanislas de Stein: L'acide trichloracétique dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Congrès international à Paris du 16 au 21 Septembre 1889. Comptes rendus et Mémoires, pag. 401—408. — Ref. von Moure im Internat. Centralbl. für Rh., Rhin. etc. 1889—1890.

²) H. A. Ehrmann aus Prof. Jurasz's Klinik. Ueber die Anwendung und Wirkung des Acidum trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Münchener medicin. Wochenschrift 1890, No. 9. — Ehrmann: Ueber die Anwendung des Acidum trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Medicin. Monatsschrift, April 1890. — X. De l'emploi l'acide de trichloracétique dans le traitement des affections nasales et pharyngiennes. La semaine médic., 30. April 1890. — Ref. Internat. Centralbl. 1891,

Eigenschaften dieser Säure, welche ich in den letzten zwei Jahren Gelegenheit hatte, zu constatiren, sind bis heute nur wenig oder gar nicht beachtet worden.

1. Ich habe in meinem ersten Artikel gezeigt, dass eine Trichloressigsäurelösung 1:1500—2000 wochenlang alle Fäulnisprocesse hemmt. Daraufhin empfahl ich dieselbe zum Cupiren der acuten Rhinitiden in der Anfangsperiode, zur Desinfection der Schorfe nach der Galvano-caustik und der Schnittflächen nach blutigen operativen Eingriffen (darüber Näheres unten). Beim acuten Schnupfen habe ich nämlich bemerkt, dass nach 2—4maligem Eingiessen einer 0,1procentigen lauwarmen Lösung zu $\frac{1}{2}$ Theelöffel in jede Nasenhälfte sich ein abundanter Schleimaustritt einstellt und bald sistirt mit darauf folgender subjectiver Erleichterung. Seitdem ich diese prophylactische Behandlung durchführe, beobachte ich seltener consecutive Ohrenentzündungen bei denjenigen Patienten, welche von ihnen jeden Herbst oder Frühling heimgesucht wurden. Ich erkläre mir diese günstige Wirkung einerseits durch die antibacteriologischen Eigenschaften der Säure, andererseits aber durch die Fortschwemmung der Microorganismen durch die massenhafte Secretion. Von diesem Standpunkte ausgehend, suchte ich nach einem anderen, noch mehr nasenschleimtreibenden Mittel, welches ich im Uranium aceticum fand: Rp. Uranii aceticum 0,1—0,05, Aqua destillat. 10,0. MDS. Ein paar Tropfen lauwarm in jede Nasenhälfte 2—3 Mal täglich.

2. Schwache Trichloressigsäurelösungen (0,5—1 pCt.) lange in die Nase bei Rhinitis atrophicans simplex eingeführt, bewirken nicht selten eine dermaassen starke Hypertrophie der Muschelschleimhaut, dass man zu Aetzmitteln greifen muss, um freie Athmung herzustellen. Diese eigenthümliche Wirkung in solchem Grade besitzt meines Wissens kein anderes Mittel, was bei der Behandlung der Ozaena ganz besonders wichtig ist.

pag. 552. — Swift: Trichloressigsäure bei intranasalen Krankheiten. Phil. Med. News, 5. Juli 1890. — Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 552. — Die Trichloressigsäure bei Halskrankheiten. N.-Y. Med. Journ., 18. October 1890. — Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 137. — Lublinski: Berliner laryngol. Gesellschaft 1891, 2. Mai. — Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 332. — J. W. Gleitsmann: Erfahrungen mit der Trichloressigsäure in 200 Fällen von Affection des Halses und der Nase, mit einer Demonstration der zugehörigen Instrumente. Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 320. — v. Szoldrski aus Prof. Jurasz's Klinik: Beitrag zur Anwendungsweise der Trichloressigsäure in Nase und Rachen. Münch. med. Wochenschrift No. 46, 1891. — Referat Allgem. Med. Central-Zeitung No. 2, 1892 und Internat. Centralbl. 1892, pag. 4. — J. Sedziak: Acidum trichloraceticum bei Erkrankungen des Rachens, des Kehlkopfs, der Nase und des Ohres. Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 137. — Cholewa: Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. Monatsschrift für Ohrenheilk. 1892, pag. 33.

Gegen die Vorzüge der Trichloressigsäure haben sich Folgende ausgesprochen:

Rethi: Die Trichloressigsäure und ihre Anwendung als Aetzmittel bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Wiener med. Presse No. 43 und 44, 1890. — Ref. Internat. Centralbl. 1891, pag. 552. — Heryng, Internat. Centralbl. 1891, pag. 137. — Bresgen: Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- etc. Krankheiten 1891, pag. 122.

3. Bei Ozaena vera wende ich gegenwärtig viel stärkere Trichloressigsäurelösungen als die erste Zeit, nämlich 0,5 — 10procentige, an. Durch kein anderes Mittel wird der Geruch so schnell und sicher, als durch diese Säure, beseitigt. Man könnte dieselbe fast für ein Specificum ansehen. Nur ausnahmsweise combinire ich sie mit Jod (Glycerin, Kal. jod., Jod. pur.) in ganz besonders hartnäckigen, vielleicht auf luetischem Boden sich entwickelnden Ozaenen.

Um ein befriedigendes Resultat zu erhalten, kommt Alles auf die Anwendungsweise an. Ich beginne stets mit den schwächeren Lösungen (1—2 pCt.) und setze mit denselben die Behandlung so lange fort, wie noch eine Besserung zu bemerken ist. Allmählig greife ich zu den stärkeren Lösungen. Mit den starken Solutionen anzufangen, ist nicht rathsam, da viele Kranke dieselben von vornherein nicht vertragen können. In der Mehrzahl der Fälle verschwindet der Foetor binnen einigen Tagen.

Zur Application verwende ich 20 Ctm. lange und 2,5 Mm. dicke (Scala Charrière) Drähte, welche an beiden Enden geriffelt sind. Das eine Ende wird leicht gekrümmt, um besser unter die Muscheln zu kommen. Auf die geriffelten Stellen wird die hygroscopische Baumwolle birnförmig aufgewickelt. Zum jedesmaligen Gebrauche giesst man ein kleines Quantum der Lösung zur Verhütung der Verunreinigung der ganzen Flüssigkeit ab. Der Schwerpunkt der ganzen Behandlung liegt darin, dass man die Medicin in alle Stellen bis in den Nasenrachenraum hinein gründlich, aber zart, massagenartig einreibt und dieses Verfahren bis zur völligen Entfernung aller Krusten fortsetzt. Diese Procedur geschieht die erste Zeit 2—3 Mal täglich, wenn das keinen besonderen Reiz verursacht. Sobald der Foetor geschwunden ist und die Borken weich geworden sind, kann man sich mit einmaligem Einschmieren täglich begnügen. Die nöthigen Manipulationen erlernt in ein paar Besuchen der ungebildetste Kranke unter der Controle des Arztes. Zufällig eintretende Blutungen werden mit einem Wattetampon schnell beseitigt. Bei einigen Patienten mit zarter Haut und mit Neigung zur Eczembildung sind die Nasengänge vor dem Schmieren mit Zinksalbe oder einfach mit Vaseline zu bestreichen.

Durch das angeführte Verfahren schwand in meinen Fällen der Foetor immer und die sich gelegentlich bildenden Krusten sind weich, ohne Geruch und werden leicht herausgeschnäuzt. In einigen Fällen wird das Schmieren aus Furcht vor einem Recidiv ein Mal die Woche fortgesetzt. Der Geruch kehrte in keinem einzigen Falle zurück.

4. Wenn man eine Portion Eiweiss oder Blutserum mit Acidum chromicum und eine andere mit Acidum trichloraceticum praecipitirt und wenn man dann das Coagulum gut mit Wasser bis zur Entfernung der überschüssigen Säure auswäscht, so wird man bemerken, dass das durch Trichloressigsäure gefällte Eiweiss feste zusammenhängende Membranen bildet, während das andere leicht in Stücke zerbröckelt.

Ausserdem reagirt das trichloressigsäure Coagulum immer sauer. Beim Aufbewahren in den Petri'schen Doppelschalen verbreitet sich bald vom Chromsäureeiweiss ein putrider Geruch, während das Essigsäureeiweiss sich nur mit Schimmelpilzen ohne Foetor bedeckt. Also haben im letzteren Falle die fäulnisserregenden Microorganismen (selbst beim Einimpfen in die Masse) gar keinen günstigen Boden zu ihrer Ent-

wickelung. Diese Beobachtung brachte mich auf den Gedanken, die Trichloressigsäure zum Desinficiren der durch operative Eingriffe entstandenen Wunden in der Nase, im Nasenrachenraum, im Rachen etc. anzuwenden und auf diese Weise eine gewisse Antisepsis durchzuführen. Seit dem Jahre 1890 bis jetzt applicirte ich dieses Verfahren mehrere tausend Mal in meiner Privatpraxis und im Ambulatorium der Hospitalklinik des Herrn Prof. Ostroumoff und stets mit einem glänzenden Resultate, d. h. der Verlauf war fieberfrei und die Wunden heilten ohne besondere Eiterabsonderung schnell, sogar bei solchen Personen, bei denen früher das Gegentheil beobachtet wurde. Aus der grossen Zahl von Kranken klagte über Frostanfälle nach dem Aetzen nur ein einziger höchst nervöser Student. Früher erhielt ich nicht selten nach der Galvanocautik oder Chromsäureätzung der hinteren Muschelenden eine consecutive Rachenmandelentzündung und ein Gefühl von Verlegtsein der Ohren.

Was die Anwendungsweise anlangt, so trage ich auf eine geschnittene Wunde einfach ein paar Trichloressigsäure-Crystalle. Etwas anders verfare ich mit dem galvanocautischen Schorfe. Da in diesem Falle das gebrannte Gewebe seines Wassers beraubt ist, so zerfliessen die Crystalle fast gar nicht resp. nur an den Rändern des Schorfes. Hier wende ich eine an der Luft diluirte concentrirte Trichloressigsäure an. Das Ende einer 1 Mmtr. dicken Silbersonde wird mit einem bischen Watte umwickelt, in die Lösung getaucht und an der betreffenden Stelle mehrere Male applicirt. Der vorher braune Schorf wird in eine schneeweisse, fest adhärende Membran verwandelt. Der weitere Verlauf der galvanocautischen Wunde ist derselbe, wie nach einfacher Trichloressigsäureätzung, d. h. mit sehr geringen entzündlichen Reactionserscheinungen. Was die Schmerzhaftigkeit anbetrifft, so ist dieselbe meistens von kurzer Dauer und nur im ersten Augenblick viel intensiver, als nach Chromsäure und Galvanocautik. In allen übrigen Beziehungen hat die Trichloressigs. unstreitig die von vielen Beobachtern gelobten Vorzüge. Nach Abstossung des Schorfes desinficirt man die Wunde von Neuem.

Denselben befriedigenden Erfolg erhält man auch nach Chromsäureätzungen mit nachfolgender Trichloressigsäure-Application. Hier muss ich auf eine Eigenthümlichkeit hinweisen. Wenn man nämlich die Nasenschleimhaut nur leicht mit einem nicht an die Sonde angeschmolzenen Chromsäurecrystall oder einfach mit einer concentrirten Chromsäurelösung bestreicht, darauf mit Baumwolle die überflüssige Säure entfernt³⁾ und diese Stelle mit Trichl. bearbeitet, so erhält man in vielen Fällen einen tiefgreifenden Schorf, wie nach Galvanocautik. Auch in diesem Falle ist die Reaction sehr gering. Die doppelte Säureapplication ist ganz besonders bei kleinen Kindern mit starker Nasenschleimhauthypertrophie zu empfehlen.

Mit den Trichloressigsäureätzungen allein gelangt man immer zum

³⁾ Das Durchspülen mit Soda ist nicht rathsam aus folgenden Gründen: 1) die Chromsäure „vereinigt sich mit Alkali zu giftiger Verbindung“ (Husemann). Ich selbst habe in 2 Fällen bei Kindern Vergiftungserscheinungen in Form von Diarrhoe beobachtet. 2) Beim Durchspülen wirkt die Lösung auf die ganze Schleimhaut und öfters wird der Geruch auf einige Zeit alterirt.

Ziele, wenn die Hypertrophie noch so gross sein sollte. Die glänzendsten Erfolge aber erhält man am schnellsten dort, wo das zu ätzende Gewebe arm an Bindegewebe ist. Aus diesem Grunde ist diejenige Muschelhypertrophie am geeignetsten, welche sich gut durch Cocain contrahirt. Bei starker Bindegewebswucherung aber wird eine Genesung viel schneller durch Galvanocaustik, combinirt mit Trichl., erzielt. Wenig wirksam erwies sich mir die Trichl. beim Schnupfen, welcher sich durch eine anämische, schlaff herunterhängende hypertrophische Muschelschleimhaut mit höchst abundantem Ausfluss (3—4 Taschentücher täglich) charakterisirt, und an welchem hauptsächlich Kinder leiden. Dies lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass die Säure durch das Secret verdünnt wird und in Folge dessen an Wirksamkeit verliert. Chromsäureätzungen führen zum gleichen Resultate. Nur durch energische galvanocaustische Aetzungen mit Trichl. wird die Secretion zum Sistiren gebracht und die Durchgängigkeit hergestellt.

Die Polypen und die polypenartigen Auswüchse nehme ich mit der galvanocaustischen Schlinge mit nachfolgender Trichl.-Application ab. Bei einigen Kranken wurde experimenti causa in der einen Nasenhälfte die Nachätzung gemacht, in der anderen aber nicht. In diesem letzteren Falle beklagten sich die Patienten über anhaltenden Druck in der einen Nasenhälfte, zeitweises Reissen und über abundanten ätzenden Ausfluss.

5. Die Trichl. besitzt noch einen nicht geringen Vorzug in der Beziehung, dass bei ihrer Anwendung in der Nase keine adhäsiven Entzündungen zwischen naheliegenden Partien auftreten, wie solches nicht selten nach Chromsäure und Galvanocaustik bei unvorsichtiger Anwendung stattfindet. Diese werthvolle Eigenschaft erlaubte mir, ohne Gefahr des Zusammenwachsens knorpelige Auswüchse am Septum nasi in sehr engen Nasengängen galvanocaustisch abzuätzen und die Säurecrystalle, die in einen Ohratheter eingeführt wurden, mittels Politzer'schen Ballons in die Highmorshöhle und in die vordere Region der Siebbeinzellen zur Verminderung des Eiterabflusses einzublasen.

6. Bei den entzündlichen Erkrankungen des Rachens beobachtet man dasselbe, wie in der Nase: bei stark entwickeltem Bindegewebe wirkt die Trichl. nur oberflächlich und langsam, in den entgegengesetzten Fällen aber erzielt man immer eine schnelle Heilung. Bei Tonsillitiden nach abgelaufenen acuten Entzündungen wird die Drüse nach 2—4-maliger Aetzung der Oberfläche zur früheren Grösse reducirt.

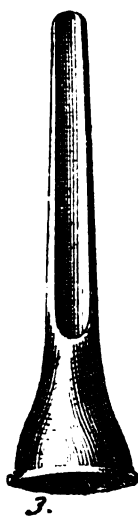
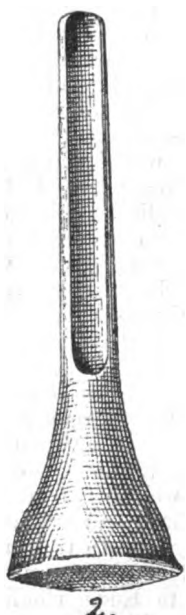
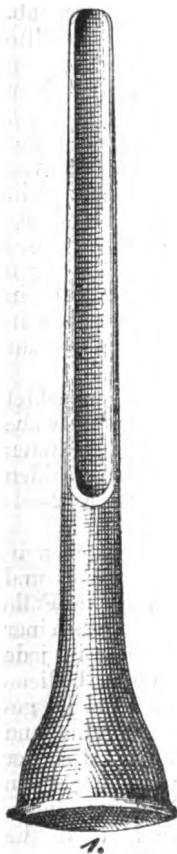
Bei denjenigen langwierigen lacunären Tonsillitiden, bei welchen in den stark und tief entwickelten Lacunen sich viel Eiter ansammelt und zu fortwährenden Exacerbationen binnen vieler Monate (in einem Falle sogar Jahre) Anlass giebt, führe ich die Trichl.-Crystalle mittels einer feinen, leicht ausgehöhlten, knopfförmigen silbernen Sonde tief in jede Spalte hinein. Bei grösseren Eingangsöffnungen in die Crypten bediene ich mich einer feinen, 3 Mmtr. dicken (Scala Charrière), leicht gekrümmten silbernen Röhre, welche mit einem stempelartigen Drahte und ein Paar Ringen für den Zeige- und Mittelfinger armirt ist. Bei der Anwendung dieses pistolenartigen Instrumentes zieht man den Draht ein wenig heraus, legt in das Röhrenlumen ein paar kleine Crystalle hinein, führt sodann das gekrümmte Ende möglichst tief, aber zart, in die Lacune hinein und drückt endlich mit dem Daumen auf den Stempel.

Die ganze Manipulation (sogar ohne Cocain) ist so lange schmerzlos, wie die Trichl. nur auf die Region der Drüse localisirt ist. Die nächste Aetzung wird wiederholt nach dem Verschwinden des schneeweissen Schorfes. Der Heilerfolg ist stets ein glänzender. Die submaxillaren Drüsen schwellen gleichzeitig ab und werden indolent.

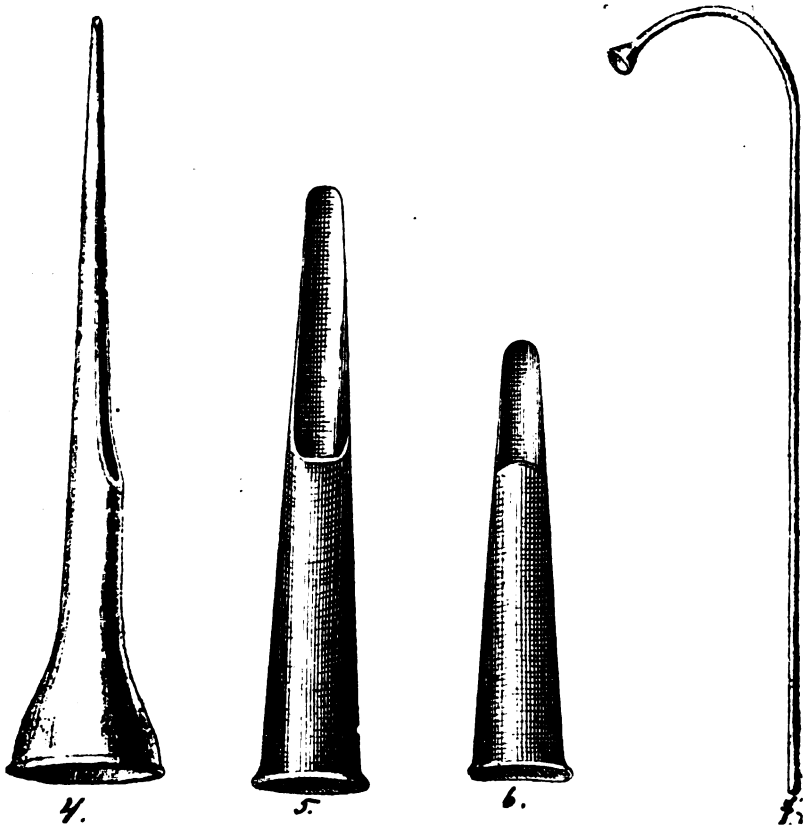
Bei stark entwickelter, veralteter Tonsillitis hypertrophica, Pharyngitis granulosa und retroarcualis mit Bindegewebewucherung tritt die Galvanocautik mit nachfolgender Trichloressigsäure-Application (concentrirte Lösung) in ihre volle Rechte ein. Das Resultat ist immer eine Genesung, der Verlauf fieberfrei und reactionslos. Nur einen Tag fühlt der Patient ein Hinderniss beim Schlucken.

7. Die Application der Trichl. im Ohre ist schmerzhaft und von Nutzen bei kleinen Granulationen. In diesen Fällen ziehe ich ihr das Resorcin vor. Bei grossen Polypen ist die Chromsäure viel wirksamer mit nachfolgendem, höchst putridem Ausflusse, welcher ganz geruchlos wird, wenn man den Schorf mit concentrirter Trichl.-Lösung recht accurat bestreicht. Um die Wände des Meat. aud. extr. vor Reiz zu schützen, ist es rathsam, dieselben vorher gut mit Vaseline einzuölen und den Ohrtrichter möglichst tief einzuführen. Die überschüssige Säure wird ausgespritzt.

* * *



Um in der Nase die Aetzung, besonders wenn es sich um die hinteren Enden der unteren Muscheln handelt, zu localisiren, benutze ich seit Jahren die von mir empfohlenen gefensternten Nasenspecula (in fünf natürlichen Grössen) wie Fig. 1⁴). — Seitdem wende ich auch Spiegel wie Fig. 2 und 3 (natürl. Grösse) bei Kindern an. — Von besonderem



Nutzen ist das neue keilförmige Modell Fig. 4 (natürliche Grösse), mit dessen Hilfe man in den engsten Nasengängen und bei leistenförmigem Vorspringen des Septums exact, schnell und mit Ersparniss von viel Zeit den Schorf localisiren kann. — Fig. 5 und 6 sind bestimmt zum Aetzen der vorderen Enden und der Seitenflächen der mittleren Muscheln: die angebrachte Platte schützt das Septum. — Fig. 7 stellt in $\frac{1}{2}$ natürl.

⁴) Stanislas de Stein: Speculums pour les cautérisations du nez. Compt. rendus et Mémoires du 4 congrès international d'otologie. Bruxelles, 10.—14. Septembre 1888, pag. 324.

Grösse ohne Griff meine Sonde mit schalenförmiger Vertiefung ($5\frac{1}{4}$ Scala Charrière und 3 Mmtr. tief) am Ende dar, auf deren Boden man Trichl.-Crystalle legt und dieselben vom Rachen aus unter Spiegelcontrolle und vorangehender Cocainisirung auf die hinteren Enden der Muscheln applicirt. Die Crystalle fallen niemals beim seitlichen Einführen heraus und das hypertrophirte Gewebe wird von der Schaaale umfasst. Dieselbe Sonde, nur mit einer anderen Krümmung, gebrauche ich beim Aetzen der Drüsen des Zungengrundes.

65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893.

(Fortsetzung zu No. 12, 1893.)

Levy (Hagenau): Ueber das Ergebniss von Gehör-Untersuchungen in Schulen und Anstalten mittels seines neuen Acumeters.

Der Acumeter, der vor zwei Jahren construiert wurde, stellt nur Luftleitung fest. Stimmgabel, Galton ist nicht überflüssig. Derselbe besteht aus einem Gefäss mit regulirbarer Ausflussöffnung, durch die ein Tropfen Wasser auf ein nur 45° geneigtes Eisenblech fällt, das auf einer Filzunterlage ruht. Die graduirte Messingstange ist auch zum Abschrauben. Der Schall des fallenden Tropfens wird von dem zu Untersuchenden wahrgenommen, indem er sein Ohr in bequemer sitzender Stellung an ein gepolstertes Fensterröhrchen legt, welches in einer bestimmten Entfernung von dem Punkt, an welchem der Tropfen auffällt, festgehalten wird. Der Tropfen ist 5 Centigramm schwer. Es fallen zwei Tropfen in der Secunde, was durch Stellung des Ausflusshahnes regulirt wird. — Vierordt hat an der Fallhöhe eines fallenden Körpers die Intensität des wahrgenommenen Schalles gemessen. Phonometer, mittelst Schrotkörner auf einer Metallplatte, zeigen einen sehr geringen Fallhöhenunterschied, der mit der Lupe abgemessen werden musste. Schwierigkeit bietet, gleich grosse Schrotkörner zu construiren, während meine Untersuchungen grosse Intensitätsdifferenzen bewirkten. Nach einigen physicalischen und physiologischen Bemerkungen über das Verhältniss zwischen Schallintensität und Schallhöhe und Hörempfindung, stellt L. für den Gebrauch folgende Punkte auf: 1) grosse Ruhe, 2) Urtheilsfähigkeit, 3) wie hoch muss bei dem Instrument die Fallhöhe sein, damit ein normales Ohr in Entfernung von 25 Ctm. den Ton noch eben wahrnimmt? 4) vor Allem vom Alter abhängig. — Die Untersuchungen, welche Votr. im Interesse der Schulhygiene empfiehlt, ergaben häufige Ohren-erkrankungen. Schüler, die als unbegabt galten, waren schwerhörig. — Man ist mit dem Instrument im Stande, auch bei hochgradiger Schwerhörigkeit die Hörfähigkeit für Luftleitung zu messen. Sehr geeignet, um einen exacten Unterschied vor und nach therapeutischen Eingriffen festzustellen. Zum Schlusse erwähnt Votr. noch, dass es zur Übung und Schärfung des Gehörsinnes verwendet wird, und zwar durch tägliche

methodische Uebungen. Votr. empfiehlt, alle Instrumente bei Optiker Majer in Strassburg zu kaufen, da dann jedes Instrument nach einem Normalinstrument graduirt und verglichen wird und so ein allgemein giltiges Maass für die Hörfähigkeit erreichbar ist.

Discussion:

Dr. Bloch wünscht zu wissen, ob Votr. vergleichende Untersuchungen mit seinem und Politzer's Acumeter angestellt hat, sowie ob die Tonhöhe des Tropfenfalles bestimmt ist. Denn auch dieser Acumeter beweist nur für seinen Ton oder seine Tongruppen.

San.-Rath Levy: Mit anderen Acumetern ist das Instrument nicht verglichen worden. Ein eigentlicher Ton fängt erst bei sehr hohen Fallhöhen an bemerkbar zu werden.

Prof. Zaufal (Prag) referirt über einen Fall von ausgedehnter Eiteransammlung zwischen Dura mater und den Schädelknochen in Folge chron. Otitis media sine perforatione membr. tympan., bei dem er die breite Eröffnung der Schädelkapsel vornahm, und da Anfangs Unklarheit über die Quelle des Eiters bestand, die Gehirnpunction durch die entzündete Dura vornahm. Am zweiten Tag nach der Operation trat Exit. let. ein und es bleibt zweifelhaft, ob in Folge eines anämischen Anfalles, da gleichzeitig chron. Nephritis bestand, oder in Folge von Mening., welche durch Uebertragung von Entzündungserregern aus dem Gewebe der hochgradig entzündeten, verdickten Dura durch die Punctionsnadel veranlasst sein konnte. Votr. fand in diesem Falle Thrombose des Sinus sigmoid. und transversus. Der Thrombus war vollständig organisiert, nirgends eine Spur von eitrigem Zerfall, wie die aus den verschiedenen Theilen des Sinus entnommenen Querschnitte bei der microscop. Untersuchung ergaben, welche theils in Abbildung, theils durch Vorlegung der betreffenden microscop. Präparate zur Anschauung vorlagen. Votr. demonstrirt ferner noch die histologischen Veränderungen in microscop. Schnitten der hochgradig verdickten Dura mater des Knochens und des Trommelfelles. Eigenthümlich ist das massenhafte Vorkommen von Hyalinkugeln in dem entzündeten Gewebe, in der Dura, in ihren nahezu 2 Ctm. hohen Granulationen, in den Knochengranulationen, in der Cutisschicht, der Membran. propr. und der hochgradig entzündeten, verdickten Schleimhautschicht des Trommelfelles. Nur in dem bezeichneten Thrombus des Sinus sigm. fanden sie sich sehr spärlich, dagegen sehr zahlreich in dem Thromb. des Sin. transversus, soweit er innerhalb des Abscesses lag.

Prof. Gradenigo: Association der Hysterie mit organischen Krankheiten des Ohres.

Gr. beschäftigt sich mit organ. Läsionen des Ohres, welche sich mit neurot. Symptomen verbinden, eine Erscheinungsform, welche von den Ohrenärzten bis jetzt nicht speciell berücksichtigt wurde. Das häufigste Symptom bildet die Otalgie verbunden mit einem leichten Catarrh des Mittelohres; dieselbe widersteht gewöhnlich hartnäckig jeder Behandlung. Diese Form kommt häufig nicht nur bei wahrhaft hysterischen Individuen, sondern auch bei solchen vor, die bloß eine Anlage zur Hysterie haben.

Die acustische Hyperästhesie, der sich eine schmerzhaft Hyperästhesie der Haut der Nachbarschaft des Ohres, der Ohrmuschel, des

Gehörganges zugesellen kann, findet man bei prädisponirten Individuen, bei den verschiedensten Läsionen des äusseren Gehörganges oder des Ohres. Dieselbe bietet den functionellen Character einer Alteration der Perception, unterscheidet sich aber functionell von den Läsionen des Labyrinthes, weil bei derselben die Herabsetzung der Hörschärfe für die verschiedenen Töne ziemlich gleichförmig ist, die Uhr relativ gut gehört wird, Schwindelanfälle und schwankender Gang gewöhnlich fehlen und ein Zunehmen der electricischen Erregbarkeit des Acust. nicht vorhanden ist. — In einigen Fällen kommt ein paradoxes Symptom vor, dass nämlich bei schwerer acustischer Hyperästhesie einer Seite Diapason vertex bloß hier vernommen wird; unter derartigen Umständen bestehen organische — und zwar zuweilen leichte — Läsionen des Mittelohres auf der erkrankten Seite und bei spontaner oder durch Suggestion entstandener Variation des Grades der acust. Hyperästhesie erkennt man, dass die Lateralisation des Diapas. vert. sich nicht ändert, und von den erwähnten Läsionen fixirt wird. Die Ursache dieser Erscheinung darf nicht in einer Simulation, sondern in dem psychischen Character gesucht werden, den im Allgemeinen die hysterische Anästhesie darbietet. — Gr. erklärt in dieser Weise gewisse scheinbar paradoxe klin. Beobachtungen, welche bez. der in Rede stehenden Frage von Jacobson und von Krzywicki (traumatische Hysterie) gemacht wurden. Er führt einige von Lucae, Bürkner, Rohrer veröffentlichte Fälle von schwerer oder vollständiger Taubheit, die von verschiedenen Läsionen des Ohres begleitet waren und deren Entstehungsweise bis jetzt unklar war, auf hysterische Hypo- oder Anästhesie zurück. Auch die period. Hämorrhagien aus dem Ohre bei hysterischen Individuen und unverletztem Trommelfell sind an leichte entzündliche Alteration des Mittelohres, die ein prädisponirendes Moment bilden, geknüpft.

Discussion:

Prof. Barth selbst hat noch keinen Fall von Hysterie des Gehörorganes beobachtet, obwohl er mehrfache Veranlassung dazu hatte, darauf zu fahnden. Demnach glaubt er, dass diese Erkrankungen sehr selten sind. Erschwert wird vor Allem die Feststellung der Krankheit auch dadurch, dass nicht nur bei Hysterie, sondern auch bei Luës und vor Allem nach Traumen atypische und sprungweise Erscheinungen sich zeigen, die nicht auf Hysterie sich zurückführen lassen. Wenn sich Widersprüche in den Erscheinungen bei Luft- und Knochenleitung finden, so liegt das sehr häufig nicht in der Art der Erkrankung oder gar an der Unbrauchbarkeit der Untersuchungsmethode, sondern recht oft an der Unvollkommenheit der Untersuchung selbst.

Prof. Zaufal erwähnt eines Falles, wo bei einem 12jähr. Mädchen, die an beiderseitiger Otitis med. supp. chron. litt und dabei für den gewöhnlichen Verkehr hinlänglich hörte, plötzlich Taubheit und durch Einführen des Catheters in die Nase (nicht in die Tuba) wieder die frühere Hörfähigkeit eintrat — hysterische Taubheit. Auch Redner legt bei der Diagnose: hysterische Schwerhörigkeit oder Taubheit das Hauptgewicht nicht bloß auf den Wechsel der Erscheinungen im Gehörorgane, sondern auch in anderen Sinnesorganen und anderen Organen.

Dr. Habermann erwähnt ausführlich einen einschlägigen Fall.

Prof. Gradenigo weist darauf hin, dass Schwindel ein sehr häufiges Symptom der Hysterie bildet, welches aber nicht mit der acust. Anästhesie in Beziehung steht. Auf die Betrachtungen Barth's eingehend, bemerkt Gr., dass Hysterie und traumatische Neurosen seiner Meinung nach sehr verwandte Begriffe sind.

Bezold: Vorläufige Mittheilung über die Untersuchung der Schüler des Münchener Taubstummeninstitutes.

Um einen Ueberblick über die Reste von Hörvermögen der Taubstummen zu gewinnen, ist es nothwendig, jedes Gehörorgan mit der ganzen Tonreihe des menschlichen Hörbereichs zu untersuchen. Mit der Prüfung des Gehörorganes auf seine Töne hat Votr. seine Perception in ihre Elemente zerlegt und wenn man die Gesamtheit dieser Elemente kennt, hat man ein vollständiges Bild seiner Hörfähigkeit erlangt. Die 79 Zöglinge des Taubstummeninstitutes wurden mit einer continuirlichen Tonreihe, welche von C² mit 16 Schwingungen bis zur oberen Hörgrenze im Galtonpfeifchen reicht, untersucht und es ergaben sich folgende Resultate.

Unter den 158 zur Untersuchung gelangten Gehörorganen fand sich 48 mal totale Taubheit. Nur 15 Individuen waren doppelseitig total taub, ein Zögling musste wegen unbrauchbarer Angaben ausgeschlossen werden. Die übrigen 108 Gehörorgane waren nur partiell taub und lassen sich in folgende Gruppen scheiden. 1) Inseln. Als Insel wurde ein kleines continuirliches Hörbereich bis zur Ausdehnung von 2¹/₂ Octaven bezeichnet. Derartige Inseln fanden sich in 28 Gehörorganen mit annähernd gleicher Häufigkeit in allen Octaven, von der grossen bis zur fünfgestrichenen. Hördauer war meist eine sehr kurze. 2) Lücken. Unterbrechungen in der Continuität der Tonreihe kamen in 20 Gehörorganen und zwar 16 mal als einfache, und 4 mal als doppelte. Ihre Ausdehnung erstreckte sich von einem 1/2 Ton bis auf 3¹/₂ Octaven. Ueber die Tonscala sind sie verbreitet von der kleinen Octave bis in den unteren Bereich des Galtonpfeifchens hinauf. Der neben den Lücken stehen gebliebene Hörrest hat eine sehr verschiedene Ausdehnung und erstreckte sich in 4 Fällen bis herab in Subcontraoctave. Hördauer war in dem nach oben gebliebenen Rest durchgängig gering, im unteren Theil nicht selten auffallend lange Hördauer. 3) Nur einmal fand sich ein Defect des ganzen oberen Bereichs bis hinab zum g², während der ganze untere Theil der Scala bis in die Subcontraoctave hinein percipirt wurde. 4) 8 mal gleichzeitiger Defect an der oberen und an der unteren Tongrenze. Hördefecte an der letzteren schwanken zwischen 1 und 6¹/₂ Octaven. Diejenigen an der oberen Grenze erstrecken sich in keinem Fall über das fünfgestrichene e herab. 5) In dieser Gruppe fanden sich am oberen Ende nur mehr unwesentliche Defecte, welche Galton 7 nach abwärts nicht überschreiten. Dagegen bestehen durchgehends grosse Defecte am unteren Ende der Scala, von 4¹/₂ bis 7 Octaven. Diese Gruppe umfasst 18 Gehörorgane. In den Gruppen 4 und 5 beschränkt sich das Hörbereich bei einem Theil der Fälle auf wenige Octaven, so dass diese letzteren in natürlicher Weise sich an die Inseln anschliessen lassen. 6) In dieser letzten Gruppe finden sich, wie in der vorigen, nur unwesentliche Defecte am oberen Ende bis zu Galton 7, aber auch am unteren

Ende nehmen die Defecte successive an Umfang ab, von 4 Octaven bis zu $\frac{1}{2}$ Octave. Dies ist, abgesehen von der Totaltaubheit, die grösste Gruppe und umfasst 33 Gehörorgane. Zehnmal reicht der Hörbereich hier mehr oder weniger weit in die Subcontraoctave hinein. Die Fälle dieser Gruppe besitzen nicht nur die ausgedehntesten Hörstrecken, sondern es ist auch die Perceptionsdauer für die zur Messung verwendeten Stimmgabeln eine durchgängig längere und oft erstaunlich. Bei der Gesamtübersicht der Gruppen tritt die Thatsache hervor, dass Defecte am unteren Ende der Scala in grösserer Häufigkeit und in grösserer Ausdehnung vorkommen als am oberen Ende. Die Schlussfolgerungen, welche aus den Hörbefunden und ihrer Zusammenstellung sich ergeben, behält sich Votr. für eine spätere Arbeit vor.

Discussion:

Dr. Bloch (Freiburg) macht darauf aufmerksam, dass man auch die Knochenleitung prüfen kann, wenn man der Press. centrip. den DV untersucht. Ferner lässt sich unter Umständen mit der binauralen Klangverstärkung mit unisonen Stimmgabeln etwa noch ein sehr schwaches Hörvermögen erkennen.

Gradenigo bemerkt, dass er seit Jahren in der Ohrprüfung nach der Hartmann'schen Methode die Knochenleitung, als zu complicirt, ganz ausser Acht lässt und ganz präzise differentielle Resultate nur mittelst der Luftleitungsprüfung erhält. Redner betont auch, dass, wo nach ihm die Differenz in den Resultaten der Prüfung mittelst Stimmgabel gegenüber denen mittelst anderen musikalischen Instrumenten in einigen Fällen existirt, nur auf das Vorhandensein bei Letzteren von Obertönen zurückzuführen ist. —

Bezold: Demonstration der continuirlichen Tonreihe.

Auf der letzten Versammlung der Ohrenärzte in Frankfurt theilte schon Votr. mit, dass es ihm gelungen ist, den Münchener Physiker Dr. Edelmann für die Herstellung der continuirlichen Tonreihe zu gewinnen, und habe er damals bereits aus seiner technischen Anstalt hervorgegangene Pfeifchen und eine daran nach abwärts schliessende Stimmgabel vorgelegt. Grössere Schwierigkeit hat, wie zu erwarten war, die Herstellung der grossen Stimmgabeln bereitet, welche den übrigen Theil der Tonscala bis zu ihrem unteren Ende enthalten. Erst in den letzten Tagen ist die ganze Reihe fertig geworden, so dass sie heute in ihrer fertigen Gestalt vorgelegt werden können.

Verschiedene Gründe haben Dr. Edelmann veranlasst, für die grossen Stimmgabeln ein anderes Material zu wählen als Stahl. Der grösste Uebelstand, welcher bisher unseren Stimmgabeln anhaftet, war die Unmöglichkeit, auch bei gleicher Form und Grösse gleich intensiv schwingende und obertönefreie Instrumente zu erhalten. Der Grund liegt in der ungleichmässigen Structur des Stahles. Deshalb hat Dr. Edelmann für die tiefen Stimmgabeln Glockenmetall verwendet. Dadurch ist nicht nur ihre Bearbeitung bedeutend erleichtert, indem ihre Rohform, ebenso wie die Glocken, durch Guss erhalten wird, sondern es ist auch damit ein Material gewonnen, was durch seine gleichmässige Structur die Gleichmässigkeit der Stimmgabel sicher stellt. Die Schwingungen

der grössten Stimmgabel aus Glockenmetall haben sich mindestens ebenso ausgiebig und lang dauernd erwiesen, als diejenige der entsprechenden Stahlstimmgabeln. Als ein weiterer Vortheil des Glockenmetalles hat sich ergeben, dass der Eigenton einer gleich grossen Stimmgabel tiefer liegt. In Folge dessen ist die unterste Stimmgabel, trotzdem sie bis zu 14 Doppelschwingungen herabreicht, nicht mehr so unförmlich lang, wie unsere bisher benutzten Stahlstimmgabeln ausgefallen. — Eine wesentliche Verbesserung hat Dr. Edelmann ferner an den Laufgewichten erzielt dadurch, dass er einem derselben eine Hohlform gegeben hat; damit ist die Stimmgabel nicht nur viel handlicher geworden, sondern sie lässt sich auch mit ihrer einen Branche dem Ohre viel mehr nähern. Die Intensität ihres Tones hat dadurch so bedeutend gewonnen, dass man 14 V. d. noch mit Leichtigkeit zu percipiren im Stande ist. Noch höher ist ein zweiter Vortheil anzuschlagen, der durch diese Formveränderung des Laufgewichtes erreicht ist. Man hat nun bei der Annäherung dieser schwingenden Stimmgabel nicht mehr das fäkelnde Kältegefühl, das im Zwischenraum zwischen den Branchen entstand, mit welchem die früheren C²-Stimmgabeln dem Ohr genähert werden mussten, und die neue Stimmgabel verräth sich dem Untersuchten absolut durch nichts anderes, als durch ihren Eigenton. Die 5 unteren Stimmgabeln sind aus Glockenmetall gearbeitet. Sämmtliche Gabeln sind vollkommen obertönefrei, alle ihre Töne bis zu 14 Schwingungen herab sind kräftig und haben eine lange Schwingungsdauer. — Für die kleineren Stimmgabeln im mittleren Bereich der Tonscala hat sich der Stahl als vortheilhafteres Material erwiesen und dieselben sind auch in ihrer Form nicht geändert.

Von allen Ohrenärzten wird es wohl mit Dank begrüsst werden, dass die Bezeichnung der Tonhöhe sowohl nach Tönen, als nach Schwingungszahlen in genügend kleinen Intervallen auf allen Stimmgabeln eingetragen sind. Dieselben werden von Dr. Edelmann selbst mit dem Chronometer bestimmt, sind also vollkommen zuverlässig. Jede höhere Stimmgabel enthält noch den obersten Ton der vorausgehenden tiefern. Die Stimmgabelreihe schliesst wie bisher nach oben mit a² ab, daran schliessen sich noch zwei gedackte Pfeifen und das Galtonpfeifchen, welche Votr. bereits in Frankfurt vorgezeigt hat. — Mit dieser Reihe hat ein langer und mit vielen Mühen vom Votr. verfolgter Wunsch seine Erfüllung gefunden. Man hat jetzt eine tadellose continuirliche Tonreihe, welche den ganzen menschlichen Hörbereich umfasst und damit die Sicherheit, dass man künftig mit gleichartigen Prüfungsinstrumenten arbeiten werde.

Discussion:

Habermann erwähnt die Appun'schen Drahtstimmgabeln.

(Schluss folgt.)

Bericht über die Verhandlungen der Section für Ohrenheil- kunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington, 5.—8. Sept. 1893.

Von

Dr. **Max Thorner** in Cincinnati, O.

Schriftführer der Section.

Nach einer kurzen Begrüssungsanrede, in welcher er auf die Bedeutung von grösseren Congressen für den Meinungsaustrausch der Special-Collegen hinwies, hielt der Vorsitzende, Dr. C. M. Hobby (Jowa City), eine Ansprache über

Die Verhütung der Taubstummheit.

Das Verhältniss der Taubstummen zur Gesamtbevölkerung bleibt, nach Volkszählungen zu schliessen, beinahe immer das gleiche. Wenn man die Irren, Idioten, Blinden und Taubstummen als einen Gesamtheil der Bevölkerung in Berücksichtigung zieht, so repräsentiren die Taubstummen ungefähr 14 pCt. derselben. Bei der Untersuchung, wie viele Fälle von Taubstummheit zu verhüten gewesen wären, treffen wir auf die von Lehrern und Verfassern von Lehrbüchern aufgestellte Behauptung, dass in 50 pCt. aller Fälle Taubstummheit angeboren sei. Diese Behauptung entspricht jedoch nicht den Thatsachen, wenigstens nicht in den Vereinigten Staaten, da man leicht nachweisen kann, dass nicht mehr als 14 pCt., und vielleicht nur 10 pCt., taub geboren sind. Erkrankungen des Mittelohres spielen auch nur eine untergeordnete Rolle in der Entstehung der Taubstummheit. Ernstliche Mittelohrerkrankungen in beiden Ohren werden in nur 14 pCt. dieser Fälle vorgefunden, und Erkrankung des Labyrinths ist in der Mehrzahl dieser Fälle anwesend. Selbst in Fällen von Scharlach sind ausgesprochene Mittelohrerkrankungen in weniger als der Hälfte der Fälle nachzuweisen.

Die hauptsächlichste Ursache von Taubheit, die Stummheit im Gefolge hat, ist in den verschiedenen Formen von Meningitis zu suchen, die während der ersten Lebensmonate vorkommen, und in der daraus entstehenden Erkrankung des Labyrinths, zumal da Cerebrospinalmeningitis ein wichtiger Factor in den Vereinigten Staaten ist.

Verhütung von Taubstummheit muss demnach ganz besonders in der Verbindung von klinischen und pathologischen Studien gesucht werden, und namentlich in der Pathologie von bisher wenig verstandenen Entzündungen der Pia mater. Grosse Schwierigkeiten entstehen in der Unmöglichkeit, Hörstörungen bei ganz kleinen Kindern nachzuweisen, und in der Thatsache, dass die Ohrenerkrankung der acuten Krankheit häufig ohne äusserliche Kennzeichen, und manchmal erst nach längerer Zeit folgt. Die Aufmerksamkeit namentlich der Hausärzte muss darauf gelenkt werden, dass Taubheit häufig ganz unbedeutend erscheinenden Erkrankungen von Kindern folgt, und dass der Verlust des Gehöres ungemein oft auftritt ohne Symptome, die auf eine Erkrankung des Ohres hinweisen.

Dr. J. A. Maloney (Washington): Otacustische Behandlung — Geschichte derselben und Behandlungsergebnisse.

Während der Verfasser sich vor dem Jahre 1886 mit physikalischen, und besonders acustischen Versuchen beschäftigte, erfand er das Instrument, dem er den Namen „Otophon“ gegeben hat. Es ist verschieden von allen anderen derartigen Apparaten, und namentlich durch zwei Hauptmerkmale:

1) Es wird nicht in den äusseren Gehörgang eingeführt;

2) es ist ein Rohr, das an einem Ende mittelst einer elastischen, zwischen zwei Hartgummiringen straff gespannten Membran verschlossen ist, und schliesst dadurch eine Luftsäule ein. Dieses Instrument wurde dem College of Physicians in Philadelphia im Jahre 1887 vorgelegt, und Versuche wurden späterhin damit in der Pennsylvania Taubstummenanstalt angestellt, wie auch an dem nationalen Collegè für Taubstumme in Washington. Der Verfasser kam dann zu der Ansicht, dass ein neues Feld in der Behandlung der chronischen Taubheit sich eröffnen möchte. Zu der Zeit war die hauptsächlichste Behandlungsmethode derartiger Zustände die Politzer'sche Luftdouche. Durch diese wurde zuweilen eine geringe Besserung durch Ausgleich des Luftdruckes auf beiden Seiten des Trommelfelles erzielt. Siegel's Otoscop und ähnliche Apparate wurden gleichfalls gebraucht; aber Erfolge waren nicht sehr häufig, da sie Geräusche hervorriefen, und das Ohr bei höheren und niederen Thieren eine Abneigung gegen dieselben besitzt.

Der Verfasser richtete darauf seine Aufmerksamkeit auf eine Methode der Massage des Gehörorgans, in welcher er Töne als Heilmittel bei chronischer Taubheit anwendete, und welche von ihm „Otacustische Behandlung“ benannt worden ist. Während der ersten zwei Jahre waren seine Arbeiten mühevoll und zeitraubend, da sie ganz und gar empirisch waren, und er sich nicht auf die Erfahrung Anderer stützen konnte. Dass theilweise Anchylosis durch diese Form passiver Bewegungen erzeugt werden könnte, wurde von einigen der hervorragendsten Ohrenärzte anerkannt. Verfasser berichtet dann eine Anzahl von Fällen, in denen er gute Resultate mit dieser Methode erzielt hat.

In der folgenden Discussion giebt Verfasser an, dass das von ihm gebrauchte Instrument zur Zeit noch nicht im Handel zu haben ist. Dr. Bishop (Chicago) und Prof. Politzer und Andere sind der Ansicht, dass das demonstrierte Instrument ein sehr gutes Hörrohr darstelle, bezweifeln jedoch, dass es therapeutisch Verwerthung finden könne.

Verfasser giebt zu, dass er in geeigneten Fällen noch andere therapeutische Hilfsmittel benutze, dass er im Wesentlichen sich jedoch ganz auf sein Instrument verlasse; er beruft sich auf die guten Resultate, die er so weit erzielt habe, und hebt hervor, dass man natürlich methodische Hörübungen mit dem Instrumente anstellen müsse.

Dr. Max Thorner (Cincinnati): Pathologische Zustände, die im Gefolge des Ohrlöcherstechens auftreten.

Die Unsitte des Durchbohrens des Ohrläppchens zum Zwecke des Tragens von Ohrringen ist ein Ueberbleibsel barbarischer Gebräuche. Zum ersten Male wird es in der Bibel erwähnt, und hat sich seitdem unverändert erhalten. Ohrringe wurden zum Theil als Amulet oder Ta-

lisan gebraucht; meistens jedoch zum Zwecke des Schmuckes, namentlich beim weiblichen Geschlecht. Auch wurden sie gelegentlich (und werden noch) als populäres Heilmittel gegen alle möglichen Krankheiten (namentlich des Auges) auch von Männern getragen. Es werden jedoch nach dieser anscheinend unbedeutenden Operation nicht selten schwere Folgezustände beobachtet. Zerstreut in der Literatur finden sich Berichte von Fällen, in denen Trismus, Erysipel, schwere Bindegewebsentzündungen, Entstellungen, Neubildungen etc. diesem verwerflichen Gebrauche gefolgt sind. Die folgenden Fälle sind von dem Verfasser beobachtet worden:

Erysipel der Ohrmuschel. Drei Fälle. Der erste betraf ein zwei Jahre altes Mädchen, die beiden anderen waren erwachsene Frauen, in denen ein schwerer Anfall von Erysipel, das sich über Hals, behaarte Kopfhaut und Gesicht erstreckte, sich bald, nachdem die Ohringe mit mehr oder weniger Gewalt eingelegt waren, einstellte.

Verletzungen. Zwei Fälle wurden berichtet, in welchen das Ohrläppchen dadurch gespalten wurde, dass die Ohringe im Laufe der Zeit durch das Läppchen durchschnitten. In einem dieser Fälle war der Ring wieder eingelegt worden, und zwar nahe dem älteren Spalte. Die Folge war, dass er wieder durchschnitt und ein dreigespaltenes Ohrläppchen resultirte. Eine Operation nach der von Knapp angegebenen Methode (ähnlich der Schnittführung bei der Langenbeck-Mirabault'schen Hasenscharten-Operation) corrigirte den cosmetischen Fehler in zufriedenstellender Weise. In einem anderen Falle hatte der Ohrring eine Oeffnung von der Grösse eines gewöhnlichen Bleistiftes verursacht. Anfrischen der Ränder und eine Sutura beseitigten diesen Defect.

Eczem der Ohrmuschel. Dieses wird häufig im Gefolge von Ohrlöcherstechen, oder nach dem gewaltsamen Einlegen von Ringen in verschlossene Löcher beobachtet, und zwar sowohl in der acuten wie chronischen Form. Das acute Eczem verschwindet gewöhnlich rasch nach Beseitigung der Ursache (i. e. des Ringes) und geeigneter Salbenbehandlung (z. B. mit Ungt. Diachyl.); das chronische ist jedoch gewöhnlich weit hartnäckiger.

Geschwülste der Ohrmuschel. Drei Fälle wurden beobachtet. Der erste war der eines Fibro-Chondroms der Ohrmuschel bei einer weissen, 32jährigen Dame. Begann vor 10 Jahren, nachdem die Gegend des Ohrläppchens, wo sich die Oeffnung befand, schon lange vorher sich in einem entzündlichen Zustande befunden hatte. Wurde zwei Mal operativ entfernt. Recidive traten jedesmal bald nach der Operation auf. Als die Geschwulst vor drei Jahren die Grösse einer kleinen Kastanie erreicht hatte, wurde sie durch eine keilförmige Excision entfernt, und ist seitdem nicht recidivirt.

Der zweite Fall war der eines typischen Fibroms der Ohrmuschel. Die Patientin war eine 35 Jahre alte Weisse. Im Alter von 15 Jahren wurden ihre Ohringe beiderseits durch einen Unfall ausgerissen. In beiden Ohrläppchen bildete sich eine Geschwulst aus, die zwei Jahre später excidirt wurde. Der linksseitige Tumor hat sich nie wieder gezeigt. Dagegen recidivirte der Tumor im rechten Ohrläppchen sechs Mal. Vor zwei Jahren hatte derselbe die Grösse einer Wallnuss erreicht,

und umfasste beinahe die ganze Ohrmuschel, die damals amputirt wurde. Seitdem kein Recidiv.

Der dritte Fall war ein Keloid des Ohrläppchens und der benachbarten Gesichtshaut. Patientin war eine unverheirathete Dame, weiss, 35 Jahre alt. In ihrem achtzehnten Jahre entwickelte sich in dem rechten Ohrloche eine kleine, äusserst schmerzhafteste Geschwulst. Während der folgenden 17 Jahre war dieselbe für sie die Ursache ungezählter Leiden. Patientin wurde im Laufe der Zeit sechs Mal mit dem Messer operirt, während ausserdem alle erdenklichen Aetzmittel, Electrolysis, subcutane Einspritzungen etc. immer und immer wieder ohne Erfolg angewandt wurden. Der Schmerz in der Geschwulst, der sie selten ganz verliess, war besonders scharf während der Menstruation. Die Geschwulst war flach, etwa $3\frac{1}{2}$ Ctm. lang und 2 Ctm. breit, erstreckte sich von den narbenförmigen Resten des Ohrläppchens in die Wangenhaut, war etwa 4—5 Mm. über das Niveau der Haut erhaben, und auf der Unterlage beweglich. Sie wurde durch einen elliptischen Einschnitt in gesunde Haut und mit einem Theile des unterliegenden Fettgewebes entfernt. Zur Zeit des Berichtes, 14 Monate nach der Operation, war kein Anzeichen eines Recidivs zu entdecken, während vorher die Geschwulst gewöhnlich nach 6 Monaten sich wieder bemerklich machte. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass es sich um ein typisches Keloid handle.

Verfasser ist der Ansicht, dass diese und ähnliche Zustände häufiger beobachtet werden, als man allgemein annimmt, und spricht die Hoffnung aus, dass die barbarische Unsitte des Ohrlöcherstechens bald der Vergangenheit angehören möge.

Discussion:

Prof. Politzer fragt, wie viele Fälle von Tumoren der Ohrmuschel im Ganzen vom Verfasser beobachtet seien, und ob er solche auch unter der farbigen Bevölkerung angetroffen habe.

Dr. Thorner hat nur die berichteten drei Fälle von Geschwülsten gesehen, die alle an weissen Patientinnen vorkamen. Er hat aber gehört, dass dieselben häufiger bei der farbigen Bevölkerung angetroffen werden.

Dr. Holmes bemerkt, dass er vier Mal Geschwülste der Ohrmuschel bei Negerinnen gesehen hat, die auf das Tragen von Ohringen zurückzuführen waren. In einem Falle nur konnte er operiren, und zwar vor vier Jahren. Ein Recidiv ist bis jetzt nicht erfolgt.

Prof. Dr. A. Politzer (Wien): Eine eigenthümliche Affection der Labyrinth-Capsel als eine häufige Ursache von Taubheit.

Eine besondere Form von Taubheit kommt gewöhnlich bei älteren Personen vor, und ist verursacht durch eine pathologische Veränderung der Labyrinth-Capsel. Bei der Untersuchung einer Anzahl von Schläfenbeinen von Personen, die an progressiver Taubheit gelitten hatten, fand der Verfasser umschriebene knöcherne Hervorragungen in der Nachbarschaft der Fenestra ovalis. Diese Protuberanzen hatten die Grösse eines Hirsekörnchens, waren gegen die Ränder zu etwas abgeflacht und unterschieden sich von den umgebenden Theilen durch ihre gelbe Farbe. Die

Schleimhautauskleidung der Paukenhöhle war gewöhnlich normal, gelegentlich jedoch etwas verdickt. Die Fenestra ovalis war in einigen Präparaten normal, in anderen aber durch die Protuberanzen etwas eingengt. Der Steigbügel war meistens unbeweglich, in einigen wenigen Präparaten jedoch ein wenig beweglich.

Veränderungen in dem Stapedio-vestibular-Gelenk wurden früher von dem Verfasser sowohl als von Anderen als durch chronischen Mittelohr-catarrrh verursacht angesehen. Das Studium der den Anwesenden demonstrierten Präparate beweist jedoch, dass diese Anschauung nicht richtig war, und dass diese Fälle, die gewöhnlich als Theilerscheinungen des trockenen, sclerotischen Mittelohr-catarrrhs angesehen wurden, in Wirklichkeit durch eine primäre Veränderung in der Labyrinth-Capsel hervorgerufen werden.

Microscopisch zeigen sich folgende Veränderungen: Die Theile, welche die Fenestra ovalis umgeben, sind in neugebildetes Knochengewebe verwandelt. Die normaler Weise vorhandene Gelenkverbindung zwischen Steigbügel und Fenestra ovalis ist gänzlich verschwunden. Die Fussplatte des Steigbügels ist häufiger verdickt bis zu dem fünf- und sechsfachen der normalen Dicke. Die knochenbildenden Veränderungen nehmen ihren Ursprung in der knöchernen Capsel des Labyrinths, und erstrecken sich bis zur Fenestra ovalis und der Fussplatte des Steigbügels; bisweilen sogar bis gegen die Cochlea und das Vestibulum. Gelegentlich verursachen die knochenbildenden Veränderungen nur partielle Ossification der Steigbügel-Vorhof-Gelenkverbindung, so dass wir in demselben Präparate einen Theil der Gelenkverbindung völlig ossificirt und einen anderen noch häutig finden. Diese partielle Ankylose erklärt, warum in einigen Fällen das Gehör für laute Stimme noch vorhanden ist.

Das neugebildete Knochengewebe färbt sich tiefer mit Carmin, und dieser Farbenunterschied macht es uns möglich, das pathologische Gewebe von dem normalen sogar macroscopisch unterscheiden zu können.

Diese eigenartigen Veränderungen, die ihren Ursprung in einer primären Entzündung der Labyrinth-Capsel nehmen, stellen eine Form der progressiven Taubheit dar; es ist jedoch eine bewiesene Thatsache, dass auch andere pathologische Zustände, die ganz und gar verschiedenen Characters sind, und die durch chronischen Mittelohr-catarrrh hervorgerufen sind, ähnliche klinische Symptome erzeugen können.

In ätiologischer Hinsicht ist wenig bekannt Dass Syphilis gelegentlich dabei eine Rolle spielen kann, ist durch die Untersuchungen von Moos wahrscheinlich gemacht worden.

Zum Schlusse weist Verf. auf die practischen Schlussfolgerungen seiner Untersuchungen hin, da sie erklären, warum unsere Bemühungen in derartigen Fällen nicht immer von Erfolg gekrönt sind. Eine Operation kann nur dann Hoffnung auf Erfolg geben, wenn noch keine Ankylosis vorhanden ist; und selbst in Fällen sofortiger Gehörsverbesserung nach der Operation können wir kaum ein bleibendes Resultat erwarten, wenn wir es mit pathologischen Zuständen, wie sie an den Präparaten demonstriert worden sind, zu thun haben; denn dieselben sind progressiver Natur, und selbst die Extraction des Steigbügels würde einen Verschluss des ovalen Fensters nicht verhindern.

Dr. Felix Cohn (New-York): Ueber die Anwendung von Stacke's Methode in chronischem Mittelohrcatarrh.

Die Resultate, die durch die gewöhnliche Operation im Mittelohr-
catarrh erzielt worden sind, sind bis jetzt nicht sehr zufriedenstellend aus-
gefallen, so dass Verf. Versuche gemacht hat, Stacke's Operationsmethode
für derartige Fälle in Anwendung zu ziehen, welche Methode er für
diese Fälle die extra-auriculäre, im Gegensatz zu der gewöhnlichen,
intra-auriculären, Methode nennt. Obgleich Fälle der Anwendung
dieser Methode bei chronischem Mittelohrcatarrh bis jetzt nicht berichtet
sind, so schien doch diese Methode a priori beträchtliche Vortheile vor
der gewöhnlichen Methode zu haben, und zwar besonders darin, dass
die Neubildung des Trommelfells verhindert werden möchte, wenn das-
selbe gänzlich mit dem Limbus entfernt würde; und dann, dass dadurch,
dass die äussere Wand des Atticus entfernt wird, eine grössere Contact-
fläche auf Steigbügel und ovalem Fenster für Tonwellen geschaffen wird;
und ferner, dass die intra-auriculäre Methode eine so durchgehende
Asepsis nicht zulässt; und dass endlich, da das Operationsfeld grösser
ist, die erfolgreiche Entfernung der Gehörknöchelchen in allen Fällen
gesichert ist. Da die Operation als ein Versuch gemacht wurde, wurde
in beiden Fällen nur ein Ohr operirt. In dem einen Falle wurde durch
die Operation ein sehr unangenehmer Tinnitus in dem betreffenden Ohre
gänzlich beseitigt und das Gehör bedeutend verbessert. In dem zweiten
Falle wurde das Gehör sofort nach der Operation sehr viel verbessert;
nach sechs Wochen hatte sich jedoch diese Verbesserung wieder ver-
loren.

Der Verfasser glaubt nicht, dass diese Methode der extra-auriculären
Operation bei chronischem Mittelohrcatarrh eine grosse Anwendbarkeit
habe. Die Methode hat sich jedoch als ungefährlich erwiesen und mag
in manchen Fällen Anwendung finden können, wo die intra-auriculäre
Methode ausgeschlossen ist. Bei verbesserter Diagnose und vorsichtiger
Auswahl der Fälle glaubt Verf., dass durch Stacke's Operation sich
bessere Resultate werden erzielen lassen, als durch die intra-auriculäre
Methode.

(Schluss folgt.)

II. Referate.¹⁾

a) Rhinologische:

Nasalasthma, mit einem circumscribten Hautödem abwechselnd.

(Asthme nasal alternant avec un oedème circonscrit de la peau.)

Von Dr. Réthi. (Archivos internationales de rinologia et laryngologia,
April 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Eine 22jährige Dame hat häufige asthmatische Anfälle in Folge von
Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln; während eines Anfalles ist die
Nase ganz verstopft. Heilung durch Cocainbepinselungen jedes Mal.
Galvanocaustik brachte Heilung; während der galvanocaustischen Be-

¹⁾ In der letzten Nummer dieser Monatsschrift soll es Seite 383, Zeile 20
von unten, statt „Laek, Leck etc.“ heissen „Hack, Heck etc.“

handlung kam jedes Mal mit der entzündlichen Reaction statt eines asthmatischen Anfalles ein umschriebenes Oedem bald der Hände, bald der Füße, bald der Vorderarme, bald des rechten Oberschenkels, jedes Mal mit schmerzhafter Hautspannung; am anderen Morgen war dann Alles verschwunden. Verf. führt Asthma und Oedem auf das Nasenleiden zurück; das Oedem ersetzte jedes Mal den Asthmaanfall, kam zu derselben Stunde und dauerte ebenso lange; mit der galvanocaustischen Zerstörung des cavernösen Gewebes hörten Asthma und Oedem auf.

Dr. P. K.

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes oder Hypertrophie der Rachtentonsille. (Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ou hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.) Von Dr. Beco. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège, séance de 2 Août 1893.)

Verf. giebt die bekannten Symptome und die Wichtigkeit der Erkrankung, betont die Einfachheit der Diagnose und die traurigen Folgen der Erkrankung bei Nichtbehandlung, rath so früh als möglich und immer chirurgisch zu behandeln. Dr. Schiffers betont, dass die Krankheit auch bei Erwachsenen vorkomme, wo aber wegen Fehlens des „adenoiden Gesichtsausdruckes“ die Diagnose schwieriger sei; solche Patienten sehen oft sehr intelligent aus; man muss eine weiche Form, welche oft bei der Pubertät von selbst verschwindet und eine harte Form, welche nur dem chirurgischen Instrument weicht, unterscheiden; die Fälle von schlecht entwickeltem Oberkiefer und adenoidem Gesichtsausdruck, welche wir bei Erwachsenen mit freiem Nasenrachenraum finden, sind auf das Vorhandensein solcher adenoiden Wucherungen im Kindesalter zurückzuführen; das Experiment am Thiere (Ziem) bestätigt diese Annahme. Die Aproxie, welche auch bei intactem Gehörsinn besteht, fehlt nie; solche Kinder geben nicht Acht, trotzdem sie gut hören; sie geben Acht, nachdem sie operirt worden sind; man muss also ein Kind mit „adenoidem Aussehen“ nicht immer zu den Minderbegabten zählen, nach überstandener Operation gehören solche Kinder oft zu den intelligenten; wenn Sprachstörungen und nieselnde Stimme noch nach der Operation bestehen, so muss man selbe auf eine Parese des Gaumensegels zurückführen; letztere verschwindet schneller bei faradischer Behandlung. Die mechanische Taubheit ist die grösste Seltenheit, gewöhnlich entsteht sie durch Entzündung vor der Operation; nach der Operation ist letztere durch Bettruhe und antiseptische Nasenbehandlung zu vermeiden; letztere Behandlung ist bei jedem an Lymphgefässen reichen Organe nach einer Operation zu beobachten. Schon die älteren Autoren haben diesen „adenoiden Typus“ beschrieben, ohne seine Ursache zu kennen; selbst die Künstler haben selben dargestellt. Die Klinik ist hier der pathologischen Anatomie zuvorgekommen; Dr. Grosjean behauptet, dass die Hypertrophie der hinteren Abschnitte der Nasenmuscheln von früher dagewesenen adenoiden Wucherungen abzuleiten sind; letztere bringen Nasenverstopfung für sich allein, ein Grund mehr, die adenoiden Vegetationen frühzeitig zu behandeln; Grosjean sah ausgesprochene adenoide Vegetationen während eines Typhusanfalles verschwinden.

Dr. P. K.

Anosmie und Cacosmie. (Anosmie et Cacosmie.) Von Dr. Luis Suné. (Revista di laringologia, otologia y rinologia, Aug. 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Einige topisch angewandte Medicamente bringen Anosmie, derenwegen der Patient mit Recht den Arzt anklagt. Als Ursache einer oft hartnäckigen Anosmie ist in erster Reihe das Chlorzink zu rechnen; selbes ist also aus der Nasenbehandlung auszuschliessen; Verf. hat in einem Fall, wo Chlorzink in selbst schwacher Lösung angewandt wurde, zwei Monate anhaltende Anosmie mit nachfolgender Cacosmie beobachtet; der Geschmack der Speisen und Getränke wurde in fétide Geruchsempfindung umgewandelt; dabei war macroscopisch nichts an der Nasenschleimhaut zu bemerken. Dr. P. K.

b) Pharyngo-laryngologische:

Die Massage bei einigen Halsleiden. (Le massage dans quelques maladies de la gorge.) Von Dr. Camillo Poli. (Gazzeta degli ospitali, Juni 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die Massage der obersten Luftwege ist eine rationelle Methode, wenn Verf. auch nicht die eclatanten, von Braun und Laker erwählten Erfolge hatte. Er gebraucht eine 20 Ctm. lange, in Form von U umgebogene Sonde, welche mit einem in eine indifferente Flüssigkeit getauchten Wattetampon versehen ist; er cocainisirt vorher mit 10procentiger Lösung und massirt alle 2 Tage während 10 Minuten. Der Mund und Pharynx wird gestrichen, das Cavum wird geklopft. Bei acuter Pharyngitis wurde die Massage schlecht vertragen, die erstere, von Gerot angerathene Massage war besser. Der beste Erfolg war bei chronischer Pharyngitis; bestehende Granulationen und hypertrophische Mandeln mussten vorher operirt werden. Bei atrophischer Pharyngitis war der Erfolg besser, wenn statt Oel oder Glycerin eine nicht indifferente Flüssigkeit, wie Jodtinctur, angewandt wurde. Dr. P. K.

Lähmung des rechtsseitigen Hals sympathicus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling. Von A. Schapring in New-York. (American Journal of Ophthalmology, October 1893. — Krankenvorstellung in der Deutschen Med. Gesellsch. von New-York, 6. Nov. 1893.)

Ein 9 Monate altes Kind weiblichen Geschlechts wird wegen seines rechten Auges vorgestellt, das die Symptome der sogenannten Horner'schen Lähmung darbietet. Das obere Lid hängt herab, wird aber beim Blick nach oben etwas gehoben, der Durchmesser der rechten Pupille ist um die Hälfte kleiner als derjenige der gesunden Seite. Es handelt sich also um Lähmung der Augenzweige des rechten Nervus sympathicus. Unterschiede in dem Füllungsgrade der Hautgefäße der beiden Gesichtshälften, insbesondere der Ohren, sind zur Zeit nicht wahrnehmbar. Nach Angabe der Mutter schwitzt die rechte Gesichtshälfte nicht. Im sechsten Lebensmonat war das Kind von einem Retropharyngealabscess befallen worden, welcher wiederholt vom Munde aus eröffnet wurde. Es war damals so elend, dass von kompetenter Seite eine lethale Prognose ge-

stellt wurde. Das Kind erholte sich aber ganz unerwarteter Weise ziemlich rasch und ist gegenwärtig im Ganzen sehr munter.

In der Literatur werden Halsabscesse als Ursache von Sympathicuslähmung wohl angeführt, doch scheint eine derartige Lähmung als Folge eines Retropharyngealabscesses bei einem Säugling noch nicht beobachtet worden zu sein.

Autoreferat.

Ueber eine bis jetzt unvollständig beschriebene Phlegmone des Halses; schwere Phlegmone der Cavitas glosso-thyroepiglottica. (Sur une variété incomplètement décrite de phlegmon du cou; phlegmon grave de la loge glosso-thyroépiglottique.) Von Dr. Brousses und J. Beault. (Revue de chirurgie, Février 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Hinten unter der Zunge gelegen, bildet diese Tasche ein Prisma mit nach oben gekehrter Basis; die obere Kante dieses Prisma ist durch die Insertion der Epiglottis an die Cartilago thyroidea gebildet; eine median gestellte Scheidewand theilt diese Tasche in zwei gleiche Theile. Eine in dieser Tasche sich entwickelnde Phlegmone hat ausser den allgemeinen Symptomen (Dysphagie, Aphonie, Dyspnoe) Anfangssymptome, welche nie trügen: Schwellung und Schmerz, localisirt an einer zwischen der Regio supra- und infrahyoidea gelegenen circumscripiten Stelle; die Schwellung ist hart anzufühlen wegen des Widerstandes Seitens der die Eiterung begrenzenden Wände; leichte Schwellung der Regio glossoepiglottica und Intactsein des Bodens der Mundhöhle, der Zunge und des Pharynx. Schwere Erkrankung wegen drohender Erstickung, Diffusion und Septicämie. Nach eingetretener Diffusion schwinden obige Symptome und der Abscess sieht einer suprahyoidalen Phlegmone ähnlich. In dem von dem Verf. beobachteten Falle war eine heftige Angina nebst Erkältung vorhergegangen; der Streptococcus pyogenes wurde in dem Eiter nachgewiesen. Im Anfangstadium soll die Laryngotomia hyothyroidea ausgeführt werden; in einem späteren Stadium, wo das Uebel nicht mehr von einem tiefen suprahyoidalen Abscess unterschieden werden kann, soll man median tief einschneiden und die Musculi geniohyoidei durchtrennen.

Dr. P. K.

Tabetisches Mundgeschwür. (Ulcère de la bouche d'origine tabétique.) Von Dr. Hudelo. (Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, Séance du 18 Mai 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Tabetisch, früher syphilitisch; trophische Läsionen im Munde, welche Anfangs in Ausfallen der Zähne und Exfoliation der alveolären Ränder beider Kieferknochen, dann in Geschwüren des Mundes bestanden. Diese letzteren sehen schmutzig aus, sind vollständig schmerzlos, dringen bis auf den Knochen und lassen von Zeit zu Zeit Knochensplitter durch ihr Lumen durch. Man kann selbe also dem Mal perforans anschliessen; sie entstehen wahrscheinlich aus einer Neuritis des Quintus, weil die Mucosa des Mundes und die ganze Gesichtshaut unempfindlich sind. Man hat also mit einem wirklichen Mal perforans des Mundes zu thun.

Dr. P. K.

Ein Fall von Tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle. Von Dr. L. Réthi in Wien. (Separat-Abdruck aus der „Wiener medicinischen Presse“. No. 19, 1893.)

Bei einem 31jährigen, weder mit Lues noch mit Tuberculose hereditär belasteten Manne, der seit 8 Jahren an Husten und zeitweilig an schmerzhaften Schlingbeschwerden und Heiserkeit gelitten hatte, wurde bei dessen erster Untersuchung im October 1888 beginnende Tuberculose der linken Lungenspitze und hochgradige tuberculöse Affection des Kehlkopfes constatirt. Bald trat auch eine solche der rechten Lungenspitze hinzu, sowie Verschlimmerung im Kehlkopfe. Nachdem der Kranke im März 1890 einige Zeit ausgeblieben war, kam er mit einem Geschwür am linken Oberkiefer, welches sich angeblich nach Extraction eines Zahnes und einiger Zahnwurzeln gebildet hatte. Das atonische Geschwür reichte vom zweiten Schneidezahn bis zum ersten Molaris und wies deutlich den Character tuberculöser Geschwüre auf. Ein excidirtes Stückchen zeigte Rundzelleninfiltration, Langhans'sche Riesenzellen, spärliche Tuberkelbacillen. Syphilis hatte Patient nie gehabt, auch blieb Jodkali erfolglos. Wiederholte Excochleation und Milchsäureapplication half nur vorübergehend. Im Sommer 1891 war schon Communication mit der Nasen- und Kieferhöhle constatarbar. Am linken Oberkiefer fehlten alle Zähne, ein Stück des harten Gaumens. Der Substanzverlust durchsetzte die ganze Dicke des Proc. alveolaris, man sah den unteren Nasengang und gelangte aussen von ihm mit der Sonde in die Kieferhöhle. Die linke Nasenhälfte war durch Verdickung der Schleimhaut der Concha inferior impermeabel. Im März 1892 Paquelinisirung des ganzen Geschwüres und Abmeisselung eines Theiles des harten Gaumens auf der Klinik Albert. Stellenweise Uebernabung, wegen Schling- und Sprachstörung Application eines Gebisses mit Obturator. Bald bedeckte sich der Substanzverlust wieder mit tuberculösen Granulationen, am Halse traten Drüsenschwellungen und ein kalter Abscess auf. Ende Februar 1893: hochgradige Cachexie in Folge vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopfhypothese, der Mundhöhlen-Defect vom zweiten linken Mahlzahn fast bis zur Mittellinie reichend, das Geschwür umgreift sogar den rechten zweiten Schneidezahn. Das Septum narium, die exulcerirte, grau granulirte, eitrig belegte Kieferhöhlenschleimhaut, untere Nasenmuschel gut sichtbar, ferner durch die Rhinoscopia anterior eine vom Nasenboden emporsteigende, doppelterbsengrosse, grauröthliche Wucherung, an welcher letzterer vorbei die Sonde in die Mundhöhle gelangt. Patient starb, wie R. später vernahm, an intercurrenter Influenza-Bronchitis. Hitschmann.

Innere Behandlung der acuten Pharyngo-Amygdalitis. (Traitement médical de l'amygdalite et de la pharyngite aiguës.) Von Dr. James E. Newcomb. (La Revista medico-quirurgica, October 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die Wirkung der Medicamente bei meist von selbst heilenden Krankheiten ist schwer zu beurtheilen. Bei der acuten Pharyngo-Amygdalitis schien Salol (zweistündlich 5 Gramm) am besten, dann Tinct. guajaci ammoniacalis (zweistündlich 1 Gramm) und dann erst Natron salicylicum am langsamsten zu wirken.

Dr. P. K.

Pharynxblutung. (Sur un cas de pharyngite hémorrhagique.) Von Dr. Natier. (Société française d'otologie et de laryngol., Séance du mois de Mai 1893.)

Ein 20jähriger Sänger bekommt nach Ueberanstrengung der Stimme Blutspeien, welches sich am Abend und am anderen Morgen in vergrössertem Maasse wiederholte. Nach 2 Tagen bemerkt Verf., dass das Blut von der rechten hinteren Pharynxseite kommt; Varices bestehen nicht; die Blutung dauerte im Ganzen acht Tage. Ergotin, Bepinselungen mit Citronensaft und Chlorzink brachten Heilung. Dr. P. K.

Ueber acute rheumatische Pharyngomyositis. (Sur la pharyngomyosite aigue rhumatismale.) Von Dr. Mercantino. (Gazzeta medic. di Torino, December 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Seltene, in den meisten Handbüchern nicht angeführte Krankheit. Sie ist gekennzeichnet durch ihr Entstehen durch Erkältung, starke, bei Druck und Schlucken sich steigernde Schmerzen, normales oder kaum geröthetes Aussehen des Pharynx, gar kein oder kaum bemerkbares Fieber, schnelle Heilung durch Antirheumatica, Massage und warme Aufschläge. Dr. P. K.

Ueber Amygdalitis, über deren verschiedene Formen, Ausgang und Behandlung. (Les amygdalites, leurs diverses formes, terminaison et traitement.) Von Dr. V. Grazzi. (Il Sordomuto, Juli 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. sieht in den Mandeln lymphatische, Leucocyten bildende Drüsen; sie hätten also keine mucinbildende (Pessen) und keine geschmackvermittelnde (Petras) Functionen. Alcalien, Hitze und Cocain wirken am besten. Hydrotherapie hilft gegen Recidive. Die parenchymatöse Amygdalitis muss ebenso behandelt werden; Prognose schlechter. Dr. P. K.

Verhältniss der Zungenmandelblutungen und der Lungenblutungen. (Hémorrhagies de l'amygdale linguale et hémoptysies.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1893.)

Bei zweifelhaften Blutungen aus den Respirationsorganen soll vor Allem der Pharynx und der Larynx untersucht werden. Oft entstehen solche Blutungen aus varicös erweiterten Venen der Zungenbasis, wovon Moure und Manon zwei Fälle anführen. Verf. sucht durch drei Fälle die Rolle der hypertrophischen Zungentonsille bei solchen Blutungen festzustellen: Husten ist ein Symptom der hypertrophischen Zungenmandel; dieser Husten ist sehr hartnäckig, beunruhigt den Pat. sowohl, als den behandelnden Arzt; kommen nun Blutungen aus den varicös erweiterten Zungenbasisvenen hinzu, so ist die Furcht noch begründeter; wenn auch keine Varicen vorhanden sind, so können dennoch Blutungen aus der Zungenbasis entstehen; man kann solche als capilläre Blutungen ansehen; zur Zeit der Menstruation entstehen solche Blutungen am leichtesten. Dr. P. K.

Blutspelen und Blutungen aus der Zungenmandel. (Hémoptysis et hémorrhagies de l'amygdale linguale.) Von Dr. Joal. (Société française d'otologie et de laryngologie, Séance du mois de Mai 1893.)

Verf. erzählt drei Fälle, wo wegen anderweitiger Symptome Blutspelen als beginnende Tuberculose gedeutet wurde, während das Blut ganz einfach aus der Zungenmandel kam.

Dr. P. K.

Ein Fall von Tonsilla pendula mit Perforation des hinteren Gaumenbogens. Von Dr. L. Réthi in Wien. (Separatdruck aus „Wiener medicinische Blätter“, No. 14, 1893.)

Nach einer Uebersicht über die wenigen veröffentlichten Fälle von Tonsilla pendula berichtet R. seine eigene Beobachtung. Der 35jährige Patient hatte im dritten Jahre Masern, nachher oft Halsentzündungen und Schnupfen durchgemacht. Zu jener Zeit traten öfters Anfälle von Krampfhusten, jeden zweiten bis dritten Tag auf, auch noch mitunter in den letzten Jahren, besonders bei zufälliger acuter Pharyngitis oder Laryngitis. Die ärztliche Untersuchung hatte sich stets nur auf die Brustorgane beschränkt, an eine Inspection des Halses oder Kehlkopfes kann sich Patient nicht erinnern. Herz und Lunge waren normal. Larynxschleimhaut nur über den Aryknorpeln etwas geröthet, die Stimmbänder röthlich. Die linke Mandel, viel kleiner als die rechte, prominirte nur wenig zwischen den Gaumenbögen und vom linken Arcus palatopharyngeus ging hoch oben von der vorderen Fläche desselben, 0,5 Ctm. unterhalb der Vereinigungsstelle der beiden Gaumenbögen ein dünner Stiel von der Farbe der letzteren ab. Er legte sich dem hinteren Gaumenbogen dicht an und endigte in einem halbhaselnussgrossen Tumor, der in den laryngealen Theil des Rachens hinabhing, den linken Rand der Epiglottis fast erreichte und das Aussehen einer mässig zerklüfteten, gefurchten und mit kleinen Spalten und Oeffnungen versehenen Gaumenmandel darbot.

Dieser Befund war mit einer, an und für sich seltenen angeborenen Perforation des hinteren Gaumenbogens derselben Seite combinirt. Am linken hinteren Gaumenbogen war eine dem freien Rande des Gaumenbogens parallele schlitzförmige Oeffnung, die knapp unter der Ansatzstelle des Stieles der pendelnden Tonsille begann und 1,5 Ctm. lang nach unten verlief. Der Rand der Oeffnung war glatt, gleichmässig, nirgends narbig. Deglutition und vollständiger Abschluss gegen den Nasenrachenraum war im Gegensatze zu den ulcerösen Defecten intact. Da anderweitig nichts Pathologisches zu finden war, durften wohl die Hustenanfälle durch den Reiz der pendelnden Geschwulst auf den Kehldedeckel ausgelöst worden sein. Die Abtragung des Stieles von der Insertion geschah mit der Scheere, die Stillung der ziemlich intensiven Blutung mit dem Thermocauter. In den seither verflossenen zwei Jahren trat kein krampfhafter Hustenanfall mehr auf.

Die Untersuchung des Tumor ergab Plattenepithel an der Oberfläche, darunter diffus angeordnetes adenoïdes Gewebe, in welchem umschriebene, in ein derbes bindegewebiges Stroma eingelagerte Follikel vorhanden waren.

Hitschmann.

Submucöse, sich wiederholende Blutungen der wahren Stimmbänder.
(Hémorrhagies sousmuqueuses et à répétition des cordes vocales inférieures.) Von Dr. Poyet. (Société française d'otologie et de laryngologie, Séance du mois de Mai 1893.)

Eine Sängerin empfindet plötzlich bei Ueberanstrengung der Stimme Schmerz in der Schildknorpelgegend; Heiserkeit und darauf gänzliche Aphonie mit dem beständigen Bedürfniss, zu husteln; sonst nicht krank. Rechtes wahres Stimmband ecchymotisch angeschwollen, Heilung nach 10 Tagen. Nach fünf Monaten dasselbe Ereigniss und dieselbe Ursache.

Eine Sängerin bekam Heiserkeit beim Singen hoher Töne während der Menstruation; das Stimmband war schwarz, beträchtlich angeschwollen, einer Olive ähnlich. Heilung nach 3 Wochen; drei Mal Recidive unter denselben Verhältnissen.

Der dritte Fall betrifft einen Bluter, welcher ausserdem noch Blutspenien hatte. Vier Recidiven. Dr. P. K.

III. Kritik.

Handbuch der Ohrenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Schwartz, Königl. preuss. Geh. Medicinalrath und Director der Königl. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. II. Band. Mit 177 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1893.

In verhältnissmässig kurzer Zeit ist dem ersten, in dieser Monatschrift bereits besprochenen Bande dieses umfangreichen Werkes¹⁾ nunmehr der zweite gefolgt und damit das Werk vollendet. Programm-gemäss enthält dieser 903 Druckseiten starke Band die ausführliche Schilderung der speciellen Pathologie und Therapie der Ohrenkrankheiten, eine kurz gefasste Beschreibung der Nasenrachenkrankheiten und zum Schluss eine Geschichte der Ohrenheilkunde bis zum Beginne der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts.

Bei Beschreibung der Ohrenkrankheiten ist die anatomische Reihenfolge eingehalten, so dass mit der Schilderung der Krankheiten des äusseren Ohrtheiles begonnen wurde. In zwei Kapiteln, deren erstes die Krankheiten der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges, das zweite die Krankheiten des Trommelfelles schildert, hat Prof. Kirchner in klarer und lehrreicher Weise das Wissenswerthe mitgetheilt. Kirchner ist hierbei in den Hauptsachen den Lehren der Wiener Schule, an der er seine Ausbildung genoss, treu geblieben, und was er mittheilt und die Art, wie er es mittheilt, trägt den Stempel einer auf reichlicher Erfahrung sich stützenden Ueberzeugung. In den einzelnen Paragraphen werden die Verletzungen, das Othämatom, die Perichondritis, die Phlegmone und Gangrän der Ohrmuschel, Verbrennungen und Erfrierungen, Eczem, Herpes, Syphilis, dann die selteneren Hautkrankheiten, wie Pruritus, Lichen ruber, Pityriasis, Psoriasis, Lupus, sowie die Neurosen der Ohrmuschel abgehandelt. Bei Beschreibung der Krankheiten des äusseren Gehörganges wird die Otitis ext. circumscripta und diffusa besprochen,

¹⁾ s. No. 2, 1893 dies. Monatschr.

sodann das Eczem, die Verletzungen, die Secretionsanomalien (Cerumenpfröpfe), die im Gehörgange vorkommenden thierischen und pflanzlichen Parasiten, die Syphilis und die Neurosen.

Bei den Krankheiten des Trommelfelles finden wir geschildert die acute und die chronische Entzündung des Trommelfells, die Verletzungen des Trommelfelles und zum Schluss die Syphilis und Tuberculose dieser Membran.

Es ist wohl nicht möglich, in dieser Besprechung die Details zu berühren; es reicht hin zu sagen, dass das Wissenswerthe vom Autor mitgetheilt ist und dass die schlichte, vornehme Diction ganz besonders anspricht.

Die Krankheiten des Nasenrachenraumes (III Kapitel) sind von Prof. Trautmann abgehandelt. Mit einer kurz gefassten Geschichte der Entwicklung der Anatomie und Pathologie der in Rede stehenden Gebilde leitet Verfasser seine Abhandlung ein, beschreibt dann in fasslicher Weise die Untersuchungsmethoden des Nasenrachenraumes an der Leiche, die microscopische Untersuchung der einzelnen Gebilde inbegriffen, um die Untersuchung am Lebenden anzureihen. Hierbei bespricht er die verschiedenen Beleuchtungsmethoden, von denen er die mit electricischem Lichte allen anderen vorzieht.

Als acute Krankheiten des Nasenrachenraumes schildert Verf. 1) den acuten Nasenrachen-catarrh, 2) das Erysipel, 3) die Phlegmone, 4) die Diphtherie und 5) den Croup.

Beim acuten Nasenrachen-catarrh unterscheidet er einen einfachen, nicht infectiösen, fieberlosen und einen infectiösen, fieberhaften. Für letzteren nimmt Verf. als Ursache Microorganismen an; eine Annahme, welche wohl plausibel erscheint, aber nicht ganz erwiesen ist.

Als chronische Krankheiten des Nasenrachenraumes beschreibt Verf. den chronischen Nasenrachen-catarrh, den hyperplastischen Nasenrachen-catarrh (Hyperplasie der Rachen tonsille, adenoide Vegetationen), den atrophischen Nasenrachen-catarrh, die Syphilis, die Tuberculose und die Neubildungen des Nasenrachenraumes. Daran reiht sich eine kurze, aber lehrreich gehaltene Schilderung der Missbildungen dieser Gegend, sowie der Fremdkörper und des Emphysems des Nasenrachenraumes. Lehrreiche Illustrationen erleichtern das Verständniss der Beschreibung, in welcher wir den tüchtigen, erfahrenen Kliniker und vorzüglichen Lehrer schätzen lernen.

Die Krankheiten der Paukenhöhle und der Tuba Eustachii sind von Prof. Walb geschildert. Verf. beschreibt zunächst den acuten und chronischen Catarrh der Paukenhöhle und unterscheidet beim chronischen Catarrh eine einfache Form (Otitis med. catarrhalis chron. simplex) und eine hypertrophische Form (Otitis med. catarrh. chron. hypertrophica), während er die Sclerose der Paukenhöhlenschleimhaut für sich abhandelt. Diese Eintheilung, welche sich der von Gruber in dessen Lehrbuche (I. Aufl., 1870) aufgestellten und von diesem Autor seit der Zeit auch beibehaltenen einigermaassen nähert, kann deshalb nicht unseren vollen Beifall finden, weil bei der hyperplastischen Mittelohrentzündung das Hauptmerkmal des Catarrhs, die vermehrte Absonderung, vom Beginne der Krankheit an nicht nur ganz fehlt, sondern dabei gerade das Entgegengesetzte (übermässige Trockenheit der

Schleimhaut) beobachtet wird. Wir müssen uns doch endlich gewöhnen, als Kriterium des Catarrhs das gelten zu lassen, was schon in der Benennung liegt, und alle jene Entzündungsformen, welche dieses Kriterium nicht zeigen, als eine eigene Art anzusehen.

Die Beschreibung, die Verf. von der Sclerose der Paukenhöhlenschleimhaut liefert, entspricht nach Auffassung des Referenten nicht einer einzigen Krankheitsform, sondern sie umfasst die Merkmale, wie wir sie bei verschiedenen Formen finden. Zumeist sind sie die Folge trophischer Störungen, wie sie nach Verfassers richtiger Angabe bei nervös Belasteten vorkommen; ein anderer Theil ist sicherlich ein späteres Stadium der hyperplastischen Mittelohrentzündung. Zu den letzteren möchten wir ganz besonders jene Fälle zählen, bei welchen es nach Angabe des Verfassers zur Ankylose der Gehörknöchelchen und besonders der Stapesplatte kommt.

Womit wir uns in dieser Abhandlung weiters nicht befreunden können, das ist die genaue Begrenzung der Entzündungsprocessse auf die einzelnen Theile des Mittelohres. Nach unserer Erfahrung ist der Catarrh der Paukenhöhle in der überwiegend grossen Mehrzahl der Fälle mit Catarrh der Eust. Röhre combinirt und es ist kaum daran zu zweifeln, dass die Schleimhaut des Antrum und der nächsten Mastoidzellen ein gleiches Verhältniss zeigt. Wir glauben, es ist deshalb practischer, da wir doch nicht immer im Stande sind das Mitergriffensein der genannten Mittelohrgebilde zu negiren, bei der gewohnten, mehr allgemeinen Bezeichnung zu bleiben und auch dann von Catarrh des Mittelohres zu sprechen, wenn die Schleimhaut der Trommelhöhle der zumeist befallene Theil ist. Schon der Umstand, dass der Catarrh des Mittelohres in den meisten Fällen ein von der Nasenrachenschleimhaut her fortgeleiteter ist, wobei er ja die Tuba Eust. passiren muss, spricht für die Berechtigung des gegen die Eintheilung des Verfassers erhobenen Einwandes, und dass das Ignoriren dieser Thatsache nicht blos zu diagnostischen, sondern auch zu prognostischen und therapeutischen Irrthümern führen kann, leuchtet wohl ein.

So wenig wir uns aber auch mit der Eintheilung der Krankheitsformen, wie sie dem Verf. beliebt, befreunden können, so müssen wir andererseits wieder unseren vollen Beifall aussprechen über die ausgezeichnete Schilderung sowohl der Symptomatologie als auch der Therapie der einzelnen Krankheitsformen.

Als Entzündungen der Paukenhöhle werden angeführt: a) die acute einfache Paukenhöhlenentzündung (*Tympanitis acuta simplex*), b) die Myringo-Tympanitis acuta, c) die perforirende Mittelohrentzündung (*Tympanitis perforativa — Otitis media perforativa*), d) die chronische Paukenhöhleneiterung (*Tympanitis purulenta chronica — Otitis media purulenta chronica*), e) Erkrankungen des Kuppelraumes der Paukenhöhle (*Atticus tympanicus*). — Als spezifische Entzündungen der Paukenhöhle führt Verf. vor: a) die Diphtheritis der Paukenhöhle (*Otitis med. diphtheritica*), b) den Croup der Paukenhöhle (*Otitis med. crouposa*) und c) die Tuberculose der Paukenhöhle. Daran reiht er eine Beschreibung der „Residuen abgelaufener Entzündungen. *Tympanitis cicatricia*. *Otitis med. cicatricia*“. Dass diese letzteren zwei Bezeichnungen für keine Form der Entzündung bezeichnend sind, braucht nicht näher erörtert zu werden.

Die Ansicht des Verfassers, dass nicht jede chronische Mittelohreiterung aus einer acuten Mittelohreiterung hervorgehe, hat seine Richtigkeit, dass es aber immer eine Herderkrankung sein müsse, aus der die chronische Ohreiterung hervorgeht, können wir nicht zugeben. Jede andere Entzündungsform, z. B. die catarrhalische, kann unter gegebenen Verhältnissen in die eitrige Form übergehen und es können constitutionelle oder auch äussere Momente zur chronischen Eiterung führen, wobei freilich, wie Verf. ganz richtig hervorhebt, gewisse Abschnitte des Mittelohres, wenn sie von der Entzündung ergriffen sind, durch ihre anatomische Beschaffenheit schwerer ausheilen und darum leicht den langwierigen Verlauf bedingen.

Auch hier sind die Erscheinungen, wie sie sich der Untersuchung darbieten, mit grossem Verständniss und Klarheit geschildert und überall die Therapie ausführlich angegeben. Bei jenen Mittelohrentzündungen, wo das Trommelfell hochgradig eingesunken, aber nicht perforirt erscheint, empfiehlt Verf., und wir stimmen ihm gerne bei, wenn der Zustand nicht bald gebessert werden kann, die Tenotomie des Tensor tympani. Durch die frühzeitig ausgeführte Operation kann thatsächlich dem grossen und bleibenden Nachtheil, der aus dem lange bestehenden stärkeren Drucke auf die tieferen Gebilde resultirt, vorgebeugt werden.

Bei den als Residuen abgelaufener Entzündung beschriebenen Zuständen werden die bleibende Trommelfellperforation, dann die verschiedenen Synechien, die abnormen Narben, sowie die histologischen Veränderungen des Trommelfells (Verkalkungen, Verdickungen etc.) beschrieben und die dagegen gebräuchliche Therapie angegeben. Bei der Beschreibung der künstlichen Trommelfelle vermissen wir die von Gruber angegebene Modification des Toynbee'schen Trommelfells. Die nach Gruber's Angabe gefertigten Trommelfelle sind deshalb von grossem practischen Werthe, weil sie aus verschiedenen Stoffen hergestellt werden können, was erfahrungsgemäss sehr vortheilhaft ist; weil der Kranke sie selbst anfertigen kann, wodurch der Kostenpreis ein minimaler ist; und last not least, weil sie Tag und Nacht getragen werden können und oft wochen- ja monatelang nicht gewechselt zu werden brauchen.

Als weitere pathologische Veränderungen führt Verf. an: „Die Verletzungen der Paukenhöhle“ (?), die Erkrankungen der Binnenmuskeln der Paukenhöhle, wo hauptsächlich die Muskelkrämpfe berücksichtigt werden, und „die Neuralgie der Paukenhöhle“. Den Schluss bildet eine Schilderung der „Erkrankungen der Tuba Eustachii“, als welche a) die Entzündung der Tuba (Salpingitis), und zwar 1) in Form des acuten Catarrhs, 2) als entzündliche Processe, wobei auch der chronische Verlauf dieser beiden Krankheitsformen gewürdigt wird, und b) die Verletzungen der Tuba abgehandelt werden.

Die Krankheiten des Warzentheiles sind von Prof. Bezold beschrieben. Dieser Autor, welcher sich viel mit der Anatomie dieses Schläfebeintheiles beschäftigte, zeigt seine Vertrautheit mit dem Gegenstande, den er bearbeitet, gleich in der Einleitung, indem er ganz richtig darauf hinweist, dass sich in practischer Beziehung der Warzenthail nicht so genau begrenzen lässt, wie es angezeigt wäre, indem die pneumatischen Zellen sich oft weit über den eigentlichen Warzenthail hinaus in das Hinterhauptbein, in die Schuppe des Schläfenbeins und noch

weiter fortsetzen und auch mit den Zellen im Warzenfortsatze communiciren; ein Umstand, der in practischer Beziehung von grosser Bedeutung ist. Schon die wenigen in den Text gedruckten, nach Corrosionspräparaten gefertigten Illustrationen beweisen die Richtigkeit dieser Anschauung, auf welche der Practiker immer Rücksicht nehmen muss.

Die eigentliche Nosologie des in Rede stehenden Ohrtheiles beginnt Verf. unter der Ueberschrift: „Betheiligung der Pars mastoidea an den acuten Erkrankungen der Paukenhöhle“. Es geschieht hier zunächst der bekannten Befunde bei Neugeborenen Erwähnung (Verdickung, Hyperämie und Blutextravasate in der Mucosa mit theils serös blutigem, theils eitrigem Secret), welche sich nicht nur in der Trommelhöhle, sondern auch in der Warzennische vorfinden. Die im Gefolge eines Tubenverschlusses auftretenden Veränderungen im Mittelohre erstrecken sich nach B. über die sämmtlichen Theile desselben. An der Hyperaemia ex vacuo muss die ganze Schleimhautauskleidung des Mittelohres gleichmässig theilnehmen und ebenso wird die Transsudation in gleichem Verhältniss in der Gesamtheit der von der Ventilation abgeschlossenen Räume stattfinden. Die grosse Menge des Exsudats, welche sich bei Paracentese des Trommelfells in manchen Fällen entleert, zeigt schon nach seiner Ansicht darauf, dass sie nicht aus der Trommelhöhle allein stammen kann und wir sehen somit, dass auch Bezold unserer früher ausgesprochenen Ansicht betreffs der strikten Begrenzung der Catarrhe oder der Phlegmone auf die Trommelhöhle allein beipflichten muss.

Verf. bespricht die bei Morbillen auftretende eitrigte Entzündung, als deren Haupterreger Scheibe den Streptococcus, halb so häufig den Staphylococcus albus, etwas seltener den Staphylococcus aureus vorfand. Im Ganzen lehren die anatomischen Untersuchungen, dass bei Morbillenkranken eine Ansammlung von wirklichem Eiter sowohl in den Haupträumen als in den Warzenzellen des Mittelohres nicht nur viel häufiger vorhanden ist, sondern auch sehr viel häufiger spontan wieder zur vollständigen Resorption gelangen kann, als wir dies nach den Beobachtungen am Lebenden geahnt haben.

Ein sehr bedeutender Einfluss auf den Verlauf des entzündlichen Processes im Warzenfortsatz kommt nach Bezold der Entwicklung der Warzenzellen selbst zu, indem bei reichlichen Zellen die Resorptionsfähigkeit wegen der grösseren Verbreitung der Schleimhaut stärker ist, als bei einfachen grossen Zellen. Nach der Erfahrung von Murell soll bei Negern unvermischter Rasse, bei denen der Warzenfortsatz wenig ausgebildet ist, chronische Mittelohreiterung relativ selten, Entzündung des Warzenfortsatzes äusserst selten vorkommen.

Bei Schilderung der Symptome und des Verlaufes des Empyems der Warzenzellen bezeichnet B. die hinter der Muschel und unter der Linea temporalis gelegene Stelle, welche er Fossa mastoidea nennt und welche dem Antrum mast. entsprechen würde, als diejenige, wo die Schmerzhaftigkeit auf Druck immer (?) am intensivsten ist. Dieser zunächst zeige sich die Vorderfläche der Warzenfortsatzspitze und die hintere Umgebung des Warzenfortsatzes am empfindlichsten.

Nach genauer Beschreibung der sonstigen subjectiven und objectiven Symptome, sowie der zur Mastoiditis sich mitunter gesellenden Complicationszustände bespricht Verf. die Therapie der Warzenthleilentzündung.

Die Frage, in welchen Fällen die Eröffnung des Empyems vorzunehmen ist, beantwortet Verf. dahin, dass „in allen Fällen, in welchen die Grösse der erkrankten Höhlen das Maass überschreitet, welches eine Resorption des Eiters noch erwarten lässt“, die Eröffnung vorzunehmen sei. Uns scheint, dass diese theoretische Deduction für die Praxis nicht zu verwerthen ist, da wir für die Diagnose der Grösse der Warzenzellen am Lebenden nicht den geringsten Anhaltspunkt haben, ja nicht einmal mit Bestimmtheit angeben können, ob wir im gegebenen Falle auch nur eine Zelle vorfinden werden. Schmerzhaft, stark entwickelte Warzenfortsätze erweisen sich gar nicht selten ganz eburnisirt, ohne eine einzige Zelle, und entgegengesetzt kommt es vor, dass man bei der Eröffnung auf ausgedehnte, mit Eiter erfüllte Zellen stösst, wo man sie am wenigsten vermuthet hätte. Bei dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft scheint es uns viel rathsamer, jeder vagen theoretischen Speculation auszuweichen und aus dem Complex der Erscheinungen im gegebenen Falle die Indication für die Operation oder für deren Unterlassung zu deduciren. Wer wollte auch bestimmen, ob selbst kleine Eiterherde sicher ausheilen, und welcher Gefahr setzt man den Kranken aus, wenn dies nicht geschieht?

Nachdem Verf. noch die Caries und Necrose des Warzentheiles, das Cholesteatom im letzteren sowie die Prognose und Therapie der chronischen entzündlichen Erkrankungen des Warzentheiles in lehrreicher Weise besprochen, widmet er zum Schlusse eine kurze Besprechung dem Empysem, Pneumatocele, der traumatischen Verletzung mit Einschluss der Schussverletzungen und deren Behandlung. In allen Theilen der Abhandlung wird die ältere sowohl wie die neuere Literatur berücksichtigt, und wenn wir uns eine Bemerkung erlauben dürfen, ist es die, dass Verf. zuweilen minderwerthige Arbeiten mit solchen, die eminenten sind, auf gleiche Stufe stellt, ein Umstand, der, nebenbei gesagt, in der neueren Literatur leider nur zu oft in die Augen springt. G.

(Schluss folgt.)

Notizen.

Der VIII. internationale Congress für Hygiene und Demographie in Budapest.

Das Executiv-Comité hat in seiner letzten Sitzung den Zeitpunkt und die Eintheilung des Congresses definitiv festgesetzt, und zwar in folgender Weise. Der übliche Begrüssungsabend fällt auf den 1. September; Eröffnung des Congresses am 2., Sections-Sitzungen am 3., 4., 5., 7. und 8., Schluss-Sitzung am 9. September. Der 6. September ist als Ruhetag für jene kleine Ausflüge reservirt, welche in das Programm des Congresses aufgenommen wurden. Die im Anschluss an den Congress zu veranstaltende hygienische Ausstellung wird bereits vorbereitet; dieselbe wird keine Industrie-Ausstellung sein, sondern nur solche Gegenstände umfassen, welche zur Erklärung und zum Studium der in das wissenschaftliche Programm aufgenommenen und auf dem Congress zum Vortrag gelangenden Fragen dienen. Zu den wichtigsten und interessantesten Berathungen wird die für den 4. Sitzungstag anberaumte

grosse Diphtheritis-Debatte zählen. Die Frage gelangt bekanntlich im Sinne der Beschlüsse des Londoner Congresses zur Verhandlung und es wurde dieselbe durch das Executiv-Comité auf der breitesten, und zwar auf internationaler Grundlage derart vorbereitet, dass in jedem Lande eine besondere Commission nach gründlichem Studium seine Vorschläge verfasst, welche in der vereinigten Sitzung der Sectionen für Bacteriologie, Prophylaxis und Kinder-Hygiene die Grundlage der Berathung bilden werden. Das Präsidium in diesen Commissionen haben in den einzelnen Ländern die folgenden Forscher übernommen: in Deutschland Prof. Fr. Löffler (Greifswald), in Oesterreich Prof. Wiederhofer (Wien), in England Dr. Eduard Seaton (London), in Bayern Prof. H. Ranke (München), in Belgien Dr. Ed. Tordens (Brüssel), in Frankreich Dr. Roux (Paris), in Ungarn Dr. Kornel Chyzer (Budapest), in Italien L. Pagliani (Rom), in Schweden Prof. E. Almquist (Stockholm), in den Vereinigten Staaten Prof. Billings (New-York), in Russland Prof. Nicolaus Filatow (Moskau), in Serbien Dr. Paul Szteics Ober-Physicus (Belgrad), in Spanien Prof. Francis Criado y Aguilar (Madrid), in Rumänien Dr. D. Sergiu (Bukarest), in Schweiz Prof. Ed. Hagenbach-Burkhardt (Basel), in Dänemark Prof. S. T. Sørensen (Kopenhagen), in Norwegen Prof. Axel Johannessen (Christiania).

Der nach dem Congress zu veranstaltende Ausflug nach Constanti-nopel wird durch den Umstand an Interesse gewinnen, dass die Mit-glieder des Congresses im Anschlusse an diesen Ausflug auch die Stadt Belgrad besuchen werden, von wo eine diesbezügliche Einladung er-gangen ist.

I N H A L T.

I. Originalien: von Stein: Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des Acidum trichlor-aceticum. — 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11. — 15. September 1893 (Fortsetzung). — Thorner: Bericht über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses in Washington, 5. — 8. Septbr. 1893. — II. Referate: a) Rhinolo-gische: Réthi: Nasalasthma, mit einem circumscriphten Hautödem abwechselnd. — Beco: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes oder Hypertrophie der Rachen-tonzille. — Suné: Anosmie und Cacosmie. — b) Pharyngo-laryngologische: Poli: Die Massage bei einigen Halsleiden. — Schapring: Lähmung des rechtsseitigen Halsympathicus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling. — Brousses und Beault: Ueber eine bis jetzt unvollständig beschriebene Phlegmone des Halses. — Hudelo: Tabetisches Mundgeschwür. — Réthi: Ein Fall von Tuberculose der Mund-höhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle. — Newcomb: Innere Behandlung der acuten Pharyngo-Amygdalitis. — Natier: Pharynxblutung. — Mercantino: Ueber acute rheumatische Pharyngomycosis. — Grazi: Ueber Amygdalitis, über deren ver-schiedene Formen, Ausgang und Behandlung. — Joal: Verhältniss der Zungenmandel-blutungen und der Lungenblutungen. — Joal: Blutspen und Blutungen aus der Zungenmandel. — Réthi: Ein Fall von Tonsilla pendula mit Perforation des hinteren Gaumenbogens. — Poyet: Submucöse, sich wiederholende Blutungen der wahren Stimmbänder. — III. Kritik: Schwartz: Handbuch der Ohrenheilkunde. — Notizen, betreffend den VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Budapest.

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

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz),
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

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
weill. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofer (Prag), Docent Dr. Gemperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurass (Heidelberg), Dr. Kessler (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapring (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weill (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

Dr. Jos. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik
für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien.

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

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 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. XXVIII.

Berlin, Februar 1894.

No. 2.

I. Originalien.

Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden? ¹⁾

Von

Dr. Ernst Winckler in Bremen.

Von den Nebenhöhlen der Nase liegen drei: das Antrum Highmori und Siebbeinlabyrinth sowie die Stirnhöhle in der Regel derartig, dass eine ihrer Wandungen von Skeletttheilen des Gesichtes bzw. des Schädels gebildet wird. Es ist somit die Möglichkeit gegeben, nach einer Voroperation diese Hohlräume von hier aus einer Behandlung zu unterwerfen. Wegen seiner eigenartigen Beschaffenheit nimmt der s. g. Sinus ethmoidalis eine Sonderstellung ein. Er stellt ein Höhlensystem dar, dessen einzelne Abschnitte in der Regel nicht mit einander communiciren. Dieselben lassen sich im Erkrankungsfalle intranasal so häufig hinreichend eröffnen, dass die Trepanation der Lamina papyracea nur verhältniss-

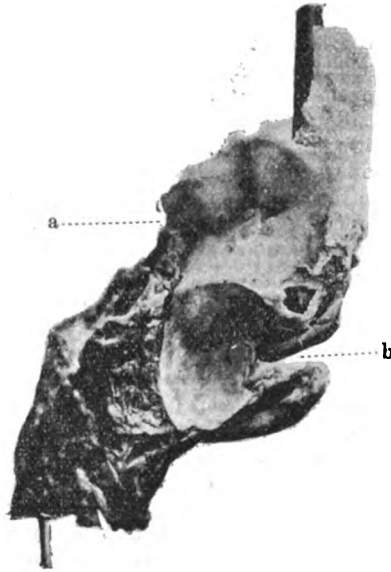
¹⁾ Der Redaction am 24. Juli 1893 eingesandt.

mässig selten indicirt ist. Ausserdem werden bei Erkrankung dieses Höhlensystems die eventuellen Eingriffe vielfach durch andere Gründe bestimmt, welche bei Erkrankungen des Antrum Highmori und Sinus frontalis nicht in Frage kommen. Obgleich nun der Sinus ethmoid. nicht allzu selten zur Stirnhöhle in naher Beziehung steht, so ist er dennoch im Folgenden ausserhalb der Erwägung geblieben. Bezüglich der Sinus maxillar. und frontal. steht zunächst fest, dass bei eitriger Erkrankung derselben die Trepanation ihrer Aussenwand von der Fossa canina aus bezw. über dem Arc. superciliar. sowohl von den Chirurgen als auch den Rhinochirurgen eine kunstgerechte genannt wird. Eine Anzahl Chirurgen, insbesondere diejenigen, welche in jedem Falle die seiner Zeit von Küster für die Behandlung der starrwandigen Höhlen angegebenen Grundsätze befolgt wissen wollen, verwirft auch bei Empyem des Ant. Highmori jede intranasale Behandlung. Indess zeigen die ausserordentlich zahlreichen Mittheilungen über erfolgreiche intranasale Behandlung selbst langjähriger Oberkieferhöhlenempyeme, dass auch letztere zum Ziele führen kann.

Danach ist wohl bei nachgewiesenem Empyem des Ant. Highmori der Versuch, nach einer vorausgeschickten endonasalen Trepanation der Wand, in welcher das Ostium dieser Höhle gelegen ist, durch nachfolgende geeignete Massnahmen den Hohlraum trocken zu legen, vollkommen gerechtfertigt, bevor man an die Aufmeisselung der Fossa canina herangeht. Ob dieser Versuch auch bei der gleichen Erkrankung der Stirnhöhle gewagt werden darf, soll im Folgenden beantwortet werden. Auch hierbei müsste der event. intranasale Eingriff an der Wand vorgenommen werden, in welcher die Communicationsöffnung des Sinus frontalis mit der Nase gelegen ist. Gelingt dieses, dann würde im Vergleich zur Oberkieferhöhle der Sinus frontalis für dieselbe endonasale Behandlung im allgemeinen ungleich günstiger beschaffen sein, wie das Antrum Highmori, da Ostium wie Gegenöffnung an den tiefsten Punkten des Hohlraumes gelegen wären und so für den Abfluss eines Secretes sehr geeignete Verhältnisse bieten würden. Weitere Bedingungen wird man durch die endonasale Operation für die Heilung nicht schaffen können; insbesondere werden sich bei diesem Verfahren an der Stirnhöhle andere therapeutische Massnahmen ebensowenig vornehmen lassen, wie bei dem gleichen am Antrum Highmori. Hier wie dort ist ein Ecrasement mit dem scharfen Löffel — wenn überhaupt, so nur derartig unvollkommen möglich, dass der Effect dieser Operation bei der endlichen Heilung gewiss sehr gering anzuschlagen ist. In beiden Sinus wird die Restitution der erkrankten Schleimhaut im wesentlichen durch Fortschaffen des Secretes mittelst Ausspülungen, event. Trockenlegen des Hohlraumes durch nachfolgende Luftpneumationen und schliesslich Application von Medicamenten, welche die Secretion der Drüsen beeinflussen, erreicht. Dieses genügt zweifelsohne für eine grosse Anzahl der in Rede stehenden Nebenhöhlenaffection, zumal dann, wenn durch die günstige Lage der Abflussöffnungen jede fernere Secretstauung vermieden wird. Wenn nun auch im Gegensatz zum Ostium maxillare die Stirnhöhlenöffnung bereits von der Natur an dem tiefsten Punkte des Sinus angebracht ist, so genügt diese für spontanen oder künstl. herbeigeführten Abfluss einer Eiteransammlung im Sinus in vielen Fällen dennoch nicht. Ganz

abgesehen davon, dass dieselbe sehr oft für Instrumente von der Nase aus unerreichbar ist, kann man sich auch nicht recht vorstellen, wie die Fortschaffung des Secretes, falls der Catheterismus des Ostium frontale gelungen ist, mittelst Ausspülungen der starrwandigen Höhle ohne Gegenöffnung durch das Ostium allein zu bewerkstelligen wäre, es sei denn, dass man das Ostium so weit dilatirt, dass Spülflüssigkeit und Secret neben dem eingeführten Catheter abfliessen können. Bresgen spricht sich über dieses Verfahren folgendermassen aus: „Wohl kann man mit einer genügend feinen Sonde sehr häufig in die Stirnhöhle gelangen; allein der Zugang ist doch für dickere Werkzeuge nicht selten zu eng. Besteht eine Eiterung der Stirnhöhle, so muss der Zugang zu ihr auf alle Fälle so weit gemacht werden, dass man mit einem 1 Mm. weiten Röhrchen leicht hinaufgelangt. Dazu eignen sich meine gebogenen scharfen Löffel sehr gut.“ Andere Autoren gingen beim Stirnhöhlenempyem in der Weise vor, dass sie den Sinus von der Nase aus lateralwärts der mittleren Muschel mit einem Troicart punktirten und so eine Gegenöffnung schufen. Von vielen Seiten ist dieses Verfahren als ein äusserst gefährliches verworfen worden und gewiss mit vollkommenem Recht für alle diejenigen, welche mit der speciellen Anatomie der Nasenhöhle nicht derartig vertraut sind, dass sie sich mittelst einer Sondenuntersuchung über die jedesmal vorliegenden besonderen Eigenthümlichkeiten des Einzelfalles genügend orientiren können. Abgesehen davon, dass bei dem mitgetheilten Verfahren unter Umständen recht erhebliche Verletzungen des Siebbeins gesetzt werden können, läuft man Gefahr, mit den Instrumenten, welche hierbei an der seitlichen Nasenwand nach aufwärts geführt werden müssen, nicht nur den hinteren Abschnitt des Thränenbeins einzudrücken — was beiläufig noch ganz ohne weiteren Schaden für den Verletzten ablaufen kann, — sondern auch die Lamina papyracea zu perforiren und damit den Betreffenden der Gefahr einer eitrigen Panophthalmitis auszusetzen. Endlich kann — und damit dürfte häufig eine Verleitung zu der gefährlichen, stärkeren seitlichen Direction des Instrumentes gegeben werden — die untere Stirnhöhlenwand so fest sein, dass ein Eindringen in den Sinus auf diesem Wege nicht möglich ist. Es giebt indess Fälle, in welchen dies Verfahren nicht nur ausserordentlich leicht und ohne Nebenverletzung des Siebbeins, sondern auch ohne jede Gefahr für das Auge auszuführen ist und zur Entleerung einer mit Eiter angefüllten Stirnhöhle so vollkommen genügen wird, dass es wohl als ein kunstgerechtes bezeichnet werden darf. Alle die Stirnhöhlen nämlich, deren untere Wand dünn und nach der Nase trichter- oder cylinderförmig eingebuchtet ist, können lateralwärts der mittleren Muschel je nach der Tiefe der Einbuchtung mehr oder weniger leicht in Angriff genommen werden. Hier kann es, zumal nach vorausgeschickter Conchotomie des vorderen Endes der mittleren Muschel — gelingen, den Stirnhöhlenboden derartig zu öffnen, dass der Einführung selbst verhältnissmässig dicker Instrumente in den Sinus nichts im Wege steht. Einen derartigen Sinus frontalis stellt die Photographie 1 dar. Hier ist die untere Stirnhöhlenwand nasalwärts wie der Finger eines Handschuhes eingestülpt und reicht fast bis zum unteren Rande der mittleren Muschel. Das Präparat ist in folgender Weise gewonnen: Um das Gesicht der betreffenden Leiche nicht zu ent-

stellen, wurde vom Harke'schen Medianschnitt aus die äussere Stirnbeintafel etwa in der Mitte durchsägt, so dass ihre vordere Platte der Leiche vollkommen erhalten blieb. Die innere Wand der Augenhöhle (a) sowie der innere Abschnitt der Highmorshöhle (b) wurden dabei mitgenommen. In die cylindrische Einbuchtung der unteren Stirnhöhlenwand ist ein Bougies von oben her eingelegt. Um dasselbe am Boden dieser Einstülpung sichtbar zu machen, wurde vorn unten ein Stück aus diesem Cylinder herausgeschnitten. Die laterale Wand zwischen mittlerer und unterer Muschel ist der Deutlichkeit halber vorn abgetragen. Lässt sich nun eine derartige Beschaffenheit des Sinus, wie sie die Photographie 1



wiedergibt, sofort bzw. nach der partiellen Resection der Concha media mit der Sonde constatiren, dann wird man bei vorsichtiger Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand weder das Siebbein, welches hinter der Einstülpung liegt, noch die innere Augenhöhlenwand verletzen. Je mehr der Sinus von dem eben geschilderten Befunde abweicht, je höher sein Boden liegt, desto grösser sind die erwähnten Gefahren bei diesem Vorgehen. Letzteres ist daher für all' diese Fälle, in welchen die Instrumente einen längeren Weg zwischen innerer Augenhöhlenwand und mittlerer Muschel zurückzulegen haben — mit Recht zu verwerfen, obgleich an der Möglichkeit der schliesslichen Punction des Sinus bei dünner unterer Wand nicht zu zweifeln ist.

Die Trepanation des Sinus frontalis lässt sich aber nicht allein lateralwärts, sondern auch medianwärts der mittleren Muschel vornehmen. Man vermeidet hierbei die innere Augenhöhlenwand vollkommen und gelangt auf diesem Wege so häufig zum Ziele, dass dies Verfahren einer näheren Besprechung für werth erscheint, zumal da das

Gelingen derselben auf Grund der anatomischen Vorstellungen über die Lage der Sinus frontalis in Zweifel gezogen worden ist. Grünwald und Schech erklären die Behauptung, dass man auch medianwärts der Muschel in den Sinus frontalis gelangen könne, einfach als Druckfehler oder Lapsus calami. Schech spricht als Referent einer Publikation der Münch. med. Wochenschrift, in welcher einiges über das Empyem des Sinus frontalis mitgeteilt worden war, die Hoffnung aus, „dass bis jetzt noch kein College auf den Gedanken kam, an der bezeichneten Stelle einzustossen.“

Diese Hoffnung ist als fromme unerfüllt geblieben. Im Jahre 1890 beschrieb bereits Schaffer dieses Verfahren so detaillirt, dass man wohl kaum dazu berechtigt war, hier einen Druckfehler anzunehmen, man müsste denn grade an dem Worte „sondiren“ herum deuten wollen und dies als die von anderen Autoren ausgeübte Stirnhöhle sondirung auffassen — eine Auffassung, welche jedoch durch die später folgende Erklärung des Wortes „sondiren“ in keiner Weise begründet ist. „Will ich (Schaffer) den Sinus frontalis sondiren resp. suche den Sitz des Leidens ihn ihm, so gehe ich mit einer festen, aber biegsamen Messingsonde von 2 Mm. Dicke — Silbersonden sind viel zu weich und biegsam und dadurch ganz unbrauchbar — (ganz natürlich, weil es sich um eine Punction oder Trepanation handelt. Anm. d. V.) nach vorheriger Cocainisirung der Weichtheile entlang dem Nasenrücken zwischen Septum und mittlerer Muschel direct nach der Stirn zu in die Höhe. Bald hört man ein leises Knistern, wie vom Zerbrechen feiner Knochenplättchen, fühlt ab und zu einen stärkeren Widerstand, schiebt aber die Sonde weiter vor und hat zuletzt das Gefühl, in einen Hohlraum gelangt zu sein, dadurch dass die Sonde plötzlich rascher vorwärts schlüpft.“ Im Jahre 1892 berichtet Dreyfuss über einen Fall, in welchem er nach dieser Methode von Schaffer die Behandlung eines Stirnhöhlenempyems einleitete. „Die Eröffnung des Sinus frontalis geschah — nach der Vorschrift von Schaffer, indem ich die Löffelsonde entlang dem Nasenrücken, zwischen Septum und mittlerer Muschel, direct nach der Stirn zu in die Höhe schob und so nach einem kräftigen Druck in den Sinus gelangte.“ Am 4. November 1892 hielt Lichtwitz in der Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris einen Anfangs dieses Jahres publicirten Vortrag, welcher zwei weitere Sondirungen nach dem Vorschlage von Schaffer enthält. Lichtwitz benutzte dazu einen $1\frac{1}{4}$ Mm. dicken Troicart. Es handelte sich bei dem 1. Falle um eine Patientin, welche „seit ihrer Kindheit von einem schleimigen Auswurf, der von der Nase in den Rachen fiel, belästigt worden war und seit 29 Jahren an einem Druckgefühl in der Nase und an Anfällen profuser wässeriger Absonderung, die von heftigem Niesen, Thränenträufeln und Lichtscheu begleitet waren, zu leiden gehabt hatte. Dann hatten seit 7 Jahren heftige Schmerzen an der Nasenwurzel, in der Stirn und im Scheitel rechterseits, die bei der geringsten Bewegung angefacht wurden, ausserdem Jucken an verschiedenen Körperstellen, grosse Schwierigkeit die Augen nach dem Schläfe zu öffnen, eine Art vorübergehender Hemi-anopsie und endlich einige convulsive Attacken mit Aufhebung des Bewusstseins bestanden. Alle diese Störungen waren durch eine Punction des Sinus frontalis (— . . . Lichtwitz vorher: „— weil die Kranke

ihr ganzes Leiden in die Gegend des rechten Sinus frontal. verlegte, punctiōnirte ich diesen Sinus von der Nase aus nach dem Vorschlage von Schäffer“) — bedeutend gebessert worden und sind ein Jahr darauf nach spontaner Eliminirung einer grossen Menge gelatinöser Flüssigkeit durch die Nase und den Nasenrachenraum vollständig geschwunden.“ —

Bei dem 2. Falle „war ein constanter Ausfluss, der sich nach dem Rachen zu entleerte, sowie ein seit 12 Jahren bestehender constanter Schmerz in Hirn und Schläfe, nach einer einzigen Punction der Stirnhöhle mit darauffolgender Ausspülung geschwunden.“ Ueber die Punction selbst und deren Erfolg sagt Lichtwitz Folgendes: „Am 1. October 1891 steche ich die rechte Stirnhöhle nach der Schäffer'schen Methode an, bediene mich aber lieber eines dünnen Troicarts. Ich habe das deutliche Gefühl, in eine Höhle eingedrungen zu sein und ich constatire, das die Spitze des Troicarts $7\frac{1}{2}$ Ctm. von der Nasenspitze und mindestens 2 Ctm. von der Nasenwurzel entfernt war. Weder bei der Aspiration noch bei Einspritzung von Carbolwasser bringe ich Eiter zum Vorschein, aber beim Zurückziehen der Scheide des Troicarts schneuzt die Kranke Schleimmassen, welche denen ähnlich waren, die ihr in der Regel in den Rachen herunterfallen. Es blutet ziemlich stark und kaum ist die Probeausspülung des Sinus fornal. beendet, so wird die Patientin ohnmächtig. Sobald sie wieder zu sich gekommen ist, ist der Kopfschmerz verschwunden und sie hat Kopf und Nase so frei, wie sie selbe seit 12 Jahren nicht gefühlt hat.“

Diese Mittheilungen zeigen, dass die Trepanation des Sinus frontalis medianwärts von der mittleren Muschel nicht unmöglich ist und den Zweck, einer Flüssigkeitsansammlung in diesem Hohlraum Abfluss zu verschaffen, erfüllen kann. Auch die anatomischen Vorstellungen, welche man von den Sinus frontal. hat, lassen das von Schäffer angegebene Verfahren durchaus nicht als ein Unding erscheinen. Die Stirnhöhlen liegen in der grossen Mehrzahl der Fälle so zur Nase, dass ihre untere Wand einen Theil des Nasendaches bildet, welchen man, da er sich zwischen die als Pars nasalis und Pars ethmoidalis beschriebenen Abschnitte einschiebt, als Pars frontalis bezeichnen könnte.

Dicht am Septum ist die untere Stirnhöhlenwand in der Regel so stark, dass hier eine Punction selbst mit Gewalt kaum gelingen dürfte und in keinem Falle anzurathen wäre. Etwas weiter lateralwärts wird der Stirnhöhlenboden jedoch dünner und zeigt häufig nur die Dicke eines Kartenblattes. Führt man die Sonde nach dem Schäffer'schen Vorschlage ein, so muss man aus diesem Grunde das eingeführte Ende derselben oberhalb der mittleren Muschel mehr oder weniger lateralwärts drücken, um es dann nach der Gegend der betreffenden Stirnhöhle zu bringen. Im allgemeinen wird je nach der Configuration des äusseren Nasenskelettes die Sonde in dem einen Falle ganz vorn über den Ansatz der Crista media, in dem anderen Falle einige Millimeter weiter hinter diesem und in weiteren Fällen selbst vor letzterem nach oben vorgeschoben werden müssen. Palpirt man hierbei sorgfältig mit der Sonde, so ist die Gefahr, mit dem Instrument in die Schädelhöhle zu gelangen, ausgeschlossen. Daher ist der Gebrauch von Troicarts oder galvanokaust. Brennern zu diesem Eingriff entschieden zu widerrathen.

weil man mit diesen Instrumenten das Gefühl für die ganze Manipulation verliert, wie überhaupt vor jedem gewaltsamen Vorgehen bei der Schäffer'schen Sondirung ausdrücklich zu warnen ist. Man hat sich mit der Sonde darüber zu informiren, ob in dem vorliegenden Falle die untere Stirnhöhlenwand so dünn angelegt ist, dass man sie eindrücken kann. Gelingt dieses mit sanftem Drucke nicht, dann ist der Fall zur intranasalen Behandlung — wie sie Schäffer angegeben hat — nicht geeignet. In einer grossen Anzahl von Fällen, welche die oben erwähnte Beschaffenheit der Sin. front. zeigen, ist jedoch der Stirnhöhlenboden bereits wenige Millimeter lateralwärts vom Septum papierdünn. Bei diesen Fällen kann wohl gegen den Versuch eine Stirnhöhleiterung in der gleichen Weise zum Abschluss zu bringen, wie ein Empyem des Antrum Highmori, nichts eingewendet werden. Freilich hat bisher nur eine geringe Anzahl von Collegen dies Verfahren versucht, und sind daher die Fälle, bei welchen durch dasselbe Heilung erzielt wurde, einstweilen noch zu zählen. Indess versichert ein so erfahrener Practiker wie Schäffer, weit über die Hälfte seiner Fälle zur Heilung geführt zu haben.

Das Schäffer'sche Verfahren ist nun aber nicht allein bei geräumigen Sinus frontales, deren Boden vorn einen Theil des Nasendaches bildet, häufig ausführbar, sondern auch bei kleinen Stirnhöhlen, die mehr seitlich und weiter nach hinten zwischen den beiden inneren Stirnbeintafeln liegen, unter Umständen sehr leicht möglich — Verhältnisse, welche später berücksichtigt werden sollen. Hier sei nur erwähnt, dass in solchen Fällen das Instrument ziemlich stark lateralwärts oberhalb der mittleren Muschel einzudrücken ist.

(Schluss folgt.)

Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. R. Kayser (Breslau).

Es sind in den Kalenderjahren 1891 und 1892 zur Behandlung neu aufgenommen worden im Ganzen 3464 Personen, die sich in Bezug auf Alter und Geschlecht folgendermaassen vertheilen.

Geschlecht	Alter nach Jahren										Summa
	—2 excl	2—9	10—14	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70	
männlich .	49	258	203	235	344	312	198	120	71	13	1803
weiblich .	33	234	231	232	327	255	177	97	51	24	1661
Summa	82	492	434	467	671	567	375	217	122	37	3464

Dem Wohnort nach stammten von den Kranken aus:

Breslau	2959
Schlesien	405
Provinz Posen	26
Russisch Polen	65
anderen benachbarten Ländern	9

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 3694. Und zwar kommen auf:

Krankheiten des Ohrs	1725
„ des Kehlkopfs	437
„ der Rachen- und Mundhöhle	755
„ der Nase	631
Varia	146

Die behandelten Krankheitsfälle wurden in ausgiebigem Maasse zu Unterrichtszwecken verwendet. In jedem Semester wurden von Prof. Gottstein Vorlesungen für Studirende, und zwar sowohl laryngo-rhinologische (25—40 Hörer pro Semester), als auch otiatrische Curse (15 bis 20 Hörer) gehalten. Die Theilnehmerzahl war meist eine so grosse, dass im Interesse der Theilnehmer, sowie aus Rücksicht auf die Kranken einzelne Curse getheilt wurden. Während der Ferien hielt der Verfasser Fortbildungskurse für practische Aerzte.

Während der Berichtsjahre und im Laufe der vorangegangenen waren ausser Prof. Gottstein und dem Verfasser noch folgende Aerzte als Volontairassistenten thätig:

im Jahre 1891: Dr. Ziegert, Dr. Bleil, Dr. J. Ehrenfried, Dr. Teichmann (jetzt Specialist in Berlin), Dr. Sprenger (jetzt Specialist in Stettin);

im Jahre 1892: Dr. Dresdner, Dr. N. Cohn, Dr. Jottkowitz, Dr. Auerbach, Dr. Freund, Dr. Langner.

Von den zur Anwendung gekommenen Operationen — abgesehen von kleineren localen Eingriffen, Aetzungen, Kauterisationen etc. — seien folgende erwähnt:

Ohr.

Incision im äusseren Gehörgang	22
Paracentese des Trommelfells	38
Abschnürung von Polypen	49
Entfernung von Fremdkörpern	22
Entfernung von Knochensequestern	5
Tenotomie der tensor tympani	4
Excision der Gehörknöchelchen	6
Wildescher Schnitt event. mit Auskratzung	11
Aufmeisselung des Warzenfortsatzes	6

Kehlkopf.

Curettement von Geschwüren	6
Exstirpation von Polypen	14
Excision von Geschwulstpartikeln	7

Rachen.

Exstirpation der Gaumenmandeln . . .	17
Entfernung von Fremdkörpern . . .	1
Schlitzung der Gaumenmandeln . . .	21
Exstirpation von Polypen der Uvula etc. .	4
Exstirpation der Rachenmandel . . .	120
Operation eines Abscesses der Zungenbasis	1
Operation von Retronasaltumoren . . .	2

Nase.

Durchtrennung von Synechien	9
Operation der Deviatio septi	11
Exstirpation von Nasenpolypen	77
Abschnürung vergrößerter Nasenmuscheln	19
Entfernung von Fremdkörpern	11
Operation des Empyems der Kieferhöhle .	4

Die Art und Zahl der behandelten Krankheiten zugleich mit Rücksicht auf das Geschlecht ergibt folgende Tabelle:

Ohr.

Krankheiten der Ohrmuschel und der angrenzenden Haut	4 männl.,	4 weibl.,	zus.	8
Eczem des äusseren Gehörgangs	11	15	„	26
Fremdkörper	6	19	„	25
Cerumen	96	68	„	164
Atresie des äusseren Gehörgangs	5	1	„	6
Otit. ext. circumscr. ac.	36	52	„	88
Otit. ext. diff. ac.	8	5	„	13
Exostosen	3	2	„	5
Caries des äusseren Gehörganges	1	2	„	3
Hyperämie des Trommelfells	1	1	„	2
Traum. Perf. des Trommelfells	6	6	„	12
Perf. membr. Shrap. congen.	1	—	„	1
Tubencatarrh	35	35	„	70
Otit. med. ac. catarrh.	106	45	„	151
Otit. med. chron. catarrh.	221	175	„	396
Otit. med. chron. sclerot.	27	31	„	58
Otit. med. ac. purul.	112	94	„	206
Otit. med. chron. purul. und Folgezustände	188	132	„	320
Residuen chron. Mittelohreiterung.	16	17	„	33
Polypen des Mittelohrs	32	20	„	52
Otalgie	5	11	„	16
Acute Nerventaubheit	4	5	„	9
Chron. Nerventaubheit	22	10	„	32
Centr. Taubheit	13	4	„	17
Morbus Menière	—	1	„	1
Nervöses Ohrensausen	1	10	„	11

Kehlkopf.

Anaemia laryngis	—	männl.,	2	weibl.,	zus.	2
Laryng. acut.	59	"	29	"	"	88
Laryng. chronica	54	"	28	"	"	82
Laryng. sicca.	17	"	21	"	"	38
Laryng. hypogl. acuta	4	"	1	"	"	5
Pachydermia laryng.	12	"	—	"	"	11
Laryng. juvenil. nodos.	5	"	4	"	"	9
Oedema laryng. genuin.	4	"	1	"	"	5
Tuberculosa laryng.	53	"	30	"	"	83
Luës laryng.	5	"	8	"	"	13
Tumores benign. laryng.	10	"	9	"	"	19
Tumores maligni lar.	5	"	1	"	"	6
Cyste in epigl.	2	"	1	"	"	3
Laryngo- (Rhino)- Sclerom	—	"	2	"	"	2
Aphonia spastica	3	"	5	"	"	8
Pares. thy. aryt. int.	16	"	26	"	"	42
Pares. interaryt.	2	"	1	"	"	3
Paralys. m. postici	2	"	4	"	"	6
Paralys. n. recurr.	6	"	2	"	"	8
Mogiphonie	—	"	1	"	"	1
Mutatio vocis	1	"	—	"	"	1
Perichondrit. thyreoid.	—	"	1	"	"	1

Rachen.

Pharyng. (Angina) acuta	31	männl.,	28	weibl.,	zus.	59
Pharyng. chronica	70	"	44	"	"	114
Pharyng. gran. et later.	25	"	27	"	"	52
Pharyng. sicca.	12	"	12	"	"	24
Pharyng. mycot.	1	"	—	"	"	1
Absc. retrophar.	—	"	1	"	"	1
Ulc. tubercul. phar.	1	"	—	"	"	1
Lues pharyngis	13	"	19	"	"	32
Paraesthesia pharyng.	8	"	33	"	"	41
Angina follic. acut.	23	"	36	"	"	59
Angina follic. chronica	7	"	19	"	"	26
Angina phlegmonosa	14	"	14	"	"	28
Hypert. tonsill.	20	"	21	"	"	41
Pharyng. retronas.	20	"	14	"	"	34
Hypert tonsill. phar. (Aden. Veget.)	85	"	87	"	"	172
Tumor. retronas.	6	"	1	"	"	7
Corp. alien. in phar.	—	"	1	"	"	1
Polyp. uvul. und Uvul. elongat.	8	"	2	"	"	10
Palat. fissum	—	"	1	"	"	1
Paral. veli palat.	3	"	2	"	"	5
Insufficiencia veli palat. congen.	—	"	1	"	"	1
Hypert. tonsil. lingual.	4	"	26	"	"	30
Abscessus bas. linguae	—	"	2	"	"	2
Glossitis	—	"	4	"	"	4
Ulc. tubercul. linguae	2	"	—	"	"	2
Ranula	—	"	1	"	"	1
Stomatitis	6	"	—	"	"	6

Nase.

Dermatit. nas. ext. (acne absc. etc.)	12	männl.,	10	weibl.,	zus.	22
Lupus nas.	1	"	—	"	"	1
Eczema adit. nar.	44	"	48	"	"	92
Rhinitis acuta	12	"	3	"	"	15
Rhinitis fibrin.	3	"	—	"	"	3
Rhinitis chronica	30	"	29	"	"	59
Rhinitis hypertroph.	36	"	58	"	"	94
Rhinitis atroph. (Ozaena)	31	"	62	"	"	93
Coryza nervos.	2	"	1	"	"	3
Lues nasalis	9	"	11	"	"	20
Epistaxis	20	"	12	"	"	32
Synechiae	10	"	5	"	"	15
Perichondr. septi. traumat.	3	"	—	"	"	3
Emphysema faciei ex traum. nas.	—	"	1	"	"	1
Deviatio septi.	24	"	9	"	"	33
Ulcus resp. perfor. septi. simplex	10	"	5	"	"	15
Polypi nar.	43	"	43	"	"	86
Alii tumor. nar.	3	"	4	"	"	7
Corp. alien. in nar.	3	"	8	"	"	11
Catarrh. sin. front.	11	"	2	"	"	13
Empyema antri Highmori	5	"	7	"	"	12
Empyema antri sphenoid.	—	"	1	"	"	1

Varia.

Parotitis	2	männl.,	2	weibl.,	zus.	4
Struma	6	"	30	"	"	36
Bronchitis	8	"	8	"	"	16
Sprachdefecte	4	"	4	"	"	8
Strict. oesophag.	4	"	6	"	"	10
Spasm. oesophag.	1	"	—	"	"	1
Pares. oesophag. post-diphterit.	1	"	—	"	"	1
Tussis nervosa	—	"	1	"	"	1
Inspiratio nervosa	1	"	—	"	"	1
Alii morbi	19	"	29	"	"	48
Sine diagnosi	13	"	7	"	"	20

Bemerkungen.

Von den 6 Atresien des äusseren Gehörgangs sind 3 aquirirt durch langwierige Mittelohreiterung, 2 sicher congenital, bei 1, ein achtjähriges Mädchen betreffend, ist der Ursprung zweifelhaft.

Die Kranke hatte nämlich zwei Jahre vorher schwere Masern durchgemacht, aber angeblich niemals an Ohrenfluss gelitten. In beiden Ohren fand sich ziemlich tief im äusserem Gehörgang (2—2,2 Ctm. von der Tragusspitze entfernt) ein vollkommener membranöser Verschluss mit kleiner Oeffnung am oberen Rande, keinerlei Ausfluss, das Gehör dabei beträchtlich vermindert aber nicht aufgehoben. Die beiden congenitalen Atresien waren einseitig (einmal links, einmal rechts), lagen gleich am Beginn des Gehörganges, bei der einen war ein totaler Verschluss, bei der zweiten eine kleine Oeffnung oben vorhanden. In

beiden Fällen fanden sich noch Missbildungen an demselben äusseren Ohr. In dem einen Falle (links) war der Rand des Helix an einer Stelle eingeschnürt und mit der Hinterfläche der Ohrmuschel breit verwachsen. In dem zweiten Falle (rechts) hing am Tragus ein beweglicher Knorpelanhang und war der Längsdurchmesser der rechten Ohrmuschel $\frac{1}{2}$ Ctm. kleiner als der der linken, auch bestand auf dem rechten Ohr vollkommene Taubheit.

Unter den traumatischen Rupturen des Trommelfells befindet sich ein Fall, wo die Ruptur nicht durch ein äusseres Trauma, sondern von innen her verursacht war. Ein 34jähriger Mann gab an, seit 8 Tagen nach einem heftigen Niessen auf dem linken Ohr Zischen und Schwerhörigkeit zu haben. Die Untersuchung ergab im vorderen unteren Quadranten eine unregelmässige, 4eckige Oeffnung mit Blutgerinnseln an den Rändern, bei völlig blasser Paukenschleimbaut, also vollkommen das Bild der gewöhnlichen Rupturen in Folge äusseren Traumas. Es ist forensisch nicht ohne Interesse, dass derselbe Befund auch ohne jede äussere Gewalteinwirkung vorhanden sein kann.

Die angeborene Oeffnung in der Membr. Shrapn. stellt einen zufälligen Befund bei einem 17jährigen Mann dar. Auf beiden Seiten fand sich über dem kurzen Fortsatze rechts eine viereckige, links eine halbkreisförmige Lücke, beim Schnaufen zischte die Luft durch. Ein Ohrenleiden bestand weder zur Zeit noch jemals früher, auch war keine Gehörstörung vorhanden.

(Schluss folgt.)

65. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893.

(Schluss zu No. 1, 1894.)

S. Goldflam und S. Meyerson (Warschau): Ueber objectiv wahrnehmbare Ohrgeräusche.

Nach allgemeinen Bemerkungen über objectiv wahrnehmbare Ohrgeräusche, welche in einer Versammlung von Ohrenärzten wohl übergangen hätte werden sollen, theilten Vortrag. in zwei langen Krankengeschichten zwei diesbezügliche Fälle mit. Bei dem einen Fall, wo Arteriengeräusche vorhanden waren, war starke Abnahme des Sehvermögens, Stauungspupille, leichte Beschränkung der seitlichen Augapfelbewegungen. Leichte Parese der linken Extremitäten. Die Diagnose schwankte zwischen Aneurysma Carot. int. sin. und Gehirntumor, und wurde in Anbetracht des Factums, dass der Druck auf die Art. carotis comm. sin. das Geräusch dauernd sistirte, die Ligatur der Carot. communis sin., nach vorheriger Vorbereitung der Patientin durch täglich wiederholten Druck auf diese Arterie, ausgeführt. Das Resultat war negativ, indem nur für 4 Stunden das Geräusch aufhörte, dann aber wiederkam, um in früherer Stärke zu persistiren. Auch konnte jetzt durch Druck auf die übergebliebene Carotis dextra das Geräusch nicht mehr zum Ver-

schwinden gebracht werden. In den an diesen Fall sich knüpfenden Bemerkungen wird die Schwierigkeit der Diagnose zwischen Aneurysma und Gehirntumor hervorgehoben. Beim zweiten Fall war venöses Geräusch vorhanden, indem man am Halse rechterseits ein sehr starkes, linkerseits ein schwächeres Nonnengeräusch hörte. Dasselbe hörte man beim Anlegen des Stethoscopes an die rechte Ohrmuschel, es ist mit dem Pulse isochron und verschwindet, wenn der Kopf nach vorn gebeugt oder zur rechten Seite gedreht wird, gleichfalls verschwindet dasselbe, wenn ein leichter Druck auf die Halsvenen ausgeübt wird. In Erwägung des Umstandes, dass das Geräusch im Ohre denselben acustischen Character, wie das Nonnengeräusch habe und nach Prüfung der anatomischen Verhältnisse, kam der Vortr. zum Schlusse, dass das im Ohre hörbare Geräusch nicht daselbst entstanden, sondern vom venösen Geräusch am Hals zum Ohr fortgeleitet wird.

Discussion:

Prof. Barth berichtet, nach einigen ganz zutreffenden Bemerkungen über die Weitläufigkeit des vorhergegangenen Vortrages, über an sich selbst beobachtete Erscheinungen von subjectiven, zweifellos auch objectiv hörbaren Geräuschen, die auf Muskelthätigkeit zurückzuführen sind. Vortr. kann leicht durch willkürliche Innervation die Tuben öffnen und eine Zeit lang offen halten. Die dabei wahrnehmbaren Geräusche sind dreifacher Art: ein knipsendes, durch Abweichen der Tubenwände von einander entstanden, ein dumpfes, durch Contraction der Gaumenmuskulatur bedingt, und ein hellerer Muskelton, der auf den Tensor tympani zurückzuführen ist. Letzterer tritt auch häufig allein, in Folge einer Hyperästhesie als Reflexerscheinung ein. Die Hörfähigkeit ist stets für beide Ohren eine normale gewesen. Vor ungefähr 10 Jahren trat dieser pathologische Reflex zuerst ein, als das Ohr längere Zeit dem plätschernden Geräusch aus der Leitung fließenden Wassers ausgesetzt war, dann aber zeigte es sich auch bald bei Einwirkung schriller Frauenstimmen, trillernden und klappernden Tönen und Geräuschen, welche annähernd in der dritten Octave lagen. Waren die Gehörorgane längere Zeit solchen Reizen ausgesetzt, so blieb die Reizbarkeit noch längere Zeit zurück. Ebenso wurde sie durch nervöse Ueberreizung vermehrt, nicht durch Körperanstrengung. Sie bestand in unregelmässig wiederkehrenden Geräuschen („Dub“), welche sich in kurzen oder längeren Pausen wiederholten. Dabei hatte man gleichzeitig das Gefühl eines Zuckens im Ohr. Das rechte Ohr war immer reizbarer, als das linke. Der Reflex wurde also für gewöhnlich nicht von einem Ohr auf das andere übertragen. Vermeidung der reizenden Schalleinwirkungen besserten den Zustand. Die Hörfähigkeit hat bis heute darunter nicht gelitten.

Dr. Fischenich (Wiesbaden) theilt einen Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch mit, welcher nach einer Angina bei einer 40jährigen nervösen Frau entstanden war; das Geräusch war ein knackendes, für die Umgebung hörbares, es bestand keine Contraction der Tubenmuskulatur, dagegen aber jedesmal eine deutliche Bewegung des Trommelfelles; es handelte sich hier wahrscheinlich um einen clonischen Krampf des Musculus tensor tympani. Heilung erfolgte durch Catheterismus.

Demonstrationen:

Schubert (Nürnberg): 1) Trommelfellloupe.

Die Benutzung einer Loupe setzt voraus, dass das Object sich in einem Abstand von der Linse befindet, welcher die Brennweite nicht ganz erreicht. Befände sich das Object in der Brennweite selbst, so würde ein Bild überhaupt nicht zu Stande kommen; wäre der Abstand noch grösser, dann käme ein umgekehrtes Luftbild vor der Linse zu Stande. Vortr. erklärt den Strahlengang durch Zeichnung. Will man daher stärkere Loupen für das Trommelfell verwenden, so ist es nöthig, dieselben nicht aussen am Ohrtrichter, wie es Trautwein bei seiner schwächeren Loupe gethan hat, anzubringen, sondern näher am Trommelfell, an der Spitze des Ohrtrichters. Die störenden Reflexe auszuschalten, gelingt durch Schrägstellung der Linse sehr mangelhaft und es würde sich bei starken Loupen zugleich astigmatische Vergenz des Bildes bemerkbar machen. Vortr. zog daher vor, eine planconvexe Loupe zu verwenden und mit einem Prisma zu combiniren. Dadurch wird der Reflex weit seitwärts geworfen und aus dem Gesichtsfelde ausgeschaltet. Das Prisma gestattet ferner, bis zu einem gewissen Grade in die Seitenbuchten der Pauke bei zerstörtem Trommelfell Einblick zu gewinnen, da es wie ein im Winkel gestellter Spiegel wirkt. Die Loupe ist bei Opticus Schmidt, Nürnberg, zum Preise von 6 Mk. käuflich.

2) Demonstration von Leim-Glycerin-Präparaten des Ohres.

Unter Hinweis auf die im „Archiv für Ohrenheilkunde“, 36. Bd., S. 295 von Vortr. beschriebene Einbettungsmethode frischer oder gefärbter Knochen und Weichtheilpräparate zum Zweck der Demonstration der macroscopischen und Loupenbetrachtung, werden eine Reihe von normalen und pathologischen Präparaten, theils vom Vortr., theils von Dr. Richter angefertigt, vorgelegt.

3) Demonstration der Privatklinik, die vollkommen modern, zweckmässig, allen wissenschaftlichen Postulaten entsprechend eingerichtet, allgemeinen Beifall fand.

Hartmann (Berlin): Demonstration in der gemeinsamen laryngo-otologischen Sitzung von sehr interessanten und instructiven anatomischen Präparaten, die von allen Seiten bewundert wurden, von denen wir jedoch leider kein Referat erhielten.

Dr. Fischenich (Wiesbaden): Ueber Hämatom und primäre Perichondritis des Nasenseptums.

Der Vortr. bespricht zuerst die Literatur, die über das Hämatom der Nasenscheidewand vorhanden ist und betont, dass in den meisten Fachlehrbüchern dasselbe gar nicht oder nur kurz erwähnt sei. Vortr. schildert zunächst die Entstehung, die fast ausschliesslich einem Trauma der Nase mit nachfolgender Zerreissung von Gewebe und Blutgefässen zu verdanken sei. Selbst geringe Blutungen zwischen Knorpel und Schleimhaut können schon zur vollständigen Ablösung der Schleimhaut und Vorfall derselben führen. Wichtig sei, dass das Trauma den Nasenrücken treffe, bei seitlichen Verletzungen komme die Elasticität des Knorpels als Schutzmittel in Betracht, auch der Bau der Nase sei in

Fällen weniger, in einigen mehr geeignet für die Entstehung eines Hämatoms. Fraktur der knorpeligen Nasen-Scheidewand mit Hämatom zusammen ist in den wenigsten der bekannt gewordenen Fälle beobachtet worden. Auch spontane Hämatome wurden, wenn auch nur zweimal beobachtet. Was die Veränderungen, die das Hämatom nach seiner Entstehung erleidet, angeht, so kommt zunächst die Resorption in Betracht: für eine solche müssen aber die Verhältnisse sehr ungünstig liegen, da nur ein einziges solches Vorkommniß in der Litteratur berichtet wird. An zweiter Stelle kann sich das Hämatom allmählig zu einer Cyste mit mehr oder weniger blutig gefärbtem serösen Inhalte umwandeln. Vortr. beschreibt einen Fall eigener Beobachtung. Bei einem 20 jährigen jungen Manne hatte sich nach einem leichten Schlag auf die Nase heftiges Nasenbluten eingestellt mit nachfolgender Verstopfung zuerst der linken, 3 Wochen später auch der rechten Nasenhälfte. Die nach 6 Wochen vorgenommene Eröffnung ergab blutig seröse Flüssigkeit; nach der Operation fallen die Tumoren zusammen, die Tamponade bringt in acht Tagen Heilung. Der häufigste Uebergang ist derjenige in Eiterung, wenn zugleich mit dem Trauma oder auch später eine Infection stattfand. Unter diese Kategorie gehören die meisten in der Litteratur berichteten Fälle. Zweifellos ist eines der häufigsten Vorkommnisse die Perforation des Septums, dieselbe ist wohl meist als Druckusur aufzufassen. Wenn von anderer Seite behauptet wird, dass die Perforation oft schon wenige Stunden nach der Entstehung des Hämatoms auftrat, so hat Vortrag. in dem vorhin erwähnten Falle eine Perforation erst nach 3 Wochen beobachten können. Ein zweiter von ihm beobachteter Fall ist deshalb lehrreich, weil die Perforation nach drei Tagen noch nicht eingetreten war, weil der Bluterguss noch völlig flüssig war und weil keine Fraktur vorhanden. Es handelte sich um einen 30jährigen Landwirth, der vom Pferde einen Schlag auf die Nase erhielt: Blutung, Prolaps der rechten Mucosa, nach 3 Tagen Eröffnung, Tamponade und Heilung. Die Diagnose des Hämatoms gründet sich auf die plötzliche Entstehung nach Trauma, auf die Blutung, auf den einseitig oder doppelseitig vorhandenen, blauroth gefärbten, weichen Tumor, der Fluctuation zeigt und vom Septum ausgeht. Verwechslung kann stattfinden mit Nasenpolypen, mit Abscessen und Cystenbildung. Vortrag. spricht sich für die baldigste eventuell doppelseitige Eröffnung aus, für gleichzeitige unter den nöthigen Cautelen vorgenommene Tamponade, wenn nöthig für desinficirende Ausspritzungen und Einlegen von Wattetampons in die Geschwulst zur Offenhaltung. Die Prognose ist günstig; eine bleibende Septumperforation gehört zu den Ausnahmen, Deviationen sind nur zu befürchten, wenn eine gleichzeitig vorhandene Knorpelfraktur nicht reponirt wird.

Die primäre Perichondritis des Nasenseptums ist sehr selten; secundär wird sie dagegen beobachtet bei Luës, Tuberculose, Lupus und nach Trauma. Die primäre eitrige Perichondritis wurde bisher mit Sicherheit nur von vier Autoren beobachtet; von diesen führen mehrere die Krankheit auf gleichzeitiges Erysipel zurück, in anderen Fällen ist überhaupt keine Ursache aufzufinden. Noch seltener ist die seröse Form der primären Perichondritis, die sich analog verhält, wie die Perichondritis auriculæ, die Periostitis albuminosa der Chirurgen und

gewisse nicht eitrige Formen der Perichondritis laryngea. Den einzigen genauer beobachteten Fall schildert Jurasz. Vortr. berichtet über zwei neue Fälle; in dem einen war keine Ursache der Entstehung zu ermitteln, im zweiten Falle konnte bestimmt der Zusammenhang mit einer Periostitis des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers nachgewiesen werden. Der erste Fall betraf ein 12jähriges Mädchen, bei dem plötzlich Schmerzen in der Nase auftraten, das Gesicht schien geschwollen, die Nase verstopfte sich, der Nasenrücken sank ein und nach einigen Tagen hingen aus beiden Nasenlöchern röthlich gefärbte rundliche Geschwülste, welche miteinander durch eine grosse Perforation communicirten und deutliche Fluctuation zeigten. Die Incision ergab eine wasserhelle klare Flüssigkeit, die Tumoren fielen zusammen. Doch musste die Punction mehrfach wiederholt werden, da der Inhalt recidivirte. Heilung nach 6 Wochen. Die Schleimhaut hatte sich aneinandergelegt, doch blieb ein grosser Knorpel daselbst. Der zweite Fall betraf ein 14jähriges Mädchen aus New-York, das überaus schlechte Zähne hatte, Schneide- und Eckzähne vollständig cariös, das Zahnfleisch excoriirt und mit Eiter bedeckt. Eines Tages trat schmerzhaftige Schwellung des Zahnfleisches auf, welche sich nach oben und auf den Nasenboden fortsetzte. In derselben Nacht Verstopfung der Nase und Prolaps der Mucosa beiderseits. Auch hier ergab die Punction wasserhelles Exsudat zwischen der vollständig losgelösten Schleimhaut und dem perforirten Knorpel; die Prognose ist günstig in Bezug auf die Function, weniger auf die Form. Die Diagnose stützt sich auf die langsame Entwicklung, die Schmerzhaftigkeit, die rothe Färbung der Tumoren, vor Allem auf die Probepunction.

Lichtenberg.

Bericht über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington, 5.—8. Sept. 1893.

Von

Dr. **Max Thorner** in Cincinnati, O.

Schriftführer der Section.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Dr. L. D. Brose (Evansville): Die Oeffnung der Zellen des Warzenfortsatzes bei acuten Entzündungen des Mittelohres.

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass gelegentlich in Fällen, in denen nach den allgemein angenommenen Grundsätzen durch die vorhandenen Symptome die Eröffnung des Warzenfortsatzes indicirt war, wo aber entweder die Operation von den Patienten verweigert oder aus irgend welchen anderen Gründen verschoben wurde, dennoch schliesslich durch locale Behandlung allein Heilung erzielt wurde. Otorrhoe, die mit heftigen Schmerzen einhergeht, ödematöse Schwellung oberhalb des Warzenfortsatzes, Fieber, das durch antiphlogistische Behandlung in acht Tagen (Schwartz) nicht reducirt wird, sind Indicationen für

die Mastotomie, namentlich dann, wenn die hintere und obere Wand des Gehörganges geschwollen und Furunculosis oder Otitis ext. diffusa ausgeschlossen ist. Desgleichen ist Mastotomie indicirt in solchen Fällen von acuter eiteriger Mittelohrentzündung, in denen der Warzenfortsatz nicht afficirt erscheint, die jedoch der gewöhnlichen Behandlung während zwei bis drei Wochen widerstehen, als auch prophylactisch, wenn der Eiterabfluss erschwert ist wegen grosser Schwellung der Schleimhaut der Paukenhöhle oder wegen der Lage und Kleinheit der Perforation oder wegen Stenose des Gehörganges. Gehirnbrunn, eiterige Phlebitis mit Sinusthrombosis, extra-durale Abscesse und Meningitis, selbst wenn pyämische oder septicämische Symptome vorhanden sind, indiciren selbstverständlich Mastotomie. Ausserdem muss der Warzenfortsatz geöffnet werden bei unheilbaren und immer wieder recidivirenden Neuralgien.

Bei der Operation folgt Verf im Allgemeinen der von Hartmann angegebenen Methode. Die Operation ist beendet, wenn Eiter angetroffen wird. Bei mehr ausgedehnten Eiterungen, und wenn der Atticus hauptsächlich der Ort der Erkrankung ist, muss das untere Ende der hinteren Gehörgangswand auch entfernt werden, und zuweilen ein Drainagerohr von der neugebildeten Oeffnung aus durch den äusseren Gehörgang geführt werden. Gute Resultate können sowohl mit dem Meissel als mit dem Drillbohrer erzielt werden, da dieselben mehr von dem Operateur als von den Instrumenten abhängig sind.

Dr. Albert H. Tuttle (Cambridge): Die Prognose und chirurgische Behandlung der chronischen Mittelohrerkrankung.

Bei der trockenen Form des chronischen Mittelohrcatarrhs kann bedeutende Verbesserung des Gehörs durch Entfernung der Fussplatte des Steigbügels erzielt werden, namentlich in solchen Fällen, in welchen die Schwerhörigkeit bedeutend ist, und in denen die Fussplatte fest im ovalen Fenster fixirt ist. Die Operation ist unter solchen Umständen oft sehr schwierig, wegen der Verknöcherung der Ligamente und der Schwäche der Schenkel des Steigbügels. Wenn der Steigbügel sehr fest fixirt ist, ist die Entfernung des Amboss allein eine nutzlose Operation. In manchen Fällen ist die Entfernung des Steigbügels wegen der Form des Gehörganges unmöglich. Die Patienten erholen sich schnell nach der Operation und leiden gewöhnlich nur für einige Stunden an Schwindel, der jedoch auch gänzlich fehlen kann.

Bei eiteriger Mittelohrentzündung empfiehlt Verf. die operative Entfernung der zwei grösseren Gehörknöchelchen, aber er unterstützt die Wiederneubildung des Trommelfelles dadurch, dass er soviel als möglich von dem Rande desselben zurücklässt. Er thut dies, weil er glaubt, dass fortdauernde Mittelohreiterung nach Entfernung der Gehörknöchelchen und Behandlung des Mittelohres durch Erkrankung des Warzenfortsatzes verursacht wird und eine besondere Operation erheischt, und dass eine grössere Neigung zu wiederkehrender Eiterung erzeugt wird, wenn die Höhlen des Schläfebeins nicht gegen atmosphärische Einflüsse durch die Anwesenheit des Trommelfelles geschützt werden. Er warnt gegen die kritiklose Entfernung der Gehörknöchelchen bei Fällen von Vertigo und empfiehlt die Operation nur in solchen Fällen, in denen Adhäsionen des Trommelfelles oder Ankylose der Gehörknöchelchen im

Voraus nachgewiesen werden können. Bei Fällen von vollständigem Verschluss der Eustachi'schen Röhre ist die Entfernung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen von fraglichem Nutzen, und bei Verkalkung des Trommelfelles ist die stückweise Entfernung der Kalkablagerungen zu empfehlen.

Dr. S. S. Bishop (Chicago): Die Indicationen und besten Methoden der Operationen am Warzenfortsatze.

Der Verfasser ist der Ansicht, dass die meisten Aerzte zu conservativ sind sowohl was die Zeit zur Vornahme der Operation anlangt, als auch hinsichtlich der Ausdehnung derselben. Er ist Zeuge von letalem Ausgange gewesen: 1) nach verweigerter Operation, 2) nach zu lange aufgeschobener Operation und 3) nach Operationen, die zu ängstlich ausgeführt wurden, um alles Erkrankte zu entfernen. Aber ihm ist kein tödtlicher Ausgang als Resultat der Operation an und für sich bekannt.

Die Erkrankung, welche die Operation erfordert, ist bedeutend gefährlicher, als die für ihre Heilung nothwendigen richtigen chirurgischen Massnahmen. Grössere Kühnheit in den operativen Methoden wird die Erfolge auf diesem Gebiete bedeutend vermehren. Verf. hat die folgenden sechs Regeln formulirt, die ihm als Leitschnur gedient haben hinsichtlich der Vornahme dieser Operation. Der Warzenfortsatz sollte geöffnet werden:

- 1) Wenn acute Erkrankung des Knochens vorhanden ist, welche palliativer Behandlung nicht weicht.
- 2) Wenn Schwellungen und Abscesse sich immer wiederholen.
- 3) Wenn die hintere und obere Wand des äusseren Gehörganges bei Mittelohreiterung vorgewölbt ist.
- 4) Wenn eine Fistel vorhanden ist.
- 5) Wenn sehr heftige Schmerzen in derselben Seite des Kopfes, auf der das Ohr erkrankt ist, vorhanden sind, die aller anderen Behandlung Widerstand leisten.
- 6) Wenn eine andauernde Otorrhoe nicht durch andere Mittel beseitigt werden kann.

Verf. giebt der von Schwartze angegebenen Methode den Vorzug, die je nach den Umständen verändert werden kann. Stacke's Methode lässt eine zu grosse Wundoberfläche zurück und die Heilungsdauer nach derselben ist zu lange. Es bleibt auch eine Neigung zu Verengerung des äusseren Gehörganges zurück, welche die Anwendung von dilatirenden Röhren erfordert.

Bei der Operation ist das vom Reflector reflectirte Licht oder die electriche Stirnlampe dem diffusen Tageslicht vorzuziehen. Die Wunde ist mit Jodoformgaze offen zu halten, bis dieselbe von der Tiefe aus geheilt ist. Aristol ist ein ausgezeichnetes, Vernarbung beförderndes Mittel und ist ausserdem schmerzlindernd. Verf. wendet es häufig an.

Discussion der letzten vier Vorträge:

Dr. C. R. Holmes kann Dr. Cohn nicht beipflichten, dass die Stacke'sche Operationsmethode aseptischer ist, als wenn die Entfernung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen durch den äusseren

Gehörgang bewerkstelligt wird. Soweit haben die Operationen bei chronischem Mittelohrcatarrh so geringe Resultate ergeben, dass kaum eine Thatsache vorhanden ist, die eine so ausgedehnte Operation rechtfertigen würde. Hinsichtlich von Drillbohrern oder Trepankronen, die in Dr. Brose's Vortrag erwähnt wurden, ist er der Ansicht, dass sie nicht in das Armamentarium des modernen Ohrenarztes gehören. Es sind dies Instrumente, die seiner Zeit angewendet und empfohlen wurden, die jedoch jetzt, und aus guten Gründen, der Vergangenheit angehören. Auch erscheint Dr. Brose's Vorschlag, Drainageröhren von der Oeffnung im Warzenfortsatz aus in das Mittelohr und von hier aus dem äusseren Gehörgang heraus zu führen, nicht empfehlenswerth, weil in Fällen, in denen solch' ausgedehnter Eingriff in das Mittelohr nothwendig erscheinen sollte, die Operation nicht radical genug wäre; während es gegen alle Regeln der Chirurgie wäre, das Mittelohr und die Gehörknöchelchen zu gefährden, wenn die Operation nur unternommen wird, um eine Ausflussöffnung für die Zellen des Warzenfortsatzes zu schaffen.

In Bezug auf die Entfernung des Steigbügels haben Schwartzé und Lucae keine ermutigenden Resultate erzielt. In kürzlich von Prof. Schwartzé und Dr. Stacke empfangenen Briefen sprechen dieselben sich ungünstig über die Operation aus, und Prof. Schwartzé ist hinsichtlich der Berichte von Dr. Jack über die von ihm durch Stapes-Extraction erzielten Resultate der Ansicht, dass noch nicht genügend Zeit vergangen ist, um über diese Fälle endgiltig urtheilen zu können, und dass er vorläufig nicht glaubt, dass die Resultate so gut sind, als es den Berichten nach erscheinen könnte.

Dr. Holmes stimmt Dr. Bishop bei, dass Ohrenärzte im Allgemeinen zu conservativ bei derartigen Operationen vorgegangen sind, und dass Viele dabei zu furchtsam waren. Wenn wir die Nothwendigkeit einer Operation entschieden haben, sollten wir mit der grössten Vorsicht vorgehen, gefährliche Regionen zu vermeiden; wir sollten aber auch den Muth haben, alles Erkrankte zu entfernen. Auch sollte Wilde's Einschnitt allein nicht gemacht werden. Schwartzé hat denselben in seinem letzten Werke fortgelassen, da derselbe schmerzhaft ist, und da in Fällen, in denen die Erkrankung soweit vorgeschritten ist, um eine Operation zu erfordern, die Zellen des Warzenfortsatzes in beinahe allen Fällen auch erkrankt sind, und der Patient nur Vortheil von der Eröffnung der knöchernen Decke der Warzenzellen gewinnen kann.

Wenn die Hautauskleidung der geschaffenen Oeffnung aus der Gehörgangswand nach der von Stacke angegebenen Methode gemacht wird, so kann nach der Operation, sofern die Höhle gut mit Gaze vollgepackt wird, keine Stenosirung eintreten. Erfahrungsgemäss kann nach der Operation das grösste Speculum in den Gehörgang eingeführt und die neugeschaffene Höhle in allen ihren Theilen vollständig überblickt werden. Wir erwarten nicht, dass diese durch Entfernung des erkrankten Knochens geschaffene Höhle mit Narbengewebe ausgekleidet werde. In der That, das wäre das Unliebsamste, das passiren könnte. Im Gegentheil muss unser Bestreben dahin gerichtet sein, die Höhle mit gesunden Epithelzellen bedeckt zu bekommen; und dies kann nie geschehen, wenn die Höhle andauernd und fest ausgepackt wird, bis sie völlig mit Epidermis ausgekleidet ist.

Prof. Dr. Politzer bemerkt, dass er in acuten Fällen nie das Antrum öffnet. Die Erkrankung der Zellen des Warzenfortsatzes ist in acuten Fällen selten in Communication mit dem Antrum, und es ist daher weit besser, die Operation auf die Eröffnung der Zellen zu beschränken. Wir bekommen auf diese Weise eine reine, uncomplicirte Wunde, die schnell heilt. Seit letzter Zeit hat er die Wunde nur während eines oder zweier Tage mit Jodoformgaze tamponirt, sie in der That sogar in manchen Fällen gleich nach der Operation durch die Naht fest verschlossen und Druckverband angelegt, nachdem natürlich vorher alles Erkrankte mit dem scharfen Löffel völlig entfernt worden war. In solchen Fällen konnten die Patienten oft schon nach einer Woche das Hospital verlassen.

In Fällen von chronischer, sclerotischer Mittelohrentzündung hat er im Allgemeinen keine Hoffnung, gute Resultate durch die Entfernung der Gehörknöchelchen zu erzielen. In manchen Fällen ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, durch die Operation den Zustand des Gehörs zu verschlimmern. Jedenfalls ist es seine Erfahrung, dass dauernde Gehörsverbesserung nach Entfernung der Gehörknöchelchen bei Sclerose kaum zu erreichen ist. Anders verhält es sich natürlich bei einfachen Adhäsionen zwischen Trommelfell, Gehörknöchelchen und Paukenhöhlenwand. In derartigen Fällen darf man Verbesserung des Gehörs von operativen Eingriffen sich versprechen. Bei chronischen eiterigen Mittelohrentzündungen muss man wenig von der Entfernung der Gehörknöchelchen allein erwarten. In derartigen Fällen hat er die Eröffnung des Atticus und des Antrum nach der Küster'schen Methode mit gutem Erfolge ausgeführt.

Dr. Thorner kann den von Dr. Brose für die Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuten Fällen von eiteriger Mittelohrentzündung angegebenen Indicationen nicht im Ganzen beistimmen. Der Umstand, dass acute Otorrhoe mit heftigen Schmerzen einhergeht, oder dass diffuse, teigige Schwellung oberhalb des Warzenfortsatzes besteht, kann an und für sich nicht als Indication für die Operation gelten. Erst wenn sich andere Methoden als unwirksam erwiesen haben, ist die Operation angezeigt. Nun ist es aber eine Thatsache, dass active antiphlogistische Behandlung in vielen Fällen von den besten Erfolgen begleitet ist. Er selber hat von Eisumschlägen oder von frühzeitig angesetzten Blutegeln schnellen Nachlass der eben genannten Erscheinungen gesehen, so dass in 21 Stunden selbst bei den heftigen, während der letzten Influenza-Epidemien gesehenen Anfällen von acuter eiteriger Mittelohrentzündung das ganze Krankheitsbild verändert war; und noch kürzlich hat Dr. Gorham Bacon in New-York eine Reihe von ausgezeichnetsten Erfolgen bei der Anwendung des Leiter'schen Kühlrohres in derartigen Fällen berichtet. Auch glaubt Dr. Thorner, dass es zu weit gegangen ist, die Eröffnung des Warzenfortsatzes zu empfehlen für Fälle von einfacher acuter Mittelohrentzündung, die gewöhnlicher Behandlung in zwei bis drei Wochen nicht weichen, oder weil der Eiterabfluss aus irgend welchen Gründen etwas erschwert ist. Da giebt es doch einfachere Mittel, zum Ziele zu kommen, als gleich den Warzenfortsatz und das Antrum zu eröffnen. Böhrrer und Trepankronen finden wohl kaum noch ernstlich Vertheidiger für diese Operation.

Hinsichtlich der Operation für chronische, sclerotische Mittelohr-

entzündung ist es bemerkenswerth, wie sehr die Ansichten der besten Beobachter auseinander gehen. Während Dr. Tuttle der Entfernung der Fussplatte des Steigbügels auf die Empfehlung von Dr. Jack und Anderer das Wort als gehörsverbessernd redet, haben die Demonstrationen von Prof. Politzer gezeigt, dass wir kaum Etwas von dieser Operation erwarten können. Die Entfernung des Ambosses allein ist nach Dr. Tuttle eine nutzlose Operation; dagegen hat noch kürzlich Dr. Burnett in Philadelphia gerade die Entfernung dieses Gehörknöchelchens an der Hand einer Anzahl von Krankengeschichten warm empfohlen. Soweit sind jedenfalls die Indicationen und Methoden dieser Operation noch nicht völlig klar gestellt, um häufig gute Resultate erwarten zu lassen.

In Bezug auf den Wilde'schen Einschnitt, dessen Erwähnung gethan wurde, glaubt er, dass derselbe doch nicht so ganz und gar zu verwerfen ist, da erfahrungsgemäss bei einfacher, uncomplicirter Periostitis des Warzenfortsatzes durch denselben sich in kürzester Zeit ausgezeichnete Resultate erzielen lassen.

Dr. Felix Cohn wünscht durchaus nicht so verstanden zu sein, als ob er die Entfernung der Gehörknöchelchen bei chronischem Mittelohrkatarrh empfehle; er hat die zwei Fälle nur berichtet, da er sich von der Anwendbarkeit dieser Methode überzeugt hatte. Er ist der Ansicht, dass es nur wenige chronische Erkrankungen der Paukenhöhle giebt, in denen die Entfernung der Gehörknöchelchen von dauernden, guten Resultaten begleitet wird, und die Operationen sollten darauf beschränkt werden, einen Fortschritt der Erkrankung womöglich zu verhüten oder für Fälle von unerträglichem Tinnitus aurium, so dass selbst Ohrenärzte, die über ein grosses Material verfügen, nicht Gelegenheit finden werden, in vielen Fällen zu operiren. Hinsichtlich der Technik der Operation ist er der Ansicht, dass die extra-auriculäre (Stacke's) Methode gerade so empfehlenswerth wie die intra-auriculäre Methode ist, falls sie derselben nicht vorzuziehen ist. Uebrigens ist die im Grossen ausgeführte Entfernung der Gehörknöchelchen ganz und gar zu verwerfen.

Dr. Bishop erklärt, dass er nur in seltenen Fällen ein Drainageröhrchen in die Wunde nach der Eröffnung des Warzenfortsatzes einlegt. Die Wunde wird durch einen Tampon von Jodoformgaze offen gehalten, bis sie vom Grunde aus bis zum Niveau des Knochens ausgefüllt ist. Nach der nach Stacke's Methode ausgeführten Operation hat er gewöhnlich eine Hartgummiröhre während eines Tages in den Gehörgang eingelegt, und dieselbe dann während der folgenden Tage durch ein Weichgummiröhrchen ersetzt.

In Bezug auf die Entfernung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen bei chronischem Mittelohrkatarrh ist er ausserordentlich vorsichtig geworden. Ihm sind vier Fälle bekannt, in welchen allen die Resultate dieser Operation so durchgehend schlecht waren, dass sie ihn von der Vornahme derselben abgeschreckt haben. In einem Falle war das Ergebniss der Operation absolute Taubheit in dem operirten Ohre, mit chronischer Eiterung und Vertigo. In einem anderen Falle war der in nur geringem Grade vorhandene Tinnitus aurium nach der Operation bedeutend verschlimmert, während das Gehör nicht verbessert war. Bei chronischer Eiterung und necrotischen Processen an den Gehörknöchel-

chen zögert er nicht, geeigneten Falles die Gehörknöchelchen zu entfernen.

Dr. Johnson Eliot (Washington): Der Phonograph bei der Behandlung der Taubheit.

Eine Review der Theorie des Phonographs, der Massage als angewendet für die Behandlung der Ohrenkrankheiten und der practischen Verwerthbarkeit des Phonographen als ein Mittel, Massage des Ohres zu appliciren. Verf. giebt die Krankengeschichten verschiedener Fälle und kommt zu dem Schlusse, dass, soweit seine Erfahrung geht, der Phonograph nicht für die Behandlung der Taubheit zu verwerthen ist.

Dr. M. Toeplitz (New-York): Klinischer Beitrag zum Studium der Syphilis des Gehörorgans.

Bericht eines Falles, in welchem eine primäre Labyrinthaffection sich im Laufe einer frisch erworbenen Syphilis zeigte, und in welchem das Ohrenleiden gleichzeitig mit dem Auftreten der Roseola anfang. Besonders bemerkenswerth ist bei diesem Fall, dass 1) die Affection des Labyrinthes gleich nach dem Erscheinen der Plaques auf der Schleimhaut des Pharynx auftrat; 2) dass das Ohrenleiden sich früh während des secundären Stadiums zeigte, und ohne dass das Mittelohr afficirt wurde; 3) dass die Diagnose auf Syphilis von der Ohrenerkrankung gemacht wurde. Der Fall wurde unter antisypilitischer Behandlung gebessert.

Dr. Lawrence Turnbull (Philadelphia): Die Operation der Excision der Gehörknöchelchen bei chronisch suppurativen und nicht suppurativen (progressive Sclerose) Erkrankungen des Mittelohres.

Bei chronisch eiterigen Erkrankungen des Mittelohres muss man, nachdem alle anderen Methoden ohne Erfolg angewandt worden sind, zur Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen schreiten behufs Heilung necrotischer Knochen oder zum Zwecke der Entfernung erkrankter Gewebe, die mechanisch den Abfluss des Eiters als auch den Eintritt der Schallwellen verhindern. Es ist dies jetzt eine wohl begründete chirurgische Massregel und stellt einen entschiedenen Fortschritt der Otochirurgie dar.

Die „Otosclerectomie“, wie die Operation der chirurgischen Entfernung aller oder einiger der sclerosirten oder im Zustande der Ankylose sich befindenden Schalleiter bei chronischer, nicht eiteriger Mittelohrentzündung genannt wird, hat die Billigung der meisten Otologen in den Vereinigten Staaten und diejenige vieler in Deutschland für sorgfältig ausgewählte Fälle gefunden. Ungünstige Resultate können natürlich vorkommen, und thun es thatsächlich, und dies sowohl bei Anfängern wie Meistern. Bei sorgfältig ausgewählten Fällen hat Verf. jedoch gute Resultate gehabt, sofern es sich um Patienten handelte, bei denen die Ursache des Ohrenleidens an irgend einer Stelle zwischen den Verdickungen und Adhäsionen des Trommelfelles und Ankylosis des Hammers und Steigbügels lag. Fast in allen Fällen ist es nothwendig, eine versuchsweise Operation durch Entfernung eines ovalen Stückes aus dem Trommelfelle mit dem Hammer vorzunehmen. Wenn wir finden, dass

diese Oeffnung das Gehör verbessert oder die Ohrgeräusche und den Schwindel erleichtert, muss die Operation durch Entfernung des Ambosses vervollständigt werden.

Bei trockener, progressiver Sclerose ist ein Einschnitt in das Trommelfell hinter dem Hammer und darauf folgender Traction am Amboss-Steigbügelgelenk empfohlen worden. Wenn dieses nicht genügt, die quälenden Symptome zu erleichtern, so ist es anzurathen, das Trommelfell und die Gehörknöchelchen zu entfernen. Durch diese Operation ist es dem Verfasser gelungen, dem Fortschreiten eines sclerotischen Mittelohrprocesses Einhalt zu gebieten. Verf. illustriert dies durch einige diesbezügliche Krankengeschichten. Bei diesen Operationen hat es sich nicht immer nothwendig erwiesen, den Amboss und Steigbügel zu entfernen. Auch bei Fällen von heftigen Schmerzen im Ohre, deren Natur unbekannt war, die aber mit einem entsetzlichen Druckgefühl einhergingen, hat sich grosse und dauernde Erleichterung der Patienten durch die Eröffnung der Trommelhöhle und die Lösung der Verbindungen des Hammers erzielen lassen. Fälle, bei denen der Gehörnerv atrophisch oder gelähmt ist, müssen nicht operirt werden. Auch muss man sehr vorsichtig sein, den Fallopi'schen Canal nicht mit dem Steigbügelhaken zu verletzen. Kinder können ganz gut operirt werden, und selbst alte Leute haben durch die Operation eine Verbesserung des Gehörs für gewöhnliche Conversation und grosse Erleichterung vom Tinnitus aurium und Vertigo erfahren. Unglückliche Zufälle können natürlich eben so gut als nach anderen Operationen vorkommen; doch Vieles kann gethan werden, sie zu verhindern oder auf ein Minimum zu beschränken. Dem Verfasser ist kein Todesfall bekannt, der der Operation zur Last gelegt werden konnte; doch sind Fälle berichtet worden, in welchen das Gehör sich nach der Operation verschlechtert hat.

An der Discussion nahmen Theil die Herren Thorner, Hobby, Maloney, Barman und der Verfasser.

Dr. E. D. Spear (Boston) demonstrirte ein neues Hörrohr, das im Wesentlichen aus zwei in einander geschobenen, kegelförmigen Trompeten besteht.

Dr. E. Dean (Scranton) zeigte einige neue und verbesserte Instrumente für die electricische Behandlung der Eustachi'schen Röhre.

Dr. R. D. Barret (St. Louis) demonstrirte einen verbesserten Pulver-Insufflator für das Mittelohr. Der Vortheil desselben im Gebrauche besteht darin, dass nur eine Hand erforderlich ist, die Canüle (eine Hartmann'sche Mittelohrcanüle) durch die Perforation einzuführen und den Gummiballon zusammen zu drücken. Zwischen diesem letzteren und der Canüle ist der Pulverbehälter, eine etwa haselnuss-grosse Kugel, unbeweglich angebracht, und das Instrument wird noch besonders dadurch während des Gebrauches fixirt, dass an der unteren Fläche des Pulverbehälters ein Fingerring angebracht ist, in welchem der Daumen der den Gummiballon haltenden Hand eingeführt wird. Die andere Hand ist demnach frei für die Einführung des Ohrtrichters.

Dr. M. D. Lederman (New-York): Adenoide Vegetationen als ein ursächliches Moment bei Ohrenleiden.

Die Recidive bei eiterigen Mittelohraffectionen, wie sie häufig bei Kindern beobachtet werden, sind so augenscheinlich in vielen Fällen durch die Anwesenheit dieser Gebilde verursacht, dass die sorgfältige Entfernung derselben den Anfang unserer therapeutischen Massnahmen darstellen sollte. Wenn der Patient acute Symptome hat, müssen solche chirurgische Eingriffe natürlich verschoben werden, bis dieselben nachgelassen haben. Es macht keinen Unterschied, ob diese Gebilde den entzündlichen Zustand durch directe Fortsetzung in die Eustachi'sche Röhre erzeugen, oder dadurch, dass sie die Thätigkeit der Mm. levatores palati verhindern und auf diese Weise der nothwendigen Ventilation der Eustachi'schen Röhre und des Mittelohres im Wege sind, oder ob die Circulationsverhältnisse durch den auf die Pharynxschleimhaut ausgeübten Druck ungünstig beeinflusst werden. Es genügt zu wissen, dass diese Neubildungen in vielen Fällen ein Ohrenleiden veranlassen oder compliciren, um deren prompte Entfernung nothwendig erscheinen zu lassen. In solchen Fällen das Mittelohr allein zu behandeln, ist, milde gesagt, ein Kunstfehler.

Wenn wir häufiger den Finger in den Nasenrachenraum von jungen Patienten, die an recidivirenden Mittelohreiterungen leiden, einführen würden, so würde es in den meisten Fällen unnöthig sein, noch weiter nach der Ursache dieser Anfälle zu suchen. In Fällen, in denen ein mit eiteriger oder catarrhalischer Mittelohraffection behaftetes Kind adenoide Vegetationen hat, können wir eine gute Prognose stellen, vorausgesetzt, dass diese hypertrophischen Massen vollständig entfernt werden können. Wenn jedoch dieses lymphoide Gewebe nicht vollständig entfernt worden ist (was durch den untersuchenden Finger leicht constatirt werden kann), darf man dieses gute Resultat nicht mit Sicherheit erwarten. Selbstverständlich wird durch diese Operation nicht nur das Ohrenleiden, sondern auch der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten verbessert. Wir müssen jedoch nicht immer ein sofortiges Aufhören der Ohreiterung erwarten, da es einige Tage und manchmal einige Wochen dauert, bevor die Eiterung endgiltig aufhört.

Dr. E. F. Ingals (Chicago): Hysterische Taubheit.

Hysterische Aphonie ist eine sehr häufige Affection, hysterische Taubheit dagegen eine sehr seltene Erscheinung. Verf. berichtet einen von ihm beobachteten Fall. Es handelte sich um eine 23jährige unverheirathete Dame, die häufig an Aphonie gelitten hatte. Sie war auch etwas schwerhörig. Vor etwa zwei Jahren wurde sie nach einem plötzlichen Schreck, durch das Anspringen einer Ratte gegen sie, beinahe völlig taub. Sie konnte die Uhr im Contact nicht hören, und nur lautgesprochene Worte, mit den Lippen nahe den Ohren, wurden verstanden. Patientin konnte nur mit Flüsterstimme sprechen. Unter der Anwendung von Strychnin in steigenden Dosen und Valerianpräparaten trat bald eine Verbesserung der Sprache und des Gehörs ein.

Dr. B. Alex. Randall (Philadelphia): Craniometrische Messungen an 500 Schädeln in Bezug auf die chirurgisch-topographische Anatomie des Ohres.

Verf. hat 500 Schädel verschiedener Racen mit besonders construirten

Messinstrumenten untersucht, um endgiltig nachzuweisen, ob sich bestimmte Beziehungen zwischen der Topographie des Ohres und der Form des Schädels feststellen lassen, namentlich mit Rücksicht auf die Methoden der Warzenfortsatz-Operation. Das Resultat seiner ausgedehnten Untersuchungen in dieser Richtung, erläutert durch die ausführlichen Messungsergebnisse, ist, dass dieselben, obwohl noch immer nicht ausgedehnt genug, um abschliessend zu sein, doch sicherlich zeigen, dass der Schädel-Index wenig Anhaltspunkte giebt in Bezug auf die anatomischen Verhältnisse, welche der Operateur möglicher Weise antreffen kann, und sie beweisen immerhin, dass sowohl Maximal- wie Minimaldimensionen in allen Schädelformen vorgefunden werden können.

Am Schlusse der Sitzungen wurde dem Vorsitzenden und dem Schriftführer der Dank der Section ausgesprochen.

Während der Verhandlungen wurde Herr Prof. A. Politzer, der durch seinen Vortrag und ausserdem durch eine Demonstration einer grossen Collection anatomischer und pathologischer Präparate des Gehörorganes und einer Sammlung von neuen und verbesserten Ohren-Instrumenten wesentlich zum wissenschaftlichen Erfolge der Sectionsarbeit beigetragen hatte, einstimmig zum Ehrenpräsidenten der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses erwählt.

II. Referate.

a) Otologische:

Influenza-Otitis. Nach den Beobachtungen an der kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Berlin von A. Jansen. (Archiv f. Ohrenheilkunde XXXI, X).

Der Autor kann die in der Literatur beschriebenen typischen Eigenschaften einer Influenzaform der Otitis nicht bestätigen und hat die Warzenfortsatzaffectionen mindestens ebenso häufig und nicht weniger schwer gefunden, als bei acuten Mittelohrentzündungen infolge anderer Ursachen.

Gomperz.

Zwei Fälle von Ohrmuschelkrebs. Von Dr. Ernst Váli. (Ibidem XI.)

Ein Fall auf der Basis einer alten Warze, $\frac{3}{4}$ Jahre vor der Aufnahme entstanden, wurde operirt; 8 Monate nach Amputation der Ohrmuschel war kein Recidiv aufgetreten. Der zweite, der 2 Monate vor der Aufnahme mit Anschwellung und röthlichblauer Verfärbung der Ohrmuschel begann, erwies sich als inoperabel.

Gomperz.

Ueber die Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen. Von Prof. E. Zaufal. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXI, XII.)

Nach einem kurzen Hinweise auf die Entwicklung der Lehre von der microparasitären Natur der eitrigen Mittelohrentzündungen bespricht der Verf. die bei der acuten und chronischen Otitis media bisher ge-

fundenen pathogenen Microorganismen, den Pneumobacillus Friedländer, den Diplococcus pneumon. Fraenkel-Weichselbaum und die pyogenen Microorganismen. Was die Häufigkeit ihres Vorkommens bei den acuten Entzündungen anbelangt, so scheint Zufall bei den primären Formen die Frequenz des Diplococcus pneumoniae zu überwiegen, während bei den secundären Formen die pyogenen Mikroben, besonders der Streptococcus pyogenes praevaliren. Bei den traumatischen Entzündungen fand Zufall nur pyogene Microorganismen.

Dass auch die specifischen Erreger von allgemeinen Infectionskrankheiten Mittelohrentzündungen werden hervorrufen können, scheint Zufall nicht unmöglich, obwohl bisher keine Beweise dafür vorliegen.

Jedenfalls ergibt sich aus diesen Funden die wichtige Thatsache, dass die acute Otitis media kein ätiologisch einheitlicher Process ist, sondern ihr Entstehen verschiedenartigen Microorganismen verdankt.

Die Frage, ob die Art des Erregers den guten oder böserartigen Verlauf der Entzündung bedinge, beantwortet der Autor dahin, dass hierfür der Grad der Virulenz des Entzündungserregers und der allgemeine Zustand des Patienten die wichtigsten Factoren seien. Allerdings kommen dazu noch andere Einflüsse, welche erst bei dem näheren Studium der einzelnen Bacterienarten erkannt wurden, und zwar das gleichzeitige Wuchern anderer pathogener und saprophytischer Keime in der Paukenhöhle, insbesondere der Fäulnismicroorganismen, deren Stoffwechselproducte den Verlauf der Entzündung in verschiedener Weise sehr wesentlich zu beeinflussen vermögen.

Was die Complication der acuten Otitis media betrifft, so kommt Zufall zum Schlusse, dass in der Regel der die Otitis primär erregende Parasit die Ursache der Complicationen abgiebt. Doch können solche auch durch Microorganismen erzeugt werden, welche secundär in den Entzündungsherd eingewandert sind.

In klarster Weise hat die bacteriologische Forschung das Abhängigkeitsverhältniss der Mittelohrentzündungen von den nebenliegenden Höhlen der Nase, des Rachens und des Mundes klargelegt, insofern, als dadurch der Beweis erbracht wurde, dass die die Otitis media erregenden Microparasiten nicht nur bei Erkrankungen, sondern auch unter normalen Verhältnissen dort anzutreffen sind. Untersuchungen am Kaninchen haben Zufall gelehrt, dass auch die Paukenhöhle in den seltensten Fällen keimfrei ist.

Die bacterientödtenden Eigenschaften des Blutes und der Gewebsäfte, die ungeschwächte Lebensenergie der Gewebszellen, sowie die Resorptionskraft der verschiedenen Organe bilden die Schutzwehr gegen die Angriffe der pathologischen Keime; erst wenn jene Wehren Alterationen erleiden, wie z. B. bei Infectionskrankheiten, finden die Bacterien günstigere Bedingungen zur Wucherung.

Sicherlich spielt auch die Intactheit des Epithels eine wichtige Rolle in der Abwehr: Erkältungen, Allgemeinerkrankungen, bei Neugeborenen die physiologischen Involutionsprocesse des Schleimhautpolsters in der Paukenhöhle werden die Bewegungen des Flimmerepithels schädigen können.

Ist schon unter normalen Verhältnissen die Tuba Eustachii nicht im Stande, den Bacterien den Eintritt in die Paukenhöhle zu verwehren,

so wird dies um so weniger der Fall sein, wenn eine vis a tergo die am Ostium tubae liegenden Keime in die Paukenhöhle treibt. Da giebt Zufall zu bedenken, dass unter ungünstigen Verhältnissen der Valsava, der Catheterismus, das Politzer'sche Verfahren, Nasenausspülungen, die Tamponade nach Bellocq leicht Keime in das Mittelohr bringen und Entzündungen bösartigsten Grades hervorrufen können.

All' diese Erkenntnisse haben bisher noch wenig Einfluss auf die Therapie nehmen können; sie haben nur das Rationelle unserer bisherigen Massnahmen bei den Mittelohreiterungen in's richtige Licht gesetzt; aber auf die Hygiene, die allgemeine sowohl, wie besonders die Mund-, Nasen- und Rachenhygiene werden sie befruchtend wirken. Gomperz.

b) Rhinologische:

Vollständiger Verschluss beider Nasenöffnungen durch äussere sichtbare Membranen, Operation, Heilung. (Occlusion complète des deux nariens par des membranes à l'orifice externe. Opération. Guérison.) Von Dr. M. F. Mayer. (New-York Eye and Ear Infirmary Reports and Revue de laryngologie No. 1, 1894.)

Ein 22jähriges Mädchen hat spezifische Ulceration und Zerstörung des Gaumens mit Stenose der vorderen Nase. Spezifische Allgemein- und locale Behandlung. Heilung der Geschwüre, Zerstörung der Membranen mittelst des electrischen Trepan's, Heilung. Dr. P. K.

Klinische Studie über tertiäre Syphilis des Nasenrachenraumes und über den Nasentripper. (Sur la syphilis tertiaire nasopharyngo-palatine et sur les lésions blénnorrhagiques du nez.) Von Dr. V. Cozzolino. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, August 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Nasentripper ist sehr selten und deshalb noch wenig studirt. Man unterscheidet den metastatischen Typus, welcher nach einer starken Injection in die Urethra entsteht; statt „metastatisch“ muss man heute „Infection in der Entfernung“ sagen; ferner den directen Typus durch directe Infection; als Beispiel wird eine 60jährige Frau, welche die Nase in das Suspensorium ihres an Tripper leidenden Sohnes putzte, sowie ein Mann, welcher die grossen Schamlippen einer inficirten Dirne in seine Naslöcher einführte, ferner ein Kind, welches bei Behandlung seiner Ozaena sich der Spritze eines Tripperkranken bediente, angeführt. Der Mundtripper rührt von unnatürlichem Coitus her; die Fälle sind auch selten. Die purulente Rhinitis kann, wie schon Ziem anführt, durch directe Infection beim Durchgang durch die Scheide der Mutter entstehen; man soll also in verdächtigen Fällen die ersten Tage nach der Geburt Jodoform in die Nase einblasen; diese Rhinitis entsteht gleich nach der Geburt, geht durch den Canalis lacrymalis auf die Conjunctiva über, während die hereditäre syphilitische Rhinitis erst einige Wochen nach der Geburt entsteht. Schwellen des Gesichtes, der Nase, der Oberlippe, Schmerz, Ausfluss sind die hervorragenden Symptome; die chronische Form kann leicht mit der Störck'schen Blennorrhagie oder

mit Rotz verwechselt werden. Der Mundtripper hat alle Symptome der Stomatitis ulcerosa membranosa. Waschungen mit Sublimat (0,10 : 1000), Zincum sulfophenosum, Borsäure, Aristol, Dermatol. Dr. P. K.

Analyse eines complicirten Geruches. (Sur l'analyse d'une odeur complexe.) Von Dr. J. Passy. (Académie des sciences, October 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verschiedene Gerüche können in einem und demselben Körper bestehen und unser Geruchsinn empfindet die Resultate ihrer Combination. Wenn man diese verschiedenen Gerüche trennt, so bringt man den Beweis obiger Behauptung; man stützt sich dabei auf das Minimum eines jeden einzelnen Geruches, welches noch empfunden wird. Dr. P. K.

Adenoide Tumoren und Anfälle von Laryngismus stridulus. (Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme.) Von Dr. Duplaix. (Gazette des hôpitaux, October 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Nicht alle mit adenoiden Vegetationen behafteten Kinder bekommen Anfälle von Spasmus glottidis, aber in allen Fällen von Spasmus glottidis findet man adenoide Vegetationen. Von der hypertrophischen Gaumenmandel stammen reichliche Schleimmassen her, welche bei Tage verschluckt werden, bei Nacht aber sich ansammeln und in den Larynx gelangen, um als Fremdkörper zu wirken, selbst wenn kein Catarrh besteht; kommt letzterer aber hinzu, so tritt der Pseudocroup mit allen seinen unangenehmen Symptomen auf. Dr. P. K.

Hirnabscess in Folge einer Entzündung des linken Sinus frontalis. (Abscess du cerveau, suite d'inflammation du sinus frontal gauche.) Von Dr. Schindler. (Archives de médecine et de pharmacie militaire und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Ein 21jähriger Soldat hatte Schnupfen mit folgendem Fieber und Kopfschmerz. Oedem der Nasenwurzel und des linken oberen Augenlides. Trepanation des Sinus frontalis mit Eiterentleerung. Tod im Coma mit Aphasie und Lähmung des rechten Armes; die Section ergab einen Abscess an der zweiten und dritten linken Stirnwindung.

Dr. P. K.

Behandlung der Ozaena mittelst concentrirter Höllenstein- und Chlorzinklösungen. (Traitement de l'ozène par les pulvérisations concentrées de nitrate d'argent et de chlorure de zinc.) Von Dr. Moure. (Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences 1892, Bulletin médical, October 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. befindet sich gut bei Anwendung von 10—25 procentiger Höllenstein- und 2—10 procentiger Chlorzinklösung. Treten dabei Nasenbluten oder zu heftige Reaction ein, so muss man aufhören.

Dr. P. K.

Die bösartigen Tumoren des Nasenrachenraumes. (Les tumeurs malignes de la voûte nasopharyngée.) Von Dr. G. Ferreri. (Archivio italiano di otologia, Januar 1893, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die Electrolyse ist als palliatives Mittel allen blutigen Operationen vorzuziehen. Dr. P. K.

Hysterie und die hysterogenen Zonen der Nasenmucosa. (L'hystérie et les zones hystérogènes de la muqueuse nasale.) Von Dr. J. Roquez Casadeus. (Revista de laringologia, Mai 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln bei einem an Krämpfen leidenden 16jährigen Mädchen. Die Berührung dieser Theile, namentlich der linken Muschel mit der Sonde, bewirkt Lethargie, welcher bald Convulsionen folgen, bei Cocainisirung der Nase hören diese allgemeinen clonischen Krämpfe gleich auf. Cocainisirt man zuerst, so kann man ungestraft die Muscheln mit der Sonde berühren. Heilung durch Cauterisation der betreffenden Nasentheile. Ob die locale Behandlung direct als solche oder erst durch Einfluss auf die Nervencentren Heilung bewirkt (Lichtwitz), lässt Verf. dahingestellt. Dr. P. K.

Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Nasenschleimhaut. (Recherches sur le pouvoir d'absorption de la muqueuse nasale.) Von Dr. Marco Treves. (Giornale della R. Academia di Med. di Torino, Juli 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die Medicamente wurden in bestimmter Dosis auf einem hydrophilen Baumwollentampon auf die Nasenschleimhaut gebracht und dann im Urin nachgewiesen; nach langen Experimenten fand Verf. das santoninsäure Natron als das Geeignetste. Aus vergleichenden, mit der Absorptionsfähigkeit des Magens für dasselbe Medicament angestellten Versuchen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Die Unterschiede in der Ausscheidung durch den Urin des santoninsäuren Natron sind weniger auffallend, wenn das santoninsäure Natron durch den Magen, als wenn es durch die Nasenschleimhaut resorbiert wird. 2) Man kann keinen directen Zusammenhang zwischen der Resorptionsfähigkeit der Nasenmucosa und der des Magens feststellen; Alles hängt von der Untersuchungsperson ab, die Regel kann sogar umgewandt werden. 3) Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Resorption durch den Magen doppelt so schnell vor sich geht als die durch Nasenmucosa, dass in Bezug auf die Maximaldosis der Magen doppelt so viel Santonin in den Urin befördert als die Nasenmucosa, dass die Ausscheidung durch den Urin bei Magenresorption viel länger dauert als bei Nasenabsorption. Aus diesen Verhältnissen darf man nicht schliessen, dass die Magenresorption doppelt so gross wie die der Nase ist; die wässrige Lösung des santoninsäuren Natron in den Magen gebracht kommt überall in Berührung mit der grossen Fläche der Magenschleimhaut, während in der Nase ein Theil der Flüssigkeit im Tampon sitzen bleibt und nur ein geringer Theil in Berührung mit der kleinen Fläche der Nasenmucosa kommt. Dr. P. K.

Ueber die Einpflanzungsstelle der Nasenrachenpolypen. (Sur le lieu d'implantation des polypes nasopharyngiens.) Von Dr. Camillo Poli. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, November 1892, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Wichtig für den Operateur, namentlich wegen der Recidive. Am oftesten am Basilarfortsatz entspringend, können sie ausnahmsweise an anderen Stellen, selbst an den Nasenmuscheln, entspringen. Man muss also vor der Operation genau den Stil untersuchen. Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Gesichtserythem in Folge von Cocain. (Erythème facial dû à la cocaine.) Von Dr. Castex. (Société française d'otologie et laryngologie, Séance du mois de Mai 1893.)

Bei einer mit Rhinitis hypertrophica behafteten Dame wurde die untere Nasenmuschel behufs Brennen mit dem Galvanocauter mit einer 20procentigen Cocainlösung tamponirt. Nach drei Stunden kommt Niessen mit Nasenausfluss, dann Klopfen in der rechten Nasenhöhle, in der Wange und Schläfe, dann ausgeprägtes Erythem, welches nach zwei Tagen heilte; es wurde nun eine fibrinöse Membran aus der rechten Nasenhälfte entfernt. Patient hatte schon dasselbe Ereigniss in Folge einer Einblasung von Cocain erlebt. Dr. P. K.

Ueber primäres Mandelsyphilom. (Du syphilome initial de l'amygdale.) Von Dr. P. Colombini. (La Revista medica, März 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Zwei Fälle von Mandelschanker, die 110. und 111. in der Literatur bekannten. Dr. P. K.

Krebs der Schilddrüse, sich in einem schon bestehenden Kropfe entwickelnd. (Cancer du corps thyroïde secondaire à un goître.) Von Dr. Chaborg. (Société française d'otologie et de laryngol., Séance du mois de Mai 1893.)

Eine 48jährige Frau hat seit 16 Jahren einen taubeneigrossen Kropf vorn am Halse. Seit einem Jahre wächst der Tumor rasch bis zu Kindskopfgrösse und nimmt auch die Drüsen, welche die Carotis umgeben, ein. Tod. Die Section ergab plattgedrückte Trachea mit unverändertem anatomischen Bau, Carcinom der Schilddrüse und der Lymphdrüsen, Krebs der Leber und beider Pleurae. Dr. P. K.

Beitrag zur Behandlung der Retropharyngealabscesse. (Contribution au traitement des abcès rétropharyngiens.) Von Dr. Ercole Sacchi. (Gazzeta degli ospitali, Juni 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Die classische Methode besteht in der Eröffnung der Abscesse durch den Mund; aber schon Roser, Chayne und Burckhardt erkannten das Ungenügende dieser Methode und operirten von aussen am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus. Gestützt auf 2 geheilte Fälle und auf seine Experimente an der Leiche rath Verf., am hinteren

Rande des Sternocleidomastoideus, 3—4 Centimeter unter dem Processus mastoideus, einen 5—6 Centimeter langen Einschnitt zu machen. Verf. beschreibt dann seine Schnittmethode in der Tiefe. Seine Methode sei gefahrlos, sie erlaube einen grösseren Schnitt und leichtere Entleerung der käsigen Massen, sowie auch Einführen eines Drainrohres.

Dr. P. K.

Krebs der Glandula thyroidea nach Kropf. (Cancer du corps thyroïde secondaire à un goître.) Von Dr. Chabory. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 13, 1893.)

Der Titel giebt die Krankengeschichte.

Dr. P. K.

Ueber das Wiederaufleben der Thymusdrüse. (Sur la révivescence du thymus.) Von Dr. Fernet. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 17 Février 1893 und Revue internationale de rhinol., d'otol. et de laryngol. No. 9, 1893.)

Dieses Wiederaufleben der Thymusdrüse ist bemerkbar bei Veränderungen des Corpus thyroideum oder irgend einer anderen Blutdrüse. 1) Bei Myxoedem ist die Thymus immer sehr entwickelt (Bourneville); bei solchen jugendlichen Kranken kann man annehmen, dass es sich bloß um den Fortbestand der Thymus handelt; aber man findet dieses Wiederaufleben auch nach der Pubertät und bei älteren Leuten. 2) Acromegalie zeigt fast immer eine gut entwickelte Thymusdrüse, und weil dieses Leiden bloß bei Erwachsenen vorkommt, muss man eine wirkliche Reviviscenz annehmen. 3) Bei der Basedow'schen Krankheit hat Verf. ein Mal, Dr. Möbius fünf Mal dieses Wiederaufleben gefunden; diese Zahlen lassen einen reinen Zufall nicht denken. Diese Reviviscenz der Glandula thymus würde also bei der Basedow'schen Krankheit beweisen, dass das Corpus thyroideum durch seine Veränderung erstere Wiederbelebung bewirkt; die Basedow'sche Krankheit wäre also prognostisch gar nicht so schlimm, wie allgemein angenommen wird.

Dr. P. K.

Ueber Lähmung der Glottiserweiterer bei multipler Hirn- und Rückenmarkselerose. Von Prof. Dr. Riegel. (Oberhessische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Sitzung vom 26. Juli 1892.)

Bei einem mit multipler Gehirn- und Rückenmarkselerose behafteten Patienten befand sich keine Stimmstörung und dennoch war das rechte Stimmband in Cadaverstellung und das linke in der Phonationsstellung; keine Dyspnoe und bei der Phonation erfolgte der Glottisverschluss normal. Ueber die Cadaverstellung des rechten Stimmbandes besteht kein Zweifel; über die Medianstellung des linken lässt sich behaupten, dass Anfangs eine Lähmung des betreffenden Cricoarytenoideus posticus bestand und dass später eine Contractur der Antagonisten eingetreten ist. Die von Krause in solchen Fällen angenommene Contractur kann hier nicht zutreffen, schon wegen der Lähmung des rechten Stimmbandes und noch mehr wegen der erst bei der Phonation eintretenden Contraction des linken Stimmbandes; eine von Krause angenommene Reflexcontractur ist auch hier noch weniger anzunehmen. Diese Lähmungserscheinungen bei Sclerose sind seltener, als bei Tabes dorsalis.

Dr. P. K.

Ueber Asystolie bei Compression des Vagus. (De l'asystolie dans la compression du nerf pneumogastrique.) Von Dr. Merklen. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 28 Juillet 1893, und Semaine médicale No. 46.)

Bei krankem Herzen bringt die Compression des Vagus durch Tumoren eine Asystolie, während selbe bei intactem Herzen eine Tachycardie hervorbringt.
Dr. P. K.

Fibrom des Kehlkopfes. (Fibrome du larynx.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1893.)

Nach den Papillomen sind die Fibrome die häufigsten Larynxtumoren; man veröffentlicht also blos Fälle von Larynxfibrom, wenn selbe besondere Eigenthümlichkeiten zeigen. Hier war es die aussergewöhnliche Grösse des Neoplasma, welches dennoch weder Tonstörungen noch Erstickungsanfälle hervorrief. Ein 68jähriger Mann, gar nicht belastet, klagt über Athem- und Schlingbeschwerden, welche seit 6 Monaten zugenommen haben. Beigegebene Zeichnungen zeigen die natürliche Grösse des Fibroms vor und nach der Operation; man sieht, um wieviel das Volumen die äussersten von Bruns, Türck und Makenzie angegebenen Grenzen übersteigt. Viel kleinere Fibrome müssen frühzeitig wegen der unausbleiblichen Erstickungsanfälle operirt werden, eben weil selbe meistens an den wahren Stimmbändern aufsitzen und so die Glottis leicht verlegen; dieser grosse Polyp aber entstammte dem linken Morgagni'schen Ventrikel ausnahmsweise; er konnte sich daher mehr entwickeln, ohne Respiationsbeschwerden hervorzurufen, er wurde in Folge seines Gewichtes bald gestielt und verbarg seinen Stiel unter seiner unteren Fläche, welches Verhältniss die Diagnose und die Operation erschwerte; der Ton der Stimme blieb also auch normal, weil die Stimmbänder in ihren Functionen nicht gestört waren; nur bekam die Stimme die Klangfarbe, welche bei Pharynxtumoren oder hypertrophischen Mandeln die gewöhnliche ist. Die prophylactische Tracheotomie wurde verweigert und so waren die öfter zu wiederholenden Operationsversuche jedes Mal mit Lebensgefahr verbunden; erst nach drei Wochen lang fortgesetzten Extractionsversuchen und nach festgestellter Lage des Stieles gelang die Totalexstirpation mittels einer der Scheinmann'schen Zangen (Berliner klinische Wochenschrift 1892, bei Windler), welche bei solchen Operationen als die zweckmässigsten erscheinen. Der Tumor wog 7,38 Gr. Die Folgen der Operation waren die gewöhnlichen. Es bleibt eine unvollständige Ankylose des linken Cricoarytenoidalgelenkes mit Parese des linken Stimmbandes zurück; jedoch ist die Stimme wegen Vicariiren des rechten Stimmbandes normal.
Dr. P. K.

Medicinische Behandlung der Larynxtuberculose. (Le traitement médical de la tuberculose laryngée.) Von Dr. Garel. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 12, 1893.)

Es besteht ein grosser Unterschied zwischen einem aphonem Larynxphthisiker und einem dysphagischen Larynxphthisiker, letzterer ist dem nahen Tode durch Inanition geweiht. Jeder Erfolg der localen Behandlung hängt von dem betreffenden Individuum ab, so dass man keine Methode der localen Behandlung absolut annehmen oder verwerfen kann;

Alles hängt von dem Zustande der Lungen ab; ist der Patient noch resistent, so heilt der Larynx unter der mannigfachsten Behandlung, ja oft von selbst; bei geeigneter Allgemeinbehandlung heilt oft der Larynx ohne Localbehandlung. Verf. geht die Reihe der Inhalationen, der Pulverisationen, der submucösen Injectionen durch, um mit der Electrolyse und der Galvanocaustik zu enden. Alle medicamentösen Behandlungsweisen der Larynxphthise sind also cum grano salis aufzunehmen.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Laryngectomie wegen Adenocarcinoma des Larynx.

(Deux cas de laryngectomie pour adénocarcinome du larynx.)
Von Dr. Solis Cohen. (New-York med. Journal, Novembre 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1893.)

Ein 54jähriger Mann wurde operirt wegen linksseitigem Larynxadenocarcinom; partielle Laryngectomie; Anästhesie mittelst Aether. Tod nach 48 Stunden durch Aspirationspneumonie. Der zweite Fall betrifft ein Adenocarcinom, welches sich auf der Basis eines vor 16 Jahren entfernten Papilloms entwickelt hat; Laryngectomie mit Erhaltung der Epiglottis. Ernährung durch Clystiere. Heilung. Nach 5 Monaten noch kein Recidiv.

Dr. P. K.

Mumps mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptysis. (Oreillons avec orchite, prostatite et hémoptisie.) Von Dr. Comby. (Société méd. des hôpitaux de Paris, Séance du 19 Mai 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Ein 29jähriger Mann bekam starkes Fieber mit Orchitis und Prostatitis, Schwellung der Parotiden erst nach 2 Tagen; Prostration und starke Haemoptysis; Patient hatte gesunde Lungen. Heilung. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Orchitis ist der Parotidenschwellung zwei Tage vorausgegangen; 2) die Prostata war ausnahmsweise mit angegriffen; 3) es bestand Lungencongestion mit Blutung, währenddem keine Lungenaffection früher bestand.

Dr. P. K.

Ueber Tropaeocain. Von Dr. Otto Seifert, Privatdocent an der Würzburger Universität. (Separat-Abdruck aus der „Intern. klin. Rundschau“ No. 7, 1893.)

Bei den Versuchen an gesunden Individuen mit 5proctiger Lösung brachte dreimalige Application auf die Nasenschleimhaut Anästhesie hervor, aber keine Ischämie, auch nur eine ganz geringe Volumsabnahme, hingegen ebenso wie bei Bepinselung des Rachens vorübergehendes Brennen und Hyperämie. Die Reizerscheinungen bei Anwendung im Kehlkopfe bestanden in so heftigen Hustenkrämpfen, dass von weiteren Versuchen im Kehlkopf abgesehen wurde. 10procentige Lösung bewährte sich nicht besser.

Bei den Operationen unter Tropaeocain-Anästhesie ergab sich, dass Tropaeocain ein fast ganz ungefährliches Anästheticum sei, dass aber die bei Cocain. muriatic. übliche Concentration durchaus nicht zur Erzielung einer Anästhesie für schmerzhaftige Eingriffe hinreiche, ferner, dass in Folge geringer anämisirender Wirkung des neuen Mittels die erwünschte volumvermindernde Wirkung ausfiel und die Blutung während der Operation sehr reichlich und störend war.

Das Tropicocain ist darum trotz seiner relativen Ungiftigkeit durchaus nicht mit dem nur wegen der leicht vermeidbaren Nachblutungen unangenehmen Cocainum muriaticum zu vergleichen.

Hitschmann.

III. Kritik.

Handbuch der Ohrenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Schwartze, Königl. preuss. Geh. Medicinalrath und Director der Königl. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. II. Band. Mit 177 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1893. (Fortsetzung.)

Das sechste Capitel bringt eine Abhandlung aus der Feder Prof. Gradenigo's über Krankheiten des Labyrinths und des Nervus acusticus. Zehn Druckseiten (Kleindruck) nimmt das vom Verfasser angeführte Literaturverzeichnis zu dieser Arbeit ein, welche 207 Druckseiten, also nahezu den vierten Theil des ganzen Bandes, welcher die specielle Pathologie und Therapie der Ohrenkrankheiten behandelt, umfasst. Wir schätzen den Verfasser als einen sehr fleissigen, tüchtigen Arbeiter, gestehen aber offen, dass wir bei Wahrnehmung dieses grossen Umfanges seiner Abhandlung den Verdacht nicht unterdrücken konnten, dass hier des Guten zu viel gethan sei. Und in der That bekommen wir hier neuerlich viel über allgemeine Erscheinungen oder deren Erklärung, über functionelle Prüfung, über Messung der Hörschärfe, über qualitative Prüfung der Hörschärfe, über den Weber'schen Versuch, den Rinne'schen Versuch, über Knochen- und Luftleitung und derartige in den allgemeinen Theil gehörige Thesen zu lesen, so dass man sich schon etwas ermüdet fühlt, wenn man endlich, nachdem man 55 grosse Druckseiten durchgearbeitet hat, bei „A. Krankheiten des Labyrinths“ anlangt. Wie viel würde diese fleissige Arbeit gewonnen haben, wenn Verfasser sich bei den betreffenden Fragen einfach auf den schon erschienenen allgemeinen Theil berufen hätte, und selbst nur das Wissenswerthe über die Krankheiten des Labyrinths gebracht hätte. Wenn Verfasser S. 417 sagt: „Wir können für die Krankheiten des inneren Ohres und des Nervus acusticus die folgende, auf die ätiologischen und klinischen Charactere gegründete Classification aufstellen, da die pathologisch-anatomischen und symptomatischen Kennzeichen dem grössten Theile der Krankheiten dieser Gruppen gemeinschaftlich sind“, so wissen wir eigentlich gar nicht, worauf seine Eintheilung beruht. Der klinische Character einer Krankheitsindividualität kann doch nur durch die pathologisch-anatomischen und symptomatischen Kennzeichen characterisirt sein, und wenn diese Allen gemeinsam sind, was soll uns denn am Krankenbette als diagnostischer Anhaltspunkt dienen, um die einzelnen Formen zu unterscheiden? Es ist ja richtig, dass wenigstens der grösste Theil der vom Verfasser angegebenen Veränderungen des Labyrinthes thatsächlich an der Leiche gefunden wurden; allein es ist auch richtig, dass dieselben Veränderungen auf die verschiedensten ätiologischen Ursachen erfolgen können, und demnach können wir wohl ein ätiologisches Moment als ein zu einer bestimmten Labyrinthaffection

disponirendes anführen, keineswegs aber immer darauf wieder eine eigene Krankheitsform aufbauen. Thun wir das, so verfallen wir in den Fehler des Verfassers, wir wiederholen bei jeder einzelnen Krankheitsform dieselben Erscheinungen und denselben Verlauf und dann wächst die Arbeit so heran, wie dies in diesem Falle geschah.

Wenn wir diesen Mangel hier hervorheben, geschieht das keineswegs auf Kosten des Inhaltes, sondern auf Kosten der Form. Der Inhalt der überaus fleissigen Abhandlung ist sehr lehrreich; aber es würde das Ganze viel mehr ansprechen und dem Werke zum Vortheil gereichen, wenn der Verfasser der bis jetzt in allen neueren Lehrbüchern eingehaltenen Methode gefolgt wäre, ohne eine so erkünstelte Eintheilung der Labyrinthaffectionen beizubringen. Es wären uns dann gewiss auch Diagnosen, wie „Otitis interna durch Berufslärm, professionelle Otitis“, mit welchen sich vor der Hand wohl wenig gebildete Otologen befreunden werden, erspart geblieben. Immerhin, wir wiederholen dies, ist auch die Arbeit Gradenigo's sehr inhaltsreich und wird gewiss von den späteren Autoren gewürdigt und verwerthet werden.

Prof. Kiesselbach bringt im 7. Kapitel die Lehre von den Fremdkörpern im Ohre. Es ist in dieser 13 Druckseiten umfassenden Abhandlung in gedrängter Kürze, aber in höchst ansprechender und lehrreicher Weise Alles mitgetheilt, was über Fremdkörper nicht bloss im äusseren Gehörgange, von denen übrigens in den früheren Capiteln auch die Rede war, sondern im Gehörorgane überhaupt bekannt und für den Praktiker wissenswerth erscheint. Wer in der Literatur über den Gegenstand etwas nachsehen will, findet in dem angegebenen Verzeichnisse die betreffenden Werke angeführt.

Die Neubildungen des Ohres sind im 8. Kapitel von Prof. Kuhn bearbeitet. Verf. bespricht dieselben in mehreren Abschnitten, je nach ihrem Auftreten im schalleitenden oder im schallempfindenden Theile des Hörorgans. Am Schalleitungsapparat scheidet er die Neubildungen in solche, welche am ectodermalen Theile (Ohrmuschel, äusseren Gehörgang und Trommelfell) und in solche, welche am entodermalen Theile (Paukenhöhle, Warzenfortsatz und Tuba Eust.) in Beobachtung kommen. Den Schluss bilden die Neubildungen am schallempfindenden Theile, also am inneren Ohre.

Als am ectodermalen Theile vorkommend werden angeführt: A. Binde substanzgeschwülste, zu denen Verf. die Cystenbildungen (Atherome), die Fibrome, das Angiom, das Chondrom, das Osteom und das Cholesteatom zählt und B. Epithelialgeschwülste, als welche angeführt werden: das Sarcom, das Epitheliom.

Als Binde substanzgeschwülste am entodermalen Theile des schalleitenden Apparates beschreibt Verf. die Ohrpolypen. Eine Trennung in polypöse Granulationen und eigentliche Polypen findet Verf. ohne jeden practischen Nutzen, denn „ihr anatomischer Bau ist nahezu identisch, nur bei kleinen Granulationen fehlt der Epithelüberzug“. Nachdem die verschiedenen äusseren Merkmale der Polypen besprochen wurden, schildert Verf. den microscopischen Bau, wobei er zwei Arten von Ohrpolypen unterscheidet: die Granulationstumoren und die Fibrome, welche durch die bekannten histologischen Merkmale charakterisirt sind. Von den Fibromen kommen weiche und harte vor, die letzteren seltener.

Von anderen Autoren angeführte Ohrpolypen, wie Myxofibrome, Angiome läßt Verf. nicht als selbstständige Form gelten. Meisterhaft ist die Schilderung des microscopischen Befundes bei den verschiedenen Polypen durchgeführt, sowie auch die Aetiologie, die Diagnose, Prognose und Therapie den Gegenstand in erschöpfender Weise behandelt. Wenn Verf. heute noch der Wilde'schen Schlinge gegenüber allen neueren Modificationen dieses Instrumentes den Vorzug einräumt, wollen wir dies der Macht der Gewohnheit zuschreiben. Wir haben dieses Instrument ebenfalls für unübertrefflich gehalten, bis wir bessere kennen lernten.

Als Epithelialgeschwülste des entodermalen Theiles führt Verf. an das Cholesteatom, welches er „gewissermassen als Uebergang der gutartigen Neubildungen des Mittelohres zu den bösartigen“ auffasst, dann das Sarcom und das Epitheliom. Bekanntlich ist gerade über das Cholesteatom in letzterer Zeit eine ganze Literatur entstanden, es kann der Leser hier alles finden, was in der Frage von Interesse ist.

Die Neubildungen am schallempfindenden Theile des Ohrapparates kommen fast ausschliesslich secundär vor. Das Wissenswerthe wird auch hier mitgetheilt, und es darf die ganze Abhandlung als eine sehr gelungene und den Gegenstand erschöpfende hingestellt werden.

Das neunte Capitel behandelt in vorzüglichster Weise „die letalen Folgeerkrankungen bei Ohraffectionen“ aus der Feder des Privatdocenten Dr. H. Hessler in Halle a. S. Wer die otiatrische Literatur der letzten Jahre verfolgte, weiss, dass dieser Autor das operative Gebiet beherrscht und andererseits als mehrjähriger Assistent an der Klinik Schwartz's die nöthige Erfahrung sammeln konnte. Die ganze Abhandlung zeigt uns auch den gediegenen Beobachter, und obwohl der ganze Abschnitt nur wenige Seiten einnimmt, erschöpft er doch so ziemlich Alles, was hier von Interesse sein kann und wird hierdurch fast in jeder Zeile lehrreich. Unter der Ueberschrift „Allgemeines“ giebt Verfasser eine Einleitung zu seiner Abhandlung. „Statistische Zusammenstellungen über den tödtlichen Ausgang der Ohrenkrankheiten“, sagt Verfasser, „gestatten zwar die klinischen Symptome, den Verlauf und die Differential-Diagnose der verschiedenen Krankheitsarten genauer festzustellen, geben aber kein zuverlässiges Resultat über die Häufigkeit der letzteren“. Am werthvollsten bleibt immer die Ausbeute des statistischen Materials für die pathologische Anatomie und das klinische Krankheitsbild. Sein eigenes Material und die von Robin gelieferte Statistik zur Grundlage nehmend, liefert Verf. in 6 Tabellen die gewonnenen Resultate. Die erste dieser Tabellen bringt die Zusammenstellung der Anzahl der tödtlichen Ohrenerkrankungen im Allgemeinen: Meningitis, Phlebitis, Abscessus cerebri; Tabelle II: eine Zusammenstellung über das Alter der Patienten; Tabelle III: über das Geschlecht derselben; Tabelle IV: über die Seite der Ohraffectionen und Tabelle V: über den acuten und chronischen Verlauf der letzteren. In einer Tabelle VI wird eine statistische Uebersicht der verschiedenen Combinationen der consecutiven Erkrankungen geliefert.

Es folgt nun die Besprechung der einzelnen letalen Folgezustände und zwar zunächst der Sinusthrombose und der Sinusphlebitis, dann der tödtlichen Blutung aus der Carotis, dem Sinus transversus und der Vena jugularis interna. Dann wird die otitische Me-

ningitis und zum Schluss der otitische Hirnabscess abgehandelt. Die Symptome der einzelnen Folgezustände sind meisterhaft geschildert und der hier so ausserordentlich schwierigen Differential-Diagnose überall in lehrreicher Weise gedacht. Die Therapie, die ja gerade auf diesem Gebiete in letzterer Zeit schöne Fortschritte aufzuweisen hat, wird in ihren Grundzügen beleuchtet und es kennzeichnet am besten den Standpunkt des Verfassers, wenn er seine ganze Abhandlung mit den Worten schliesst: „In der Zukunft wird die Operation der Hirnabscesseröffnung zu ungeahnten Erfolgen führen“; ein Ausspruch, dem wir vollkommen beistimmen.

Herr Dr. Holger Mygind aus Kopenhagen lieferte im zehnten Capitel die Lehre von der Taubstummheit. Verf. nimmt eine eigentliche Taubstummheit an, wo die spezifische Function des Hörnerven vollständig aufgehoben und kein Sprachvermögen anwesend ist, und eine uneigentliche Taubstummheit, wo sich noch Reste des Gehörs finden und etwas Sprachvermögen vorhanden ist. Folgt nun eine Geschichte der Litteratur über diesen Gegenstand mit einer Tabelle über die Verbreitung der Taubstummheit in den verschiedenen Ländern, woraus sich ergibt, dass die Verbreitung der Taubstummheit in Europa am stärksten ist in den nord- und mitteleuropäischen Ländern, deren gesammter Taubstummquotient über doppelt so gross ist, als in den west- und südeuropäischen. Die Ursache sucht Verf. in terrestrischen Momenten, sowie in socialen und hygienischen Verhältnissen, die sich in Berggegenden finden, und endlich müssten auch epidemische Verhältnisse dabei eine Rolle spielen. Die erwähnte Tabelle zeigt zugleich, dass durchschnittlich auf 100 männliche nur 82,71 weibliche Taubstumme kommen, was um so auffallender ist, als in der Gesamtbevölkerung fast überall mehr weibliche als männliche Individuen angetroffen werden.

Es werden weiters die verschiedenen ätiologischen Momente, wie ungünstige sociale und hygienische Verhältnisse, Erblichkeitsverhältnisse, Einfluss der verschiedenen Erkrankungen der Verwandten, der Blutsverwandtschaft der Eltern, des Alters und des Altersunterschiedes der Eltern, der Platz, welchen ein Individuum in der Reihe der gezeugten Kinder einnimmt, sowie der Krankheiten der Eltern gewürdigt. Die Bedeutung einer Einwirkung auf die Mutter während der Schwangerschaft dürfte kaum mit Sicherheit nachzuweisen sein, dagegen kann die Einwirkung auf das Kind während des Geburtsactes wohl von grossem Belang werden. Verfasser bespricht sodann die verschiedenen Krankheiten, aus welchen Taubstummheit resultiren kann, ferner die pathologische Anatomie der Taubstummheit, die wir wohl etwas ausführlicher gewünscht hätten, um mit der Symptomatologie, der Diagnose, Prognose und Behandlung der Taubstummen seine sehr lesenswerthe Arbeit zu schliessen.

Aus der Feder Prof. Berthold's stammt das elfte Capitel über „Prothese und Correctionsapparate“. Die Arbeit umfasst einen historischen Ueberblick über die Erfindung der Hörrohre, erwähnt die physikalisch-physiologischen Gesetze, welche bei ihrer Construction zu berücksichtigen sind und bringt dann eine Schilderung der Prothesen und Correctionsapparate nach Classen geordnet in chronologischer Reihenfolge ihres Entstehens. Als für die aëro-tympanale Leitung bestimmte Apparate führt B. an: a) die Schallfänger oder Hörschalen, welche

den Zweck haben, die Oberfläche des äusseren Ohres zu vergrössern; b) die Hörröhre; c) die Tubuli soniferi, unter welcher Benennung die kleinen Röhren aufgeführt sind, die zur Erweiterung des Gehörganges dienen; d) die künstlichen Ohren (aures artificiales), um die Entstellung bei Mangel der Ohrmuschel zu maskiren.

Als Instrumente, die für die osteo-tympanale Leitung bestimmt sind, nennt Verfasser das Audiphon, das Dentaphon und den stabförmigen Schalleiter (Fonifero) von Paladino. Allen diesen vorzuziehen ist das Dunker'sche Hörrohr:

Es folgt nun eine sehr kurze Besprechung des künstlichen Trommelfells, um darauf eine Schilderung der vom Verfasser zuerst empfohlenen Myringoplastik und der Hauttransplantation auf die granulirende Paukenschleimhaut folgen zu lassen. Zum organischen Verschluss der Trommelfelllücken empfiehlt er die Transplantation der Schalenhaut des Eies und wo der Substanzverlust des Trommelfells nicht ersetzt werden kann, dort sei zur Sistrirung der Otorrhoe die Transplantation dünner Cutisstücke auf die Schleimhaut der Trommelhöhle von Nutzen.

H. Schwartze hat, wie er angiebt, unterstützt von seinen klinischen Assistenzärzten, den DDr. Panse und Grunert, im zwölften Kapitel die Operationslehre bearbeitet. Der Name des um die Ohrenheilkunde und ganz speziell um die Entwicklung der einschlägigen operativen Behandlung hochverdienten Verfassers war schon Bürge dafür, dass in diesem Kapitel Ausgezeichnetes geliefert wird. In der That halten wir diesen Theil für den Glanzpunkt des ganzen Werkes und der Stoff ist hier mit einer von reicher Erfahrung eingegebenen Ueberzeugung in höchst anregender und lehrreicher Weise behandelt. In würdiger Weise bringt Verfasser nicht blos seine eigenen Methoden, sondern auch die Anderer zur Sprache, wobei er nicht ansteht, auch der Meinung Anderer sich anzuschliessen, wenn er sie für besser erkennt, oder sie sachlich zu widerlegen, wenn sie mit der eigenen Erfahrung nicht im Einklang zu bringen ist.

Die Arbeit beginnt mit der Beschreibung der Desinfection und der gebräuchlichen Anaesthetica. Im Abschnitt Desinfection macht Verf. mit vollem Rechte auf die Unmöglichkeit einer exacten Desinfection und einer genauen aseptischen Behandlung beim Gehörgange aufmerksam. Hier kann wohl nur mehr die antiseptische als die aseptische Methode in Frage kommen, aber soweit thunlich muss auch der aseptischen Behandlung Rechnung getragen werden. Die eigentliche Operationslehre beginnt mit der Schilderung der Operation congenitaler Bildungsfehler der Ohrmuschel. Es wird die Abtragung der sogenannten Auricular-Anhänge („accessorische Gebilde im Gebiete des ersten Schlundbogens“), die Operation des Coloboma lobuli und der Macrotie sowie anderer Missbildungen und die operative Behandlung bei abnormer Stellung der Ohrmuschel beschrieben und schliesslich auf die Unmöglichkeit einer befriedigenden Otoplastik bei totalem Verluste der Ohrmuschel hingewiesen.

Bei der Operation der Geschwülste der Ohrmuschel werden einige sehr interessante, durch gelungene Zeichnungen illustrierte Krankengeschichten angeführt, welche diesen Abschnitt auch in pathologischer

Beziehung sehr instructiv gestalten. Was Verf. über die Indicationen und die Operationsmethoden bei der Atresia meatus aud. externi congenita angiebt, stimmt mit den Lehren, die Gruber schon in der ersten Auflage seines Lehrbuches (1870) angab, vollkommen überein und wir sind auch heute der Meinung, dass zu einer Operation in solchen Fällen nicht geschritten werden soll, bevor wir uns die Ueberzeugung verschafft haben, dass auf dem betreffenden Ohre Hörvermögen besteht; also keineswegs bevor das Kind in jenes Alter gekommen ist, wo es auf einen Hörimpuls auch wirklich reagirt. Ebenso wurde bereits s. Z. von Gruber darauf hingewiesen, dass die vorhandene meist rudimentäre Ohrmuschel gewöhnlich in solchen Fällen in ihrem Verhältniss zur Trommelhöhle, was ihre Lage betrifft, alienirt ist, dass man demnach von ihr aus nicht leicht einen Canal wird anlegen können, der in der normalen Richtung des äusseren Gehörganges läuft und zu dem etwa vorhandenen Trommelfelle führt, Desgleichen wurde von Gruber darauf aufmerksam gemacht, dass bei angeborener Atresie der Annulus tymp. in seiner weiteren Entwicklung eine unregelmässige Gestalt bekommt, dass auch bei der erworbenen Atresie im knorpeligen Theile in der Tiefe der knöcherne Theil durch Hyperplasie sich sehr unregelmässig gestalten kann und dass alle diese Umstände unser Heilverfahren zu modificiren geeignet sein werden. Was Verf. über die Operation selbst angiebt, stimmt in den Grundzügen mit den vom Ref. beobachteten Regeln überein.

Bei den Polypenoperationen führt Verf die Indication mit den sehr zutreffenden Worten ein: „Jeder Ohrpolyp soll so früh als möglich entfernt werden.“ Dagegen können wir uns dem Ausspruche, dass wo spontan Abstossung infolge fettiger Degeneration des Polypenstieles oder unter dem Einfluss mechanisch wirkender Mittel zu Stande kommt, Recidive nicht ausbleiben, nicht anschliessen. Ref. hat das Entgegengesetzte so oft beobachtet, dass er jetzt in allen Fällen, wo eine spontane Abstossung erfolgt, mit der Anwendung energischer Verfahren zögert, bis der Polyp thatsächlich wieder zu wachsen beginnt, und es wurde schon sehr oft beobachtet, dass nach einem derartigen Abgange des Polypen nicht nur die Regeneration ausblieb, sondern auch die früher bestandene, mehr oder weniger reichliche Otorrhoe anfhörte und damit das ganze Ohrleiden zu Ende ging. Der ehemalige klinische Assistent Gruber's, Dr. Gomperz, der diesem Gegenstand grosse Aufmerksamkeit zuwendete, kam zu derselben Ansicht, die er auch in einer eigenen Arbeit in dieser Monatsschrift veröffentlichte.

Bei Besprechung der Nachblutung hätten wir gewünscht, dass Verf. auch der Blutung durch die Eust. Röhre erwähnt hätte. Gruber hatte Gelegenheit, an seiner Klinik einen solchen Fall zu beobachten. Nach Exstirpation eines Trommelhöhlenpolypen trat eine etwas reichlichere Blutung aus dem Gehörgange auf, die durch Tamponade gestillt wurde. Patient verliess mit einem entsprechenden Verband die Klinik, kehrte aber ungefähr 6 Stunden später etwas ermattet mit der Angabe zurück, dass er fort und fort aus dem Munde blute. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass das Blut durch die Tuba Eust. in den Rachen floss, theilweise verschluckt, theilweise ausgespuckt wurde. Erst nach Einspritzung von Alaunlösung durch die Tuba hörte die Blutung auf. — Seit der Zeit entlässt Gruber keinen Operirten vor mindestens

$\frac{1}{4}$ Stunde nach der Operation und nachdem er sich durch genaue Besichtigung des Rachens überzeugt hat, dass auch dort keine Blutung zu bemerken ist.

Was Verfasser über den Gebrauch des Lapisstiftes zur Aetzung der Ohrpolypen sagt, hat seine vollkommene Richtigkeit. Ref. hatte zu wiederholten Malen Gelegenheit, Stricturen und Atresien im knorpeligen Theile des Gehörganges zu operiren, welche durch unvernünftiges Aetzen an dieser Stelle zu Stände kamen. G.

(Schluss folgt.)

Die Deutsche otologische Gesellschaft

wird ihre diesjährige Versammlung am 12. und 13. Mai in Bonn abhalten.

Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft, über welche der Ausschuss in seiner nächsten Sitzung zu beschliessen hat, sind an den mitunterzeichneten Secretär zu richten.

Der Erste Vorsitzende.

Prof. Dr. Kessel
Jena.

Der Secretär.

Prof. Dr. Bürkner
Göttingen.

INHALT.

I. Originalien: Winckler: Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden? — Kayser: Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. — 65. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893 (Schluss). — Thorner: Bericht über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde des ersten Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu Washington, 5.—8. Sept. 1893 (Schluss). — II. Referate: a) Otologische: Jansen: Influenza-Otitis. — Váli: Zwei Fälle von Ohrmuschelkrebs. — Zaufal: Ueber die Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen. — b) Rhinologische: Mayer: Vollständiger Verschluss beider Nasenöffnungen durch küssere sichtbare Membranen, Operation, Heilung. — Cozzolino: Klinische Studie über tertiäre Syphilis des Nasenrachenraumes und über den Nasentripper. — Passy: Analyse eines complicirten Geruches. — Duplais: Adenoide Tumoren und Anfälle von Laryngismus stridulus. — Schindler: Hirnabscess in Folge einer Entzündung des linken Sinus frontalis. — Moure: Behandlung der Ozaena mittelst concentrirter Höllestein- und Chlorzinklösungen. — Ferreri: Die bösartigen Tumoren des Nasenrachenraumes. — Roquez Casadeus: Hysterie und die hysterogenen Zonen der Nasenmucosa. — Treves: Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Nasenschleimhaut. — Poli: Ueber die Einpfanzungsstelle der Nasenrachenpolypen. — c) Pharyngo-laryngologische: Castex: Gesichtserthem in Folge von Cocain. — Colombini: Ueber primäres Mandelaphilom. — Chabory: Krebs der Schilddrüse, sich in einem schon bestehenden Kropfe entwickelnd — Sacchi: Beitrag zur Behandlung der Retropharyngealabscesse. — Chabory: Krebs der Glandula thyroidea nach Kropf. — Fernet: Ueber das Wiederaufleben der Thymusdrüse. — Riegel: Ueber Lähmung der Glottisweiterer bei multipler Hirn- und Rückenmark-sclerose. — Merklen: Ueber Asystolie bei Compression des Vagus. — Koch: Fibrom des Kehlkopfes. — Gareil: Medicinische Behandlung der Larynx-tuberculose. — Cohen: Zwei Fälle von Laryngectomie wegen Adenocarcinoma des Larynx. — Comby: Mumps mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptysis. — Seifert: Ueber Tropococain. — III. Kritik: Schwartzke: Handbuch der Ohrenheilkunde (Fortsetzung). — Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft.

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

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz),
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.

Druck von Marabner & 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
weill. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofer (Prag), Docent Dr. Gompers (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfingcr (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weill (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

Professor u. Vorstand d. Klinik
für Ohrenkrankh a. d. Univers.
Wien.

Dr. N. RÜDINGER

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München:

Dr. v. SCHRÖTTER

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 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. XXVIII.

Berlin, März 1894.

No. 3.

I. Originalien.

Die diagnostische Verwerthbarkeit der Percussion des Warzenfortsatzes.

Von

Dr. H. Eulenstein in Frankfurt a. M.

Die Percussion wurde in der Ohrenheilkunde bis vor Kurzem lediglich zur Prüfung auf vorhandene Schmerzhaftigkeit in Anwendung gezogen. Zwar hat Hagen im Jahre 1874 (Monatsschrift f. O., No. 10) darauf hingewiesen, dass die Percussion des Schädeldaches zur Diagnose von Exsudaten in der Pauke zu verwerthen sei, indem bei derselben von dem Patienten, im Falle ein Exsudat vorhanden ist, ein „klirrendes Geräusch“ gehört werde, jedoch scheint sich dieses diagnostische Hilfsmittel nicht eingebürgert zu haben, wohl mit Recht aus dem Grunde, weil wir andere und bessere Hilfsmittel zur Erkennung von Exsudaten in der Pauke besitzen, und weil wir bei diesem Verfahren völlig auf die Angaben des Patienten angewiesen sind. v. Tröltsch hat dann die Hoffnung ausgesprochen, dass die Percussion und Auscultation des Warzenfortsatzes uns neben anderen Erscheinungen Aufschluss über Erkrankungen dieses Knochens werde geben können; ob er selbst Versuche angestellt, ist mir unbekannt; jedenfalls wurde durch diese Vermuthung Michael angeregt, Versuche anzustellen, die resultatlos ver-

liefen, wohl aus dem von Körner und v. Wild angegebenen Grunde, dass er nämlich dabei von falschen physikalischen Voraussetzungen ausging. Erst beinahe 20 Jahre nach der Hagen'schen Veröffentlichung wurde der Percussion als diagnostisches Hilfsmittel in der Ohrenheilkunde wieder Erwähnung gethan und zwar diesmal, wie ich glaube, mit der Aussicht, sich einen dauernden Platz in der Diagnostik der Erkrankungen des Warzenfortsatzes, insbesondere der acuten Erkrankungen, zu behaupten. Das Verdienst, auf den Werth der Percussion bei den genannten Erkrankungen zuerst hingewiesen zu haben, gebührt Körner und v. Wild, welche in der Zeitschrift für O., Bd. XXIII, über 2 Fälle berichten, bei denen die Knochenpercussion die frühzeitige Erkennung ausgedehnter Knochenkrankung und damit die frühzeitige Operation ermöglichte. Wie wichtig gerade eine möglichst frühzeitige Erkenntniss acuter Knochenkrankungen des Proc. mast. ist, dafür lieferte mir die letzte Influenzaepidemie Ende vorigen Jahres wieder eine Reihe recht deutlicher Beweise; ich hatte während und nach derselben Gelegenheit, eine Reihe der schwersten Warzenfortsatzkrankungen zu operiren, bei denen sich oft nach erstaunlich kurzer Zeit geradezu erschreckende Zerstörungen im Knochen vorfanden und auch mehrere Male der Erkrankungsherd bis an den Sinus und die mittlere Schädelgrube vorgeschritten war, ohne dass die „vorschriftsmässigen“ Zeichen von Warzenfortsatzkrankung, nämlich Fieber, Schmerzen und Schwellung der Weichtheile über dem Knochen, oder Senkung der hintern obern Gehörgangswand, vorhanden waren. Hätten wir bei diesen Fällen auf das Auftreten der erwähnten Zeichen warten wollen, so wäre die Hilfe leicht zu spät gekommen. Es ist zu verwundern, dass in dem Sammelwerke von Schwartzke die Indicationen für die Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuten Erkrankungen noch in so engen Grenzen gestellt sind. Wir kommen in praxi mit dieser Indicationsstellung nicht aus und es ist darum jedes neue, brauchbare diagnostische Hilfsmittel mit Freuden zu begrüßen.

Den ersten zwei Fällen hat v. Wild einen dritten hinzugefügt, über den er auf dem II. Otologencongress berichtete. Weiter hat Moos an der Hand eines chronischen Falles in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde betont, dass nur ein positives Resultat verwerthbar ist. Es schien mir von Wichtigkeit, an einer weiteren Reihe geeigneter Fälle das Percussionsergebniss mit dem Operationsbefunde zu vergleichen. Es waren dies 9 Fälle von schweren Warzenfortsatzkrankungen; bei allen konnte bei sorgfältigster Palpation keine Schwellung oder Infiltration der Weichtheile über dem Knochen nachgewiesen werden; desgleichen fehlte Röthung der Haut. In einem Falle (extraduraler Abscess am Sinus transversus) war ein ganz leichtes Oedem hinter dem Proc. mast. vorhanden, etwa der Stelle des Emissar. mast. entsprechend. 6 Fälle waren unzweifelhaft durch Influenza entstanden, in einem war eine lacunäre Angina vorausgegangen, in einem waren schon öfters Ohreiterungen vorausgegangen, die unter Zurücklassung einer Perforation abgeheilt waren. Die neuerlich aufgetretene Ohreiterung wurde von dem Patienten zuerst poliklinisch behandelnden Arzte auf Influenza bezogen. In einem Falle war die Aetiologie unbekannt.

Druckempfindlichkeit fand sich in 7 Fällen in verschiedener Stärke

vor, 2 Mal war keine Druckempfindlichkeit vorhanden. Der Trommelfellbefund und die Temperaturverhältnisse sind bei den einzelnen Fällen erwähnt. Ueber den Zeitpunkt des Auftretens des gedämpften Percussionsschalles kann ich nicht berichten, da die Fälle nicht alle vom Beginn der Erkrankung an von mir beobachtet wurden.

Die Krankengeschichten theile ich nur im Auszuge und insoweit sie für die vorliegende Frage von Interesse sind, mit:

Fall I. J. S. von hier, 12 Jahre (Angina lacunaris). Operirt am 7. April 1893 (6 Tage nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links; gut durchgängige Perforation im hintern untern Quadranten. Proc. mast. druckschmerzhaft. Keine Infiltration der Weichtheile. Starke Schmerzen, pyämisches Fieber. Vergleichende Percussion ergibt beiderseits hellen Schall. Operationsergebniss: Corticalis gesund. In ziemlicher Tiefe ein erbsengrosser Granulationsherd, der nach hinten bis an den Sinus tr. reicht, woselbst ein extraduraler Abscess.

Fall II. Frau M. von hier, 30 Jahre (Influenza; Pleuro-Pneumonie); operirt am 27. Novbr. 1893 (11 Tage nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links. Perforation im vordern untern Quadranten gut durchgängig; die obere Trommelfellhälfte wurstförmig in den Gehörgang vorgebaucht. Proc. mast. druckschmerzhaft, keine Röthung, keine Schwellung, kein Fieber. Percussion ergibt objectiv und subjectiv Dämpfung links. Operationsergebniss: in der Tiefe von wenigen Mm. ein sehr grosser, nach dem Antrum und bis in die Spitze reichender Granulations- und Eiterherd.

Fall III. Frau B. aus Höchst, 32 Jahre (Influenza); operirt am 13. December 1893 (14 Tage nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta rechts; gut durchgängige Perforation in der vorderen Trommelfellhälfte, die vorgebaucht ist. Proc. mast. auf Druck und spontan schmerzhaft. Objectiv und subjectiv dumpfer Percussionsschall rechts. Keine Schwellung der Weichtheile. Temp. normal. Operationsergebniss: Nach einigen Meisselschlägen Aufdeckung eines sehr grossen Krankheitsherdes, der aus multiplen Knochenabscessen und Granulationen besteht und bis zum Sinus nach hinten, bis über die Linea temporalis nach oben, bis in die Spitze und bis in's hochgelegene Antrum reicht.

Fall IV. Frau F. aus Aachen, 32 Jahre (Influenza); operirt am 10. Januar 1894 (5. Woche nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links; gut durchgängige Perforation im vorderen untern Quadranten. Trommelfell in den oberen und hinteren Partien bauchig vorgewölbt. Schmerzen im Ohr und Proc. mast., der nur an kleiner Stelle etwas druckempfindlich ist. Auf demselben keine Schwellung, dagegen in der Gegend des Emissar. mastoid. ganz leichte Schwellung zu fühlen. Kein Fieber. Percussion ergibt dumpfen Schall links. Operationsergebniss: Durch einen Meisselschlag wird ein Krankheitsherd freigelegt, der sich nach oben bis zur Linea temporal., nach hinten bis an die Sinuswand, woselbst ein extraduraler Abscess sitzt, nach unten bis tief in die Spitze hinein, nach innen bis in's hochliegende Antrum erstreckt.

Fall V. Herr H. aus Hattersheim, 34 Jahre (Influenza); operirt am 15. Januar 1894 (in der 6. Woche nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links. Perforation hinten oben auf dem zitzenförmig vorgebauchten Trommelfell. Proc. mast. druckschmerzhaft, ohne Schwellung.

Temperatur normal. Objectiv und subjectiv deutlich dumpfer Percussionschall links. Operationsergebniss: Nach ein paar Meisselschlägen grosser Granulations- und Eiterherd, der bis zur Linea temporalis, bis in's Antrum und bis an die hintere Gehörgangswand reicht; die völlig kranke Spitze wird in toto abgetragen.

Fall VI. Herr H. aus Höchst, 39 Jahre (Influenza); operirt am 20. Januar 1894 (fast 8 Wochen nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta links. Zitzenförmige Vorwölbung des Trommelfells im hinteren unteren Quadranten. Auf derselben gut durchgängige Perforation. Proc. mast. druckempfindlich, keine Schwellung. Kein Fieber. Linker Proc. mast. weist bei der vergleichenden Percussion deutliche Dämpfung auf (objectiv und subjectiv). Operationsergebniss: In der Tiefe von einigen Mm. ausgedehnter Erkrankungsherd; vorne bis zur hinteren knöchernen Gehörgangswand, hinten bis an die Sinuswand, nach oben bis an die Linea temporalis, nach unten bis tief in die Spitze, nach innen bis in das sehr hochgelegene Antrum.

Fall VII. Herr M. R., 18 Jahre alt, von hier (Influenza?); operirt am 17. Januar 1894. Otorrhoe links seit November 1893. Seit 16. Januar anhaltendes Erbrechen, Schwindel, so dass Pat. beim Gehen lebhaft schwankt. Temp. 38,3—39,3°. Im hinteren unteren Quadranten ca. linsengrosse Perforation, aus der die geschwollene Paukenschleimhaut hervorsieht. Proc. mast. nicht druckempfindlich, keine Schwellung. Percussion ergiebt beiderseits hellen Schall. Operationsergebniss: Knochen bis in die Nähe des Antrums, das sehr hoch gelegen ist, gesund; in der Tiefe von ca. 2 Ctm. findet sich ein Granulationsherd, der, wie sich später zeigte, bereits innerhalb der mittleren Schädelgrube sass, derselbe zieht nach dem Antrum, das Eiter enthält; der Herd wird dann weiter nach hinten und innen verfolgt und dabei ein extraduraler Abscess aufgedeckt, der sich unter Pulsation aus der mittleren Schädelgrube entleert und ca. 2 Esslöffel voll Eiter enthält.

Fall VIII. Herr P. R., 45 Jahre, von hier (Influenza); operirt am 25. Januar 1894 (6 Wochen nach Beginn der Otorrhoe). Otit. med. purul. acuta rechts. 2 Perforationen, eine vorn oben auf dem blasig vortriebenen Trommelfell und eine hinten unten. Keine Druckempfindlichkeit, keine Schwellung am Proc. mast. Kein Fieber. Zeitweise spontane Schmerzen im Ohr. Vergleichende Percussion ergiebt beiderseits hellen Schall. Operationsergebniss: Elfenbeinharter Knochen, in der Tiefe von 1 Ctm. quillt Eiter hervor; Aufdeckung eines sehr ausgedehnten, bis in die Spitze und zur Linea temporalis nach innen in's Antrum reichenden Krankheitsherdes.

Fall IX. Frau Sch. von hier, 50 Jahre alt; operirt am 3. März 1894 (ca. 4 Wochen nach Beginn der Ohrerkrankung). Otit. med. purul. acuta rechts, die ohne nachweisbare Ursache mit Entzündungserscheinungen in den hinteren oberen Trommelfellpartien beginnend, am 7. Februar 1894 Paracentese des Trommelfells nöthig machte; die Oeffnung schloss sich wieder, während eine Vorbauchung des Trommelfells in den hinteren Partien bestehen blieb und zeitweise Schmerzen im Ohr auftraten; der Proc. mast. war von Anfang an in der Fossa mast. und an der Vorderseite der Spitze bei starkem Druck schmerzhaft. Die Paracentese war noch 3mal nothwendig, da sich die Oeffnung immer nach einigen Tagen wieder

schloss bei Fortbestehen von mässiger Druckempfindlichkeit der nicht geschwollenen Warzenthailbedeckung. Temperatur normal bis zum 1. März; an diesem Tage 38,7° Abendtemperatur, Temperatur am Operationstage 37,1°. Percussion ergab deutlich subjectiv und objectiv wahrnehmbare Dämpfung zum 1. Mal am 10. Februar. Urin ohne Zucker und Eiweiss. Operationsergebniss: Nach 2 Meisselschlägen wird ein Granulations- und Eiterherd gefunden, der sich vorn bis an die hintere knöcherne Gehörgangswand erstreckt, nach oben bis über die Linea temporalis, nach innen bis in das von Granulationen erfüllte Antrum, die sich bis in die mittlere Schädelgrube erstreckten und eine Eröffnung derselben nöthig machten (Dura etwas über 1 Ctm. freigelegt); nach hinten geht der Herd bis an die Sinuswand; der Sinus musste ca. 1,5 Ctm. freigelegt werden; nach unten bis in die äusserste Spitze, die abgetragen wird; bei Abtragung einer an die Sinuswand heranragenden erweichten Knochenpartie mit dem scharfen Löffel Sinusblutung, die sofort auf Tamponade stand.

Wir finden also 6mal bei den 9 durch die Operation bestätigten Krankheitsherden deutliche Abdämpfung des Percussionsschalles, während in 3 der Fälle (I, VII und VIII) keine Dämpfung vorhanden war. In den 6 Fällen mit positivem Resultat handelte es sich ausnahmslos um sehr grosse und nahe der Oberfläche gelegene Krankheitsherde. Im Falle I dagegen ist die Corticalis gesund und in beträchtlicher Tiefe ein kleiner Herd. Im Falle VII ist nur im Antrum ein Eiter- und Granulationsherd, während der übrige Herd in der mittleren Schädelgrube liegt. Im Falle VIII ist der Knochen sehr sclerotisch und der Herd, wengleich sehr gross, doch erst in der Tiefe von 1 Ctm. gelegen.

Ehe wir aus diesen Beobachtungen Schlüsse ziehen, möchte ich, wengleich es fast überflüssig erscheinen möchte, doch vorausschicken, dass natürlich bei der Verwerthung des Percussionsergebnisses auch alle übrigen Erscheinungen sorgfältigst berücksichtigt werden müssen, dass also der ganze Verlauf, der Trommelfellbefund, sowie die sonstigen objectiven und auch subjectiven Wahrnehmungen in den Kreis der Ueberlegung gezogen werden müssen. Die vorliegende Beobachtungsreihe lehrt uns Folgendes.

- 1) Die vergleichende Percussion des Warzenfortsatzes ist im Stande, uns unter Umständen die Diagnose einer vorliegenden Knochenkrankung zu sichern, vorausgesetzt, dass dieselbe ein positives Resultat ergiebt.
- 2) Bei positivem Resultat der vergleichenden Percussion können wir einen nahe der Oberfläche gelegenen Krankheitsherd erwarten. Die Grösse des Herdes beeinflusst wohl auch den Grad der Dämpfung.
- 3) Der negative Ausfall der Percussion beweist nicht die Abwesenheit eines Erkrankungsherde.
- 4) Der negative Ausfall der Percussion lässt, wenn andere Zeichen (abgesehen von den äusserlich fühlbaren) auf eine Warzenfortsatzkrankung hindeuten, den Schluss gerechtfertigt erscheinen, dass entweder der Krankheitsherd sehr

klein ist, oder, selbst bei grosser Ausdehnung, entfernt von der Oberfläche sitzt.

Ob und in wie weit die sclerotische Beschaffenheit des Knochens das Percussionsergebniss beeinflusst, kann ich nach der einzigen diesbezüglichen Beobachtung nicht entscheiden. Es erübrigt noch einige Worte über die Technik zu sagen. Als Percussionsstelle empfiehlt sich die von Körner und v. Wild angegebene; dieselbe liegt

1. unterhalb der Linea temporalis,
2. oberhalb des Ansatzes des Sternocleido-mast.,
3. hinter dem Rande der Ohrmuschel,
4. vor dem Ansatz der Haare.

Selbstredend muss die Percussion stets vergleichend beiderseits vorgenommen werden. Ich habe mich fast ausschliesslich der Fingerpercussion bedient; Körner und v. Wild haben ein Metallhämmerchen angegeben, ich glaube, dass die Anwendung des einen oder andern Verfahrens der Vorliebe der Einzelnen überlassen werden kann. Wichtig erscheint es mir dagegen, stets sowohl stark, als auch schwach nach einander zu percutiren, da ich den Eindruck gewonnen habe, dass unter Umständen eine sehr stark ausgeführte Percussion den Schall heller erscheinen lässt, als die schwächer ausgeführte Percussion; wir haben ja dafür Analogien in der anderweitigen Anwendung der Percussion. Man percutirt am besten von hinten her, indem man den Patienten vor sich hin mit niedergebeugtem Kopfe setzen lässt, so dass er dem Untersucher den Rücken zukehrt, auf diese Weise kann die Wahl der Percussionsstelle mit den Augen controllirt werden.

Es ist schliesslich noch zu erwähnen, dass die Patienten meist un-gefragt selbst auf die Schallunterschiede aufmerksam machen. Obgleich mit den obenangeführten Fällen jetzt 13 Beobachtungen vorliegen, so halte ich es trotzdem für erwünscht, auch noch weiterhin die Percussionsresultate mit den Operationsergebnissen zu vergleichen, um entweder die aus den gemachten Erfahrungen gezogenen Schlüsse zu bestätigen, oder dieselben zu berichtigen.

Nachtrag bei der Correctur.

Fall X. Herr D. aus Griesheim, 46 Jahre alt (Influenza). Operirt am 12. März 1894. Seit Januar schwerhörig rechts; nie Otorrhoe; seit 3 Wochen äusserst heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen der rechten Kopfseite, die sich vom Proc. mast. bis in die Schläfen erstrecken. Trommelfell rechts glanzlos, verdickt (wie leicht gequollen), etwas abgeflacht, keine Secretion im Gehörgang, keine Perforation. Proc. mast. nicht geschwollen, nur an der Vorderseite der Spitze druckschmerzhaft. Temp. normal. Gedämpfter Percussionsschall auf dem linken Proc. mast. Operationsergebniss: Der erste Meisselschlag eröffnet einen Granulations- und Eiterherd in dem sehr morschen Knochen, der bis an die Sinuswand, bis in die äusserste Spitze, bis in das eitergefüllte Antrum, bis über die Höhe der Linea temporal. sich erstreckt.

Mit diesem Falle liegen demnach 14 einschlägige Beobachtungen vor.

Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden?

Von

Dr. Ernst Winkler in Bremen.

(Schluss.)

Als eine lebensgefährliche Manipulation ist die Schäffer'sche Sondirung in all' den Fällen zu unterlassen, bei welchen die Palpation in der erwähnten Gegend (Pars frontal.) harten Knochen ergibt. Der Widerstand, welchen der Stirnhöhlenboden in diesen Fällen der vordringenden Sonde entgegen setzt, ist so auffallend, dass man kaum darüber in Zweifel sein kann, wo sich das Schäffer'sche Verfahren verbietet. Es genügt eine Dicke von wenigen Millimetern, um bei der Palpation das Gefühl, auf resistenten Knochen gestossen zu sein — hervorzurufen. Mit einem Troicart liesse sich wohl ein derartig beschaffener Stirnhöhlenboden noch durchstossen, indess muss man dabei dessen eingedenk sein, dass es Fälle giebt, in welchen die untere Stirnhöhlenwand an dem zwischen lateraler Nasenwand und Septum gelegenen Theile von einer 5—15 Mm. starken Knochenplatte gebildet sein kann. Wollte man diese mit Gewalt von der Nase aus zu trepaniren versuchen, dann dürfte sehr leicht das Instrument von der Pars frontalis des Nasendaches abgleiten und an die dünne Pars ethmoidalis gelangen, die dann bei der aufwärts strebenden Richtung, welche dem Instrument zu den gewaltsamen Punctions-Versuchen gegeben werden muss, sofort durchstossen sein würde. In seiner oben citirten Publication weist auch Lichtwitz auf derartige Fälle hin und bemerkt, dass die Methode der Schäffer'schen Explorativpunction unausführbar sein und schwere Unannehmlichkeiten darbieten kann.

Jeder Versuch einer intranasalen Trepanation des Stirnhöhlenbodens medianwärts der mittleren Muschel verbietet sich von vornherein dort, wo Skelettanomalieen des vorderen Abschnittes der inneren Nase — insbesondere irgendwie die Führung des Instrumentes behindernde Verbiegungen der Nasenscheidewand bezw. höher liegende Exostosen des Septum etc. angetroffen werden.

Eine weitere Contraindication dürfte durch die anatomischen Verhältnisse der Nase für den Versuch der Schäffer'schen Methode nicht gegeben sein — wohl aber durch gewisse bedenkliche Erscheinungen des Einzelfalles.

Nothwendig ist es für alle diejenigen, welche das Schäffer'sche Verfahren einer Prüfung unterwerfen wollen, sowohl über die sagittale Ausdehnung des Stirnhöhlenbodens als auch über die Entfernung desselben von der vorderen Nasenapertur orientirt zu sein. Am ausgewachsenen Schädel beträgt die Länge der unteren Stirnhöhlenwand am Nasendach (sagittal gemessen) durchschnittlich mindestens 1 Ctm. Sie ist demnach gross genug, um von der Nase aus durch ein Instrument getroffen werden zu können, ohne dass man dabei in die Schädelhöhle gelangt.

Was die Entfernung des Stirnhöhlenbodens von der vorderen Nasenapertur anbetrifft, so lässt sich diese leicht dadurch bestimmen, dass man ein Bandmaass an die Stirn und den Nasenflügel anlegt, oder den Abstand der Spina septi von dem Punkte, in welchem die Stirn in die Nasenwurzel übergeht, mittelst Tasterzirkels bestimmt. Falls nicht eine besondere Situation der Stirnhöhlen angeordnet — dieselben namentlich nicht weit nach hinten liegen, ohne die vordere Stirnbeintafel zu erreichen — werden die gewonnenen Aussenmaasse im Allgemeinen mit den inneren übereinstimmen, zumal da bei der Schäffer'schen Trepanation das Instrument mehr oder weniger senkrecht nach oben in die Nase eingeführt wird. Im Durchschnitt ist die untere Stirnhöhlenwand bei Schädeln älterer Individuen 5 Ctm. von der Spina sept. entfernt. Man hat dem entsprechend die Sonde medianwärts der mittleren Muschel dann mit aller Wahrscheinlichkeit in den Sinus frontalis gebracht, wenn man sie in der früher beschriebenen Weise etwas über 5 Ctm. nach oben in die Nase vorgeschoben hat. In einer Anzahl von Fällen lässt sich die Sonde noch leicht 1—2 Ctm. weiter einführen, nämlich dann, wenn man einen sehr geräumigen Sinus vor sich hat, bei welchem namentlich der Tiefenabstand der vorderen und hinteren Wand ein grosser ist, oder dann, wenn man schräg in den Sinus hineingekommen ist und das Instrument nach dem lateralen Winkel des Hohlraumes bringen kann. Ganz steil in die obere Spitze der Höhle wird man sehr selten gelangen. Es könnte dies höchstens einmal bei einer ganz flach gebauten Nase der Fall sein, bei welcher eine fast senkrechte Einführung der Sonde allenfalls möglich wäre. In den meisten Fällen muss das Instrument, wenn man nicht gegen die Nasenbeine stossen will, etwas mehr oder weniger geneigt werden, und geräth es dann bei gewöhnlicher Beschaffenheit der Sinus, sowie dasselbe nach der Trepanation weiter in den Hohlraum geführt wird, gegen die äussere Fläche der cerebralen Stirnbeintafel. Die in die Trepanationsöffnung gebrachte Cantüle lässt sich, falls dieselbe gekrümmt ist, häufig weiter vorschieben, als die Sonden unter derartigen Umständen, weil sie mit ihrem in den Sinus eingeführten Ende an der hintern Wand vorübergehend sich entweder nach oben oder gegen die vordere Wand richtet.

Nur dort, wo das Siebbein so mächtig entwickelt ist, dass es die ganze untere Sinuswand mit seinen Zellen bedeckt, wird eine Verletzung desselben durch das Schäffer'sche Verfahren gesetzt werden können. Wenn man sich aller dieser kurz zusammengestellten Verhältnisse bewusst ist, so kann der nach Schech unbegreifliche Versuch, die Eröffnung der unteren Stirnhöhlenwand in dem Raum zwischen Septum und mittlerer Muschel vorzunehmen — wohl nicht als geradezu gefährlich bezeichnet werden. Wenigstens ist er ebenso gefährlich oder ungefährlich wie die von Jurasz, Hartmann u. A. ausgeübten Sondirungsversuche, durch das Ostium frontale in den Sinus zu gelangen.

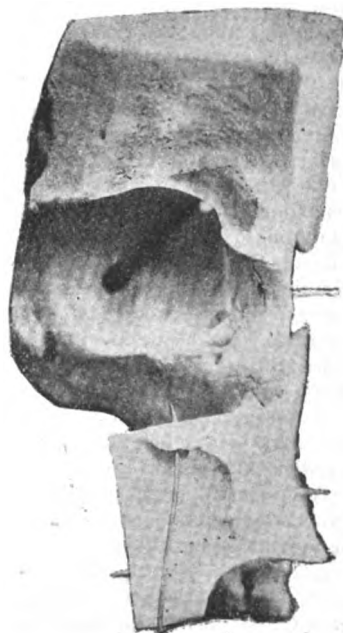
Dass man nicht in allen Fällen ein Stirnhöhlenempyem durch intranasale Behandlung, sei es nun, dass man lateralwärts der mittleren Muschel oder medianwärts von ihr trepanirt, sei es, dass man unter besonders günstigen Umständen durch ein weites Ostium per vias naturales Ausspülungen vornehmen kann, wird Niemand behaupten wollen. Bei einer längere Zeit hindurch bestehenden Eiterung kann die Sinusschleimhaut mehr oder weniger degenerirt und mit Granulationen bedeckt sein,

die ein gründliches Ecrasement erheischen. Dies ist von der Nase aus, wie bereits angedeutet, nicht möglich. Die normalen Buchten der Stirnhöhle sind von hier für den scharfen Löffel unerreichbar, ebenso wie die der Highmorshöhle, ganz abgesehen davon, dass der Sinus frontalis auch durch Ausbuchtungen der Siebbeinzellen oder Knochenspangen in mehr oder weniger von einander getrennte Cavitäten geschieden sein kann, was bei Einleitung einer intranasalen Behandlung natürlich nicht vorher zu wissen ist. Dass Sequester unter Umständen ebenso diese Behandlung vereiteln können, soll der Vollständigkeit halber nicht unerwähnt bleiben. Die intranasale Behandlung nach dem Schäffer'schen Verfahren hat daher auch beim Stirnhöhlenempyem ihre Grenzen, und ist es daher wohl vollkommen gerechtfertigt, wenn man die Patienten darauf aufmerksam macht, dass dieselbe nur versuchsweise eingeleitet wird. Gerechtfertigt ist der Versuch dieser Behandlung auch durch die Thatsache, dass man nicht allzu selten bei Empyemen der Nebenhöhlen überhaupt weder Sequester noch Granulationen auf der Schleimhaut antrifft, und somit die Möglichkeit, ein günstiges Resultat durch dies milde Verfahren zu erzielen, auch zu Folge der Beobachtung derartig geringer makroskop. Veränderungen der Mucosa, wohl zweifellos zugegeben werden muss. Anstatt das Schäffer'sche Verfahren als einen Versuch gelten zu lassen, erwidert Szech: „Wozu also (weil nämlich die Fälle, bei welchen eine Heilung erzielt wurde — bisher nur in der erwähnten spärlichen Anzahl berichtet sind) eine in ihrem Endresultate unsichere und geradezu gefährliche Operation? Dass die Patienten die Eröffnung von aussen verweigern und sich lieber von innen operiren lassen, hat Szech selbst zur Genüge erfahren, das kann und darf aber für den Arzt nicht massgebend sein.“ Wem Fälle zu Gebote stehen, in welchen durch eine einzige Sondirung nach der Schäffer'schen Methode die wüthendsten Kopfschmerzen mit einem Schlage beseitigt wurden, der wird diesen Ausspruch von Szech selbst dann nicht unterschreiben, wenn der spätere Verlauf der Affection ohne Heilung endete und wegen der bestehenden Eiterung noch die Trepanation der äusseren Wand nöthig machte. Wer ihn aber unterschreibt, der muss auch der Consequenz halber alle intranasalen therapeutischen Versuche an dem Antr. Highmori aufgeben und hier wie dort für die breite Eröffnung der äusseren Wand des Sinus eintreten. Auch beim Antr. Highmori bleibt die intranasale Therapie nur ein Versuch, der jedenfalls oft eben so viel leistet wie das von Szech empfohlene Eintreiben eines Stiletts in die Fossa canina, von der Dicke, dass nur eine kleine Canüle durchgeführt werden kann — ein Eingriff, der gewiss einen bequemen Zugang zu Spülungen — aber keine Information über die Beschaffenheit der Mucosa des Antr. Highmori verschafft. Dass die Oberkieferhöhle, weil sie nicht in so unmittelbarer Nachbarschaft der Schädelhöhle wie der Sinus frontal. liegt, zu therapeutischen Versuchen geeigneter sei, darf wohl nicht als ein berechtigter Einwand gelten. Im übrigen ist die Lage beider Nebenhöhlen für den, welcher mit den oben erwähnten Eigenthümlichkeiten sich bekannt gemacht hat, bei der Sondirung ganz gleichgiltig.

Alles in Allem darf auch die Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand medianwärts der mittleren Muschel für bestimmte Fälle kaum verworfen werden, vielmehr hat sie eben so viel Berechtigung, wie der Vor-

schlag, die Kieferhöhle von der lateralen Nasenwand unterhalb des vorderen Endes der unteren Muschel zu eröffnen.

Die Trepanation des Sinus frontalis an der sogen. chirurgischen Wand der Höhle ist ausser in den schon genannten Fällen unbedingt auch bei den Patienten vorzunehmen, bei welchen irgendwie schwerere cerebrale Erscheinungen, insbesondere Gleichgewichtsstörungen auf ein Empyem dieser Nebenhöhle zurückzuführen sind, ganz abgesehen von all' den Fällen, bei welchen bereits die Flüssigkeitsansammlung Veränderungen der äusseren Stirnhöhlenwand zu Stande gebracht hat und bei welchen sich die breite Eröffnung des Sinus somit naturgemäss von selbst indicirt. Unter Umständen können nun aber die Stirnhöhlen so eigenartig zu der chirurgischen Wand liegen, dass man mit der Trepanation von hier aus gar nicht den erkrankten Sinus erreicht. Wenn sich z. B. in einem Schädel, wie ihn die Photographie II₁ wiedergiebt, ein Empyem in der rechten Stirnhöhle entwickelt — welches den Eingriff



von aussen schliesslich nöthig macht — so wird man nach der Aufmeisselung der vorderen Lamelle sowohl dann, wenn man dieselbe nahe der Medianlinie, als auch dann, wenn man sie über dem Arcus superciliaris vornimmt, in den linken Sinus frontalis hineinkommen und den Krankheitsherd nicht antreffen, selbst wenn man die ganze vordere Lamelle der Stirnhöhle fortnimmt — es sei denn, dass die Eiterung in der rechten Stirnhöhle bereits nach vorn durchgebrochen, zu einer Caries ihrer vorderen Begrenzungsfläche geführt hätte. In dem vor-

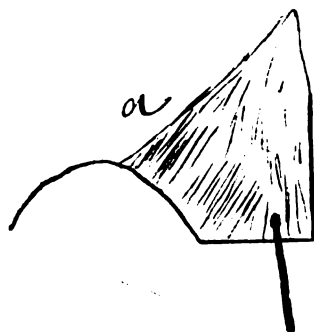
liegenden Präparate wäre von aussen her der rechte Sinus frontalis mit Sicherheit nur durch eine Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand vom inneren Augenwinkel her zu erreichen. Die ganze äussere Stirnbeintafel dient hier dem linken Sinus frontalis als äussere Wand. Der rechte Sinus frontalis ist hinter dem linken gelegen. Seine vordere Wand wird von einem Theil der hinteren Wand des linken Sinus gebildet. Dies Verhalten ist auf Photographie II₁ ersichtlich. Das Stirnbein wurde zur Herstellung des Präparates in der Weise durch einen Frontalschnitt und Horizontalschnitt abgetragen, dass man in die rechte Stirnhöhle hineinsieht. Die vordere Wand der letzteren ist ein Abschnitt der hinteren Wand des die Medianlinie nach rechts überschreitenden linken Sinus frontalis, wie man an dem abgetragenen Stück des Stirnbeins lateralwärts — also auf dem Bilde rechts — von dem Befestigungsdraht wahrnehmen kann, dessen innere Fläche aufgenommen worden ist. Die punctirt angedeuteten Linien stellen die obere Begrenzung dieses sehr dünnen Abschnittes der hinteren Wand des linken Sinus frontalis dar. Vor demselben dehnt sich die linke Stirnhöhle noch fast bis zum Margo supraorbitalis aus. Bei derartig angeordnetem Sinus lässt sich nun die Punction der nach hinten gelegenen Stirnhöhle vom inneren Augenwinkel aus umgehen, wenn der nasale Abschnitt der unteren Stirnhöhlenwand die oben mitgetheilte Beschaffenheit zeigt und es gelingt, durch Manipulationen von der Nase aus ein Instrument in diesen Sinus hineinzubringen. Es kann die endonasale Trepanation als diagnostisches Unterstützungsmittel selbst bei der breiten Eröffnung der chirurgischen Wand der Stirnhöhle in Frage kommen und durch ihr Gelingen für den Opera-



teur zur Orientirung äusserst werthvoll sein. Photographie II₂ giebt die Ansicht der rechten Schädelhälfte im Medianschnitt; unten links das fortgenommene Stück des Stirnbeins mit der Ansicht von vorne. Der durch

das rechte Ostium frontale von oben her eingelegte dünne Draht zeigt die Richtung des rechten Ductus naso-frontalis nach dem unteren Nasenabschnitt zu. Das eingelegte dickere Instrument soll eine Vorstellung davon geben, wie man in diesem Falle die intranasale Trepanation der rechten Stirnhöhle vorzunehmen hätte. Dasselbe müsste zwischen Septum und mittlerer Muschel eingeführt und dann oberhalb letzterer — in diesem Falle ziemlich stark lateralwärts gewandt — der Versuch zum Eindringen der unteren Wand gemacht werden. Da hier der Stirnhöhlenboden in einen Trichter ausläuft, so durchbohrt das Instrument dessen seitliche Wand.

Die durch die Configuration der unteren Sinuswand bedingte Lage der Trepanationsöffnung, sowie Richtung der Sonde lässt sich beiläufig durch folgendes Schema veranschaulichen. Verläuft die untere Wand



(wie in *a*) annähernd horizontal zum Nasenlumen, so dringt man bei der Schäffer'schen Sondierung mehr oder weniger senkrecht von unten nach oben in den Sinus ein. Ist dieselbe nasalwärts eingebuchtet, wie dies in *b* und *c* skizzirt ist, so kommt die Sonde nach demselben Verfahren



mehr von der Seite hinein. Zu erwähnen ist, dass in Fällen, welche derartige Sinusbildungen auf beiden Seiten zeigen, die Pars frontalis am Nasendach eine andere Beschaffenheit hat, wie dies oben bemerkt wurde. Man hat dann am Nasendach hinter der Pars nasalis nur den unteren Rand der dicken compacten Stirnbeintafel, an welchen sich unmittelbar die Pars ethmoidales anschliesst. Dieser Rand kann unter Umständen eine (sagittale) Ausdehnung von 15 Mm. haben und ist wohl in der Mehrzahl der Fälle für eine Palpation auf endonasalem Wege gross genug. Nach Constatirung dieses Befundes, der mit dem oben erwähnten: dicke untere Sinuswand, das weitere Vorgehen in der gleichen Weise bestimmt, hat man die Palpation mehr oder weniger weiter lateralwärts zu versuchen, wobei man stets genau in derselben Frontalebene das eingeführte Ende der Sonde zu bewegen hat. Auch in dem Falle, welchen die Photographie I darstellt, gelingt es, medianwärts der mittleren Muschel in die Stirnhöhle hineinzukommen. Die Trepanationsöffnung liegt dabei so, wie dies das Schema in *c* wiedergiebt, das Instrument selbst zwischen Septum und Concha media. Um dies Verhalten zur Darstellung zu bringen, wurde dasselbe Präparat, welches auf Photographie I von der Aussenseite aufgenommen ist, in Photographie III von der Innenseite



aufgenommen. Das Septum narium ist der Deutlichkeit halber bis auf das kleine Stück (*s*) abgetragen worden.

Es muss an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass in den Fällen, welche der in der Münch. med. Wochenschr. publicirten Besprechung zu Grunde gelegt sind, nach dem Schäffer'schen Verfahren nicht angeblich, sondern wirklich eine Sonde in den Sinus

frontalis hineingebracht worden ist, was übrigens in dem einen Falle auch von einem Fachchirurgen bestätigt wurde. Ein Uebelstand darf bei Besprechung des Schäffer'schen Verfahrens nicht unerwähnt bleiben, obgleich er, da die Mucosa im Allgemeinen eine sehr straffe Tapete an der Innenwand der Knochenhöhle darstellt, auf Grund zahlreicher Leichenversuche als ein seltener bezeichnet werden muss. Nachdem es gelungen ist, den Stirnhöhlenboden einzudrücken, kann man mit dem Sondenknopf die Schleimhaut mehr oder weniger ablösen, ohne sie zu perforiren. Dies kann aber auch unter Umständen bei der Sondirung per vias naturales eintreten, zumal dann, wenn die Versuche, in die Stirnhöhle hineinzugehen, einen kleinen Schleimhautriss in der Mucosa zu Stande gebracht haben. Deswegen wird man die Sondirung der Stirnhöhle nicht vermeiden, und deswegen liegt auch kein Grund vor, weshalb ein geübter Rhinologe neben der Sondirung nicht unter Umständen auch die Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand lateralwärts oder, wie es Schäffer empfohlen hat, medianwärts der mittleren Muschel versuchen soll, ganz ebenso wie er dies auch bei Empyem des Antr. Highmori, sei es zur Feststellung der Diagnose oder zur Einleitung therapeutischer Massnahmen, als kunstgerecht nicht unterlassen wird, vorausgesetzt, dass der Zustand des Pat., oder die Art der Erkrankung nicht sofort die Eröffnung des Antrum von der Fossa canina aus erheischen. Letztere wird man sich, wie auch die Trepanation des Sinus front. von seiner chirurg. Wand, stets vorbehalten müssen. Indess geschieht ja auch die Einleitung gewisser therapeutischer Massnahmen und kleinerer Eingriffe auf vielen anderen Gebieten mit der Reserve, falls diese nicht zum Ziele führen, eine eingreifendere Operation folgen zu lassen. Niemand wird dies verwerflich finden, die Hauptsache bleibt doch, nur den richtigen Zeitpunkt zu der in Aussicht genommenen Operation nicht zu verpassen. Da Schech mit seiner ganzen Autorität gegen die Schäffer'sche Methode zu Felde zieht, so sei ein Citat aus seinem weit verbreiteten Lehrbuch über die Krankheiten der Nebenhöhlen zum Schluss noch kurz besprochen. „Die Eröffnung der Stirnhöhle erfordert die Spaltung der Haut über den Augenbrauen bis zur Nasenwurzel und die Beiseiteschiebung des Periostes. Der Knochen wird bei grosser Härte mit Hohlmeissel oder Trepan, bei blasiger Verdünnung der Wände mit der Scheere abgetragen oder mit einem dicken Troicart durchstossen.“ Dies Verfahren, mit einem Troicart an der vorderen Wand des Sinus frontalis zu operiren, muss unter allen Umständen nicht nur wegen der grossen Gefahr, gleichzeitig auch die hintere Wand zu durchstossen, sondern auch wegen seiner Unzweckmässigkeit verworfen werden. Wie Schech durch die glücklich gelangene Troicartöffnung einen grossen Sinus „auskratzen“ will, ist aus seinem Lehrbuche nicht ersichtlich. Auch bei der Eröffnung der äusseren Sinuswand dürfte man zuuächst probatorisch vorgehen. Nachdem mit dem Meissel — jedenfalls dem ungefährlichsten Instrument — der Sinus eröffnet ist, so hat die zunächst folgende Ausspülung zu ergeben, ob der Sinus nach der Nase zu durchgängig ist oder nicht. Dann hat man mit der Sonde die Grösse der Höhle sowie etwaige Caries festzustellen. Wohl nur bei letzterer ist sofortige breite Eröffnung der Höhle und Freilegen des erkrankten Knochens indicirt. Im andern Falle dürfte auch die Herstellung einer kleineren Oeffnung genügen. In allen Fällen ist sie

so gross anzulegen, dass man die zur schnellen Trockenlegung des Hohlraumes ausserordentlich zweckmässige Jodoformgazetamponade ausführen kann. Falls das Ostium frontale nicht oder nur für dünne Sonden von oben her durchgängig ist, muss auch eine Gegenöffnung angelegt werden. Es darf wohl behauptet werden, dass es durchaus unnöthig ist, in jedem Falle, den man von aussen her eröffnet hat, die Stirnhöhle sofort auszukratzen und mit Chlorzink zu ätzen.

Literatur.

Dr. M. Bresgen: Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle etc. II. Auflage.

Berl. Klin. Woch. 1887, pg. 34—36. Jurasz: Ueber die Sondirung der Stirnbeinhöhle.

Grünwald: Die Lehre von den Naseneiterungen etc.

Internationales Centralblatt f. Laryngologie etc. IX. Jahrg., pg. 489.

Münch. med. Wochenschrift 1892, No. 47, 48. Ernst Winckler: Ueber das Empyem des Sinus frontalis.

Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1893, No. 5, pg. 131.

Deutsch. Med. Woch. (SA), 1890. M. Schäffer: Zur Diagnose und Therapie der Nebenhöhlen der Nase etc.

Wien. Medizin. Presse 1892, No. 36 ff. R. Dreyfuss: Die malignen Epithelialgeschwülste der Nasenhöhle.

Prager Med. Wochenschr. 1893, No. 7—9. L. Lichtwitz: Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis.

Schech: Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase.

Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. R. Kayser (Breslau).

(Schluss zu No. 2, 1894.)

Unter den Fällen von typischer Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, bei denen die Operation vorgenommen wurde, weil deutliche objective und subjective Symptome auf eine schwere, auf keine andere Weise zu beseitigende Erkrankung des Knochens hinwiesen, sind folgende besonders bemerkenswerth:

1) S. D., 33 Jahre, Aufseher, erkrankte Ostern 1891 an einer heftigen linksseitigen Mittelohrentzündung, bei der auch starke Schmerzen hinter dem Ohre auftraten. Als er am 26. Juni in unsere Behandlung trat, war das Trommelfell geschlossen, aber geröthet und mit Schuppen bedeckt. Das Gehör war stark vermindert (Flüsterstimme am Ohr) und der Warzenfortsatz bei Druck auf die Spitze sehr empfindlich. Die sofort vorgenommene Paracentese des Trommelfells entleerte nur wenig Secret, jedoch entwickelt sich in den nächsten Tagen eine Mittelohrentzündung unter Nachlass der Schmerzen am Warzenfortsatz. Diese Besserung

hält aber nur kurze Zeit an. Nach ca. 3 Wochen sistirte die Eiterung, aber die Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes nahm zu, es stellte sich Schwellung auf demselben und der oberen Gehörgangswand mit Fieber ein, so dass am 2. August die Aufmeisselung gemacht wurde, bei welcher aus der Warzenhöhle reichlich Eiter und Granulationsmassen entfernt wurden. Fieber und Kopfschmerz verschwanden sofort. Allein nach 14 Tagen entwickelte sich ein Senkungsabscess in der Hinterhaupt-Nackengegend. Der Kranke ging in die chirurgische Klinik und wurde dort operirt. Einige Tage nach der Operation acquirirte er eine rechtsseitige Pneumonie, die er aber glücklich überstand. Am 3. Oct. kehrte er mit noch offener Fistel in unsere Behandlung zurück. Am 12. Novbr. wurde er von uns mit vollkommen geschlossener Fistel, nahezu normalem Trommelfell und einem leidlichen Hörvermögen (Flüsterstimme 3 Schritt) entlassen.

2) H. S., 2jähriger Comptoiristensohn, kam am 27. Octbr. 1892 in unsere Behandlung, nachdem er seit 8 Tagen über Schmerzen im linken Ohre, ohne Ausfluss, geklagt hatte. Die Untersuchung ergab ein wenig verändertes Trommelfell, dagegen Schwellung und Röthung im oberen Theil der Hinterohrgegend. Im Laufe der nächsten Tage kommt es zu einem Durchbruch durch's Trommelfell, es bildet sich unten eine Perforation, durch die reichlich Eiter abfließt. Die Geschwulst hinten nimmt zu und fluctuirt. Am 6. Novbr. wird die Aufmeisselung vorgenommen, der Knochen zeigt sich in der Mitte etwas rauh, usurirt, aus der Tiefe werden granulöse Massen, aber kein Eiter entfernt, keine Communication. Nach 10 Tagen sistirte die Ohreiterung vollkommen und dauernd. Am 9. Decbr. ist die Fistelöffnung geschlossen und der Kranke wird als geheilt entlassen.

Beachtenswerth erscheint in beiden Fällen die geringfügige, sei es vorübergehende, sei es verspätet eintretende Mittelohreiterung bei starker Betheiligung des Warzenfortsatzes. Auch ist bemerkenswerth, dass in dem zweiten Falle nach der Aufmeisselung die Mittelohreiterung sistirte, ohne dass eine Communication der Warzenhöhle mit der Trommelhöhle bei der Durchspülung zu erzielen war. Das Gleiche habe ich auch in einem privatim behandelten Falle beobachtet, wo bei einem 5monatlichen Kinde im Anschluss an einer heftigen mehrwöchentlichen Mittelohreiterung Entzündung des Warzenfortsatzes sich zeigte, dieser aufgemeisselt wurde, in ihm kein Eiter, wohl aber Granulationsmassen sich vorfanden, bei der Durchspülung fand keine Communication statt, aber doch hörte nach kurzer Zeit die Mittelohreiterung auf und nach ca. sechs Wochen war das Kind mit völlig geschlossenem Trommelfell vollkommen geheilt.

3) M. L., 20jähriges Mädchen, hat seit Jahren Ohrenfluss auf der linken Seite. Im Januar 1892 tritt Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes und Schwellung der oberen Gehörgangswand ein. Die Kranke lässt sich in ein Krankenhaus aufnehmen, aus welchem sie nach 4 Wochen gebessert entlassen wird. Anfang Februar besteht die Ohreiterung fort, die Kranke klagt über heftige Kopfschmerzen auf der linken Seite und der Gehörgang ist wieder stark geschwollen. Am 6. Februar wird die Aufmeisselung vorgenommen. Der Knochen erweist sich völlig gesund, beim Vordringen in die Tiefe stößt man nicht auf Eiter, aber von der

Hinterwand aus präsentirt sich eine weiche, blau aussehende Geschwulst, die nicht pulsirt; eine Probepunction ergiebt als Inhalt derselben dunkles, venöses Blut. Die Operation wird unterbrochen, die Wundhöhle tamponirt. Am nächsten Tage erkennt man an der Geschwulst deutliche Pulsation. Es handelt sich also um eine abnorme Vorlagerung des Sin. transversus, dessen Abstand vom vordern Rande des Warzenfortsatzes nur 8 Mm. betrug. Dennoch bessert sich das Allgemeinbefinden des Pat. erheblich, der Kopfschmerz ist verschwunden, der äussere Gehörgang schwillt ab. Das Trommelfell zeigt einen grossen Defect der unteren Hälfte und zahlreiche Granulationen an der hinteren und vorderen Wand. Dieselben werden entfernt und wiederholt mit Chromsäure geätzt. Nach einigen Wochen schliesst sich die Wunde hinter dem Ohr, auch die Otorrhoe lässt allmählig nach. Am 27. Juli 92 wird die Kranke entlassen. Das Ohr ist seit längerer Zeit trocken, der Trommelfelldefect besteht noch, aber die Paukenhöhlenschleimhaut ist blass und übernarbt, alle subjectiven Beschwerden sind verschwunden.

4) Hermann S., 50 Jahr, giebt an, von Jugend an auf dem linken Ohre taub zu sein, zeitweilig Kopfschmerzen auf der linken Seite zu haben; in der letzten Zeit ist auch Schwerhörigkeit rechts eingetreten. Die Untersuchung am 8. Juli 1883 ergiebt rechts einen Ceruminalpfropf, der linke Gehörgang ist im äusseren Theil obturirt durch eine von der vorderen Wand ausgehende breite Exostose, welche, die Hinterwand beinahe berührend, nur einen schmalen Spalt frei lässt; auch im rechten Ohr findet sich eine gleichgeartete Exostose, aber in viel schwächerem Grade. Ebenso zeigt sich auf dem linken Scheitelbeine eine grosse halbkugelige Knochenaufreibung. Es gelingt nach einiger Mühe, mit einem dünnen Wattetampon in die Tiefe des linken Gehörgangs einzudringen und schmierige, übelriechende Massen heraus zu befördern.

Das Hörvermögen ist auf dem linken Ohr fast völlig geschwunden, auch die Knochenleitung ist sehr abgeschwächt. In den nächsten Wochen steigern sich die Kopfschmerzen erheblich, es treten Krampfanfälle und Fieber auf, auch zeigte sich hinter dem Ohre, nahe dem unteren Ende der Ohrmuschel, eine fluctuirende Geschwulst. Am 12. August wird die Aufmeisselung (in Gemeinschaft mit Dr. Heibrun) vorgenommen. Der Knochen erweist sich in grossem Umfange cariös, so dass auch die hintere Gehörgangswand in grossem Umfange weggenommen wurde; aus der Tiefe werden eine grosse Menge eitriger, übelriechender Massen entleert. Der Verlauf gestaltete sich sehr günstig, die grosse Wundhöhle wurde erst mit Jodoformgaze tamponirt, später aber, als sich Zeichen von Jodoformintoxication zeigten (Delirien), wird Sublimatgaze gewählt. Es zeigte sich nun, dass totaler Defect des Trommelfells vorlag. Im October 1892 trat bei dem Kranken ein linksseitiges pleuritischen Exsudat auf, das sich aber wieder spontan zurückbildete. Nach Verlauf von ca. 3 Monaten war der Heilungsprocess abgelaufen und es blieb hinten eine grosse offene Höhle, die direct in die Paukenhöhle führte; ihre Wände waren gut überhäutet. Gleichzeitig war die Exostose im linken äusseren Gehörgang vollständig verschwunden. Diese letztere Thatsache ist von besonderem Interesse. Lucae hat in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 17. Mai 1893 darauf hingewiesen, dass Exostosen im äusseren Gehörgang Folge chronischer Mittelohreiterung sein könnten

und nach Beseitigung derselben besonders durch Aufmeisselung des Warzenfortsatzes verschwinden. Der obige Fall könnte zur Unterstützung dieser Anschauung dienen, wenn nicht die gleichzeitig am anderen Ohre und besonders die auf dem linken Scheitelbein bestehende Exostose doch die Auffassung derselben als congenitale nahe legte. Dazu kommt, dass nach Angabe des Pat. auch einer seine Töchter eine gleiche Knochenauftreibung am Schädel haben soll.

Unter den 4 ausgeführten Tenotomien des Tensor tympani zeigte sich in einem Falle ein eclatanter Erfolg. Bei einer 30jährigen Näherin, die seit langer Zeit an continuirlichem Sausen und Schwerhörigkeit (Flüsterstimme a. c.) auf dem linken Ohre litt und bei welcher eine starke Einziehung des Trommelfelles mit Kalkfleck im vorderen unteren Quadranten bestand, wurde am 16. Decbr. 1891 die Tenotomie des Tensor tympani ausgeführt. Sofort nach beendigter Operation gab die Kranke an, dass sie sich bedeutend erleichtert fühle und das Sausen verschwunden sei, auch eine geringe Besserung des Gehörs war nachzuweisen. Dieser Erfolg erwies sich als dauernd auch nach vollkommener Heilung der Trommelfellwunde, wie die Untersuchung am 2. April 1892 ergab.

Unter den Fällen nervöser Taubheit ist erwähnenswerth ein Fall bei einem 47jährigen Schlosser, der angab, nach starkem Plattenschlagen auf dem linken Ohr völlig taub geworden zu sein. Die Untersuchung ergab eine mässige Trübung des Trommelfelles und geringe Injection des Hammergriffes. Das Gehör auf dem linken Ohr war sowohl für die Sprache wie für Stimmgabeltöne völlig verloren, auch die Knochenleitung erschien links aufgehoben. Das rechte Trommelfell zeigte starke Trübung und auch hier bestand eine erhebliche Gehörsverminderung.

In einem zweiten Fall gab ein 27jähriger Schmied an, nach einem Schläge auf das linke Ohr sofort Schwerhörigkeit und Sausen empfunden zu haben. Die Untersuchung zeigte in beiden Ohren Ceruminalpfropfe, deren Entfernung aber auf dem linken Ohre keine Besserung des Gehörs (Flüstern a. c.) herbeiführte. Auch die Knochenleitung war links vermindert. Weber rechts, Rinne positiv. Ferner zeigte sich die Perceptionsdauer auf dem linken Ohre erheblich verkürzt, während sie auf dem rechten Ohre sogar verlängert erschien. Dabei waren am Trommelfell nur geringfügige Veränderungen zu sehen. Im Laufe von 3 bis 4 Wochen trat eine allmähliche Besserung des Gehörs ein, obwohl noch immer eine Abschwächung der Knochenleitung und eine geringfügige Verkürzung der Perceptionsdauer nachweisbar blieb.

Unter den Krankheiten des Kehlkopfes ist eine Gruppe als *Laryng. juvenilis nodosa* bezeichnet. Ich verstehe darunter die besonders häufig bei Kindern und jungen Leuten vorkommende Erkrankung des Kehlkopfes, bei welcher neben den Zeichen eines mehr oder minder heftigen Catarrhs sich an der Grenze des vorderen Drittels des freien Randes der Stimmbänder die bekannten kleinen, weissgelblichen Knötchen, gew. Sängerknötchen genannt, zeigen. Unter den beobachteten 9 Fällen sind 5 Knaben und 4 Mädchen, der jüngste ist ein 5jähriges, der älteste ein 15jähriges Mädchen. Der Verlauf ist immer ein chronischer, gewöhnlich verschwinden die Knötchen und damit die Heiserkeit im Laufe der Zeit von selber.

Bei der *Aphonia spastica* habe ich in 2 Fällen — bei einem 18jährigen Mädchen, die durch Schreck bei einer Feuersbrunst heiser geworden war und einem 14jährigen Zögling einer Waisenanstalt, der seit Jahren mit wechselnder Intensität heiser war — während der Phonation ausser dem krampfhaften Schluss der Glottis auch eine krampfartige Contraction der äusseren Halsmuskeln beobachtet. Besonders bei dem Knaben sah und fühlte man die äusseren Halsmuskeln sich stark contrahiren. Der Knabe hat später auch hysterico-epileptische Anfälle schwerer Art durchgemacht.

Erwähnenswerth ist ein Fall doppelseitiger *Posticus*-Lähmung bei einer 36 jährigen Frau, die ausser einer starken Struma ein impermeables Carcinoma oesophagi hatte. Beide Stimmbänder standen in der Mittellinie unbeweglich. Die Respiration war sehr erschwert. Am 5. Juli 1892 bekam die Kranke während der Ordinationsstunde eine so schwere Asphyxie, dass sie sofort nach der chirurgischen Klinik geschafft werden musste, wo die Tracheotomie gemacht wurde. Später ist auch wegen der absoluten Undurchgängigkeit des Oesophagus die Gastrostomie mit gutem Erfolge ausgeführt worden. Die Frau erholte sich und konnte wieder ihren häuslichen Geschäften nachgehen. 1 Jahr später, da ich die Kranke wiedersah, befand sie sich leidlich wohl, musste aber durch die Trachealcanüle athmen und durch die Magenfistel ernährt werden. Ein Einblick in den Kehlkopf war durch massenhafte Schleimansammlung unmöglich.

Die zwei beobachteten Fälle von *Rhino-Laryngosclerom* bedürfen einer ausführlichen Mittheilung¹⁾:

1) *Agnes Janucha*, 26 Jahre alt, ledig, aus dem Kreise Zülz in Oberschlesien nahe der österreichischen Grenze, ohne hereditäre Belastung, hat als Kind mehrfach Drüsenerweiterungen am Halse durchgemacht, ist aber sonst stets gesund gewesen. Seit über 2 Jahren besteht Verstopfung der Nase und Heiserkeit. Die letztere verschlimmert sich im Laufe der Zeit und seit einiger Zeit macht sich Brustbeengung bemerkbar; neben der Heiserkeit besteht mässig starker Husten ohne Auswurf, das Allgemeinbefinden hat dabei nur sehr wenig gelitten. Die im Ganzen wohlgenährte Patientin zeigte im Novbr. 1892 eine ziemlich ausgeprägte Sattelnase, die aber äusserlich überall weich anzufühlen ist. Im Innern der Nase ist das vordere Ende der unteren Nasenmuschel beiderseits umgewandelt in einen harten, dicken, halbmondförmigen Wulst, welcher auf den Nasenboden übergreift. Dicht hinter diesen, den Naseneingang ringförmig verengenden Wülsten sitzt eine Vertiefung, die mit harten, schwer lösbaren, gelbbraunlichen Borken bedeckt ist. Die tieferen Theile der Nasenhöhle sind von ziemlich grossen Massen solcher übelriechenden Borken erfüllt, die Schleimhaut der unteren und mittleren Muschel ist stark atrophisch. Im Nasenrachenraum findet sich zäher Schleim, die Choanen erscheinen eng, der hintere Theil der Scheidewand verdickt, höckrig, auch in der Gegend der Rachenmandel zeigt sich eine Verdickung, sonst ist der Rachen und Gaumen frei. — Am Kehlkopf er-

¹⁾ Beide Fälle wurden in der medicin. Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländ. Cultur vorgestellt und die Präparate und Culturen demonstriert.

blickt man beiderseits unterhalb der Stimmbänder eine röthliche Geschwulst von der vorderen Commissur bis zur hinteren Larynxwand, nach hinten sich verbreiternd und links stärker entwickelt als rechts. Dadurch ist unterhalb der Stimmbänder ein Ring mit einem ziemlich engen, ovalen, unveränderlichen Spalt gebildet. Die Stimmbänder sind als weissliche Streifen, dem röthlichen Polster aufliegend, zu erkennen und beweglich. Die ringförmige Geschwulst reicht anscheinend ziemlich tief in die Trachea hinab, hat eine unebene, leicht höckrige Oberfläche. In der Tiefe der Trachea sieht man reichliche gelbliche, ausserordentlich fest haftende Borken. Die Taschenbänder sind etwas verdickt, die Aryknorpel und die Epiglottis normal. Häufig sieht man die Stimmbänder bei ruhiger Inspiration in lebhaften, sehr raschen, kleinen, zitternden Bewegungen. Schmerzen sind nicht vorhanden, dagegen besteht heiserer Husten, etwas stenotisches Athmen und sehr starke Heiserkeit. Am äusseren Halse sieht man einzelne Narben. Herz und Lungen sind frei, in dem spärlichen Auswurf keine Tuberkelbacillen nachweisbar. Die Kranke wurde zuerst mit Jodkali ohne jeden Erfolg, dann mit Schrötter'schen Bougies behandelt, wodurch der Glottisspalt etwas erweitert und die Athmung freier wurde. Zu einer eingreifenden Operation wollte sich die Kranke nicht entschliessen.

2) Marie Wannek, 26 Jahre, ledig, aus dem Kreise Leobschütz in Oberschlesien, nahe der österreichischen Grenze, erschien im Mai 1892 in der Poliklinik. Von ihren Geschwistern ist ein Bruder im Alter von 32 Jahren an Tuberculose gestorben. Mit 6 Jahren zog sie sich einen Gelenkrheumatismus zu, an dem sie — mit Unterbrechungen — über 1 Jahr laborirte, schliesslich aber vollkommen genas. Schon in früher Kindheit hatte sie öfter sehr heftiges Nasenbluten, später trat erschwerte Luftdurchgängigkeit der Nase auf. Seit dem 14. Jahre datirt eine Schwerhörigkeit besonders auf dem rechten Ohre. Seit 1½ Jahren besteht eine an Intensität wechselnde, im Ganzen aber zunehmende Heiserkeit ohne Husten und ohne Abmagerung. Im August 1892 wurde folgender Befund aufgenommen: schlanker Körperbau, etwas bleiches Aussehen, die äussere Nase ohne Abnormität. In der Nase erscheint das vordere Ende beider unteren Muscheln höckrig und mit bräunlich gelben, fest anhaftenden Borken bedeckt, die sich auch nach vorn zu an der Aussenwand fortsetzen. Im Uebrigen ist in der im Ganzen etwas engen Nase nichts Abnormes zu sehen. Der Nasenrachenraum ist mit zähem Schleim erfüllt, die rechte Tubenmündung und zum Theil auch die rechte Choane durch weich anzufühlende Massen verdeckt, der übrige Rachen und der Gaumen sind frei. Im Kehlkopfe zeigen die Taschenbänder eine unebene, körnige Oberfläche, die Stimmbänder sind grauröthlich, etwas verdickt. Unter dem hinteren Ende des linken Stimmbandes tritt eine halbkugelige, blasseröthliche Geschwulst hervor, in der Mitte etwas eingekerbt, bei der Phonation unter den Stimmbändern verschwindend. Auch unter dem rechten Stimmband ist eine, aber nur geringfügige, Verdickung wahrnehmbar. Die Stimmbänder sind frei beweglich, bewirken aber bei der Phonation keinen genügenden Schluss der Glottis. Beide Trommelfelle sind eingezogen und getrübt, das rechte zeigt im hinteren unteren Quadranten eine atrophische Stelle, das Gehör ist beiderseits erheblich vermindert. Lunge und Herz sind gesund. Bei der Kranken, die 8 Monate

lang in unserer Behandlung war, wurden mehrfach Stücken aus der Kehlkopfgeschwulst mit der Zange excidirt, auch eine galvanocaustische Zerstörung wurde vorgenommen, jedoch gewann die Geschwulst nach einigen Wochen wieder die alte Grösse. Die Heiserkeit wechselte, dagegen war in der Nase nach Auskratzung der mit Borken bedeckten Partien eine andauernde Besserung hergestellt.

Bei beiden Kranken wurden Geschwulstpartikel aus der Nase und aus dem Kehlkopf wiederholt excidirt und zur microscopischen und bacteriologischen Untersuchung von Herrn Cand. med. Georg Gottstein verwendet. Die microscopische Untersuchung ergab bei beiden Kranken eine kleinzellige Infiltration mit bindegewebigen Zügen. Die Kehlkopfstückchen, die naturgemäss näher der Oberfläche entnommen sind, lassen Wucherung des Epithels zum Theil in zapfenförmiger Weise erkennen. Mikulicz'sche Zellen gelang es nicht aufzufinden, dagegen zeigen sich vereinzelte colloide Zellen. Im Gewebe selbst waren nur an einzelnen Stellen wenig zahlreiche Bacillen zu Gesicht zu bringen. Dagegen gelang es aus dem Gewebssaft der mit allen Cautelen behandelten und durchschnittenen Stückchen, auch aus den Kehlkopfgeschwulsten, Culturen anzulegen, die sich sofort als Reinculturen erwiesen. Sie haben in Gelatine die bekannte Nagelform, auf Agar-Agar die Opalescenz und erwiesen sich unter dem Microscop äusserst ähnlich den Friedländer'schen Pneumoniebacillen. Es wurden auch mit den aufgeschwemmten Culturen Impfversuche vorgenommen. Einspritzungen unter die Haut und in die Nasenschleimhaut blieben resultatlos. Dagegen brachte eine Einimpfung in die vordere Augenkammer eines Kaninchens eine entzündliche Gewebsbildung zu Stande. Zum Vergleich wurde einem anderen Kaninchen eine Cultur von Friedländer'schen Pneumoniebacillen in die vordere Augenkammer geimpft, wobei eine andersartige, viel heftigere Entzündung auftrat. Beide Thiere sind noch am Leben und soll später über das definitive Resultat berichtet werden.

Die Diagnose des Rhino-Laryngoscleroms stützt sich in beiden Fällen in erster Reihe auf den klinischen Befund: im Falle Janucha ausgesprochene Laryngit. hypoglottica chron. und circumscripte Knoten mit Borkenbildung in der Nase, im Falle Wannek allerdings weniger charakteristische, aber doch weder mit Tuberculose noch mit Lues zu vereinigende Veränderungen. Dazu kommt der Verlauf und der microscopisch-bacteriologische Befund. Wenn auch nicht sämmtliche für das Rhinosclerom bisher als erforderlich erachtete Merkmale nachzuweisen sind, so finden sich doch so viele und wichtige derselben vor, um die Auffassung als Rhinosclerom zu rechtfertigen.

Unter den Krankheiten des Rachens sei ein Fall von Retropharyngealabscess bei einem 1½-jährigen Mädchen erwähnt, das von auswärts mit erschwerter stenotischer Athmung zu uns gebracht wurde. Die Untersuchung ergab eine grosse glatte Geschwulst an der hinteren Rachenwand, tief nach abwärts reichend. Die Probepunktion zeigte Eiter und durch einen grossen Einschnitt wurde sofort eine Menge Eiter entleert und die Athmung des Kindes gebessert. Aetiologisch war nur luetische Vergangenheit des Vaters zu eruiren.

Unter den 32 Fällen von Rachensyphilis ist bemerkenswerth, dass in 9 Fällen der Nasenrachenraum betheiligt war. In 4 Fällen

waren im Rachen keine resp. keine deutlichen Zeichen von Lues vorhanden, erst die Rhinoscopia posterior enthüllte als Ursache der heftigen Schlingschmerzen mehr oder minder umfangreiche Geschwüre auf der nasalen Fläche des Gaumensegels oder am Rachendach. War das erstere ergriffen, so sah man bei einfacher Besichtigung des Rachens die orale Fläche des Gaumensegels geröthet, das letztere erschien stark infiltrirt und wenig beweglich. Jedenfalls zeigen diese Beobachtungen, dass der Nasenrachenraum mit zu den bei der Syphilis häufig ergriffenen Partien gehört und seine Untersuchung mittelst der Rhinoscopia posterior nie verabsäumt werden sollte. In 2 Fällen fanden sich luetische Geschwüre an der Zungenbasis.

Zwei Fälle von Abscess der Zungenbasis wurden beobachtet. Die Kranken klagten über heftige Schlingschmerzen, nach dem Ohre ausstrahlend, ohne dass eine genügende Ursache nachzuweisen war. Die genauere Untersuchung ergab ausser Drüsenschwellung aussen am Halse oberhalb des Kehlkopfes eine laryngoscopisch mehr oder minder deutlich nachweisbare circumscribte Schwellung des Zungengrundes. Bei der Palpation mit dem Finger erwies sich diese Stelle als besonders schmerzhaft, in dem einen Fall war deutliche Fluctuation zu fühlen. Durch Incision wurde Eiter entleert und die Beschwerden sofort beseitigt. In beiden Fällen bestand auch starker Speichelfluss.

In 2 Fällen konnte als Ursache einer angeblichen Haemoptöe eine Blutung aus dem Nasenrachenraum nachgewiesen werden, in welchem durch die Rhinoscopia post. die blutende Stelle gesehen wurde.

Unter den Nasenerkrankungen sei auf 3 Fälle von Rhinitis fibrinosa hingewiesen. 2 derselben wurden Ende Februar bei einem 4 $\frac{1}{2}$ -jährigen und 6jährigen Mädchen beobachtet. In beiden Fällen waren beide Nasenhöhlen mit membranösen Massen erfüllt, die mit der Pincette entfernt wurden; die darunter liegende Schleimhaut war geröthet, leicht blutend, aber nicht ulcerös, in dem einen Falle bestand mässiges Fieber, sonst keine nennenswerthe Störung des Allgemeinbefindens, keinerlei Erscheinungen im Rachen oder an den Mandeln. In dem einen Falle war durch das reichliche Secret die Oberlippe stark erodirt und geschwollen. Beide Fälle hatten einen langwierigen, über 4 Wochen ausgedehnten Verlauf, indem sich trotz aller antiseptischen Reinigung immer wieder die Membranen bildeten. Die microscopische Untersuchung ergab: Fibrinmassen, reichlich mit Eiterkörperchen durchsetzt, und nur spärliche Bacterien. Der dritte Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, das wegen vergrösserter Rachenmandel in Behandlung kam und bei welchem im mittleren Theil der Scheidewand rechterseits sich ein abziehbarer, weisslicher, fibrinöser Belag zeigte, gegenüber auf der unteren Muschel fand sich ein gleicher, etwas kleinerer Belag. Die Schleimhaut darunter war geröthet, leicht blutend. Am nächsten Tage hatte sich der Belag erneuert, aber nur in geringem Umfange, und am darauf folgenden Tage war der Belag völlig verschwunden.

Die 2 Fälle von isolirten Neubildungen am Septum betreffen einen 62jährigen Mann und ein 21jähr. Mädchen. Beide kamen wegen heftigen, sich seit einiger Zeit täglich wiederholenden Nasenblutens in Behandlung. Im ersten Falle sah man in der linken Nasenhöhle vorn unten am Septum eine gestielte, frei bewegliche, leicht blutende, kleine

Geschwulst, die sich leicht abschnüren liess, nach 4 Wochen aber wieder gewachsen war; es wurde jetzt durch tiefe Cauterisation mit dem Galvanocauter definitive Heilung erzielt. Im zweiten Falle sass der zapfenförmige Tumor an der linken Seite am unteren Rande des Septum vorn fast auf dem Boden der Nasenhöhle und zeigte oberflächliche Ulceration. Der Tumor wurde abgeschnürt und es trat in den nächsten Monaten kein Recidiv ein. Die microscopische Diagnose beider Geschwülste lautete auf Angiom.

Bei der Behandlung der Ozaena wurde in einer Reihe (15) von Fällen die insbesondere von Braun und Laker empfohlene Schleimhautmassage entsprechend den Vorschriften des Letzteren angewendet. Um ein einigermaßen sicheres Urtheil über die Wirksamkeit dieser Methode zu erhalten, wählte ich solche Fälle aus, in denen die Erkrankung beide Nasenhälften annähernd gleichmässig stark betraf, was ja bei der Ozaena nicht ungewöhnlich ist. Es wurden dann täglich beide Seiten in gleicher Weise sorgfältig mechanisch mittelst Pincette und Watte gereinigt und dann nur die rechte Seite massirt, während für die linke Seite jede weitere Behandlung unterblieb. Es ergab sich nun, dass der Massage als solcher keinerlei günstige therapeutische Wirkung zukomme, wenn auch die Behandlung viele Wochen bis 3 Monate lang fortgesetzt wurde. Die massirte Seite zeigte in keiner Weise dauernd ein besseres Aussehen, als die nicht massirte. So lange beide Seiten sorgfältig gereinigt wurden, war die Borkenbildung meistens geringfügig; wurden die Kranken sich selbst überlassen, so kehrte bald der frühere Zustand wieder zurück.

Bessere Resultate lieferte dagegen die Schleimhautmassage bei der Behandlung der hypertrophischen Form der Rhinitis.

Schliesslich sei noch erwähnt ein Fall von Struma migrans bei einem 35jährigen Kellner. Beim Husten trat rechts unterhalb des Kehlkopfs eine runde, ziemlich harte, etwa kleinapfelgrosse Geschwulst hervor. Patient giebt an, früher einen Kropf gehabt zu haben und seit $\frac{3}{4}$ Jahren diese bewegliche Geschwulst bemerkt zu haben, durch welche er an Athemnoth besonders beim Gehen und Stehen leide. Man konnte am sternalen Ende der Clavicula bis zur 2. Rippe die Geschwulst durch Percussion nachweisen. Von anderer Seite wurde eine electrolytische Behandlung des Tumors versucht, derselbe wurde zwar kleiner und härter, da aber die Athembeschwerden fort dauerten, fand sich Pat. zur Operation bereit, die mit gutem Erfolge in der chirurg. Klinik ausgeführt wurde.

Unter Inspiratio nervosa verstehe ich die in diesem Falle bei einem 5jährigen Knaben beobachtete Erscheinung, dass derselbe ohne nachweisbare Ursache und ohne irgend welche krankhafte Veränderungen an den Respirationsorganen ziemlich regelmässig nach mehreren normalen Respirationen eine langgezogene seufzende Inspiration ausführt. Es ist ein rein hysterisches Phänomen, das nur bei Tage, niemals im Schlafe auftritt und mit der Zeit, besonders durch psychische Beeinflussung, verschwindet.

II. Referate.

a) Otologische:

Ein Fall von Taubheit nach Kohlenoxydvergiftung. (Nach einem Vortrage in der otologischen Sektion der LXV. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.) Von Dr. R. Kayser in Breslau. (Separ.-Abdruck aus der „Wiener medic. Wochenschrift“ No. 41, 1893.)

Alteration des Gehörorganes durch CO-Intoxication wurde bisher nur von Haug in der Form von Labyrinthhyperämie erwähnt. K. beobachtete folgenden Fall: Eine 36jährige Frau erlitt in der Nacht vom 12. zum 13. Dezbr. 1892 mit ihrer 11jährigen Tochter eine CO-Vergiftung. Am Morgen wurde letztere als Leiche, die Mutter bewusstlos aufgefunden. Nach 36 Stunden erwachte sie, war vollkommen taub und hatte heftiges Ohrensausen. In den ersten Tagen bestand maniakalische Erregung mit Gehörshallucinationen. Nach 4 Wochen wurde sie gebessert aus dem Spitale entlassen, mit noch hochgradiger Schwerhörigkeit und Ohrensausen. Ausserdem bestand Herabsetzung des Sehvermögens und Gefühl der Schwere in den Beinen. Vorher hatte Pat. stets gut gehört, Zeichen von Lues waren nie vorhanden. Als K. am 18. Jan. 1893 die Patientin zum erstenmale sah, war sie sonst gesund und klagte nur über Schwerhörigkeit und continuirliches Ohrensausen. Die Trommelfelle waren normal, Flüsterstimme ward beiderseits kaum unmittelbar neben dem Ohre gehört, tiefe Stimmgabeltöne werden durch die Luft, hohe (von C₄ ab) aber nicht wahrgenommen. Knochenleitung abgeschwächt. Rinne beiderseits positiv. Die Perceptionsdauer durch Knochenleitung für Stimmgabeltöne im Vergleiche zu Normalhörenden deutlich verkürzt. Der gut ausführbare Katheterismus vermindert nur wenig das Sausen, gar nicht die Schwerhörigkeit.

Faradisation am Kopfe führte bald Besserung des Gehörs und Nachlass der subjectiven Geräusche herbei. Am 27. August 1893 war das Gehör erheblich besser, Flüsterstimme wird rechts 20 Ctm., links 40 Ctm. weit gehört, das Sausen geschwunden, hohe Stimmgabeltöne werden durch die Luft nur schwach wahrgenommen. Rinne positiv, Perceptionsdauer rechts noch verkürzt.

Die in diesem Falle zweifellos stattgehabte Affection des schallempfindenden nervösen Gehörapparates stellt K. in eine Reihe mit den sonst durch CO hervorgerufenen Erscheinungen des centralen und peripheren Nervensystemes.

Die durch CO hervorgerufene Sauerstoffentziehung erscheint für die Erklärung der nervösen Erkrankungen nicht ausreichend. Klebs' Ansicht erscheint K. am begründetsten: directe Einwirkung des CO auf die Gefässwand, Degeneration derselben, Gefässerweiterung, hämorrhagische Necrose und Extravasatbildung. Um letztere dürfte es sich auch im vorliegenden Falle handeln, in welchem es besonders interessant ist, dass die Gehörsaffection als die einzige lang anhaltende Wirkung der CO-Vergiftung erschien.

Hitschmann.

b) Rhinologische:

Bemerkung über eine seltene Art von Myxoma nasal. (Note sur une variété rare de myxome nasal.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. VI No. 6, Novbr.—Decbr. 1893.)

Myxom in der Tiefe des mittleren Nasenganges linkerseits bei einem 28 Jahre alten Manne. Entfernung mit der Curette unter sehr beträchtlicher Blutung. Der genauen Beschreibung der Neubildung, welche eine abnorm reichliche Entwicklung der vasculären Elemente erkennen liess, sind sehr instructive Abbildungen beigegeben. Beschorner.

Nasendouche oder Naseneinspritzung? (Douche nasale ou injection?) Von Dr. W. B. Dalby. (Lancet 1892, December und Revue de laryngol. No. 19, 1893.)

Verf. räth, nie die Nasendouche, sondern immer die Nasen-Einspritzung zu gebrauchen: man soll den Krankenwärtern und den Pat. letztere lehren; es könne nie eine unangenehme Folgeerscheinung auftreten, während bei dem Gebrauch der Douche oft Mittelohrentzündungen entstanden.

(Verf. scheint zu übertreiben; bei verständigen Patienten bringt der Gebrauch der Nasendouche nie unangenehme Folgen, wohl aber bei unbändigen Kindern, wenn selbe mit Gewalt ausgeführt wird; in solchen Fällen ist das Einspritzen vorzuziehen. Ref.) Dr. P. K.

Beitrag zum Studium der Nasen-Eiterungen. (Contribution à l'étude des suppurations nasales. Periostite purulente des cornets consécutive à la carie dentaire.) Von Dr. R. Dreyfuss in Strassburg. (Arch. internat. de Laryngolog. etc., Bd. VI, No. 6, November—December 1893.)

Bemerkenswerth in dem eine 28 Jahre alte Dame betreffenden Falle, welche sich mit einer schmerzhaften Anschwellung der linken Wange, nahe der Nase präsentirte, war nur die ausserordentlich hochgradige Infiltration der linken unteren Nasenmuschel mit Fistelbildung durch die Schleimhaut. Heilung erfolgte nach Extraction des Stumpfes vom II. kleinen Mahlzahne und Ausspülungen des Sinus maxillaris durch die mit demselben communicirende Zahnalveole. Beschorner.

Ueber Rhinosclerom. Ein Fall von hysterischer Stummheit. Papillome des Larynx. Von Dr. Kayser. (Nach einem in der medicinischen Section der Schles. Gesellschaft für vaterl. Cultur am 3. Februar 1893 gehaltenen Vortrage.)

Die Fälle von Rhinosclerom wurden bereits oben näher besprochen, ebenso der Fall von hysterischer Stummheit.

Papillome des Larynx. Der 31jährige Patient war schon als Kind längere Zeit heiser. 1891 wieder heiser geworden, zeigte er mässige Röthung der Stimmbänder und am vorderen Ende des linken Stimmbandes eine grau-weissliche, halbbohnen-grosse Geschwulst, breit aufsitzend und glatt. Nach deren operativer Entfernung recidivirte sie und es traten neue Wucherungen in der Umgebung und im Sommer 1892

auch auf der laryngealen Fläche der Epiglottis auf. Operation erzeugte vorübergehende Besserung, bald aber traten neue Recidive auf. Endlich im Januar 1893 hörte das Nachwachsen der Geschwulst nach Entfernung von ca. 50 kleineren oder grösseren Stücken durch 27 Operationen auf. Die microscopische Untersuchung der Stücke ergab das deutliche Bild eines Papillomes resp. einer Pachydermia verrucosa. Trotzdem bekannt ist, dass sich die Papillome, die sich durch eine grosse Recidivirungsneigung auszeichnen, spontan zurückbilden können, hält K. es nicht für erlaubt, von allen operativen Eingriffen abzusehen, weil häufig im Stadium des üppigen Wachstums das ganze Kehlkopfinnere von Geschwülsten erfüllt ist und Erstickungsgefahr eintreten kann. Hitschmann.

c) Pharyngo-laryngologische:

Vollständige Adhärenz des Gaumensegels. (Adhérence totale du voile du palais.) Von Dr. Couetoux. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Ein 32jähriger Metzger zeigt totale Verwachsung bis auf eine ganz kleine Fistel, welche wenige Tropfen Flüssigkeit, aber gar keine Luft durchliess. Verf. beschreibt seine Operationsmethode und kommt zu dem Schluss, dass eine Operation ohne zugleich eingesetzten prothetischen Apparat ohne Zweck ist. Dr. P. K.

Myxödem mittelst Nahrung mit frischer Glandula thyroidea behandelt. (Myxoedème traité par l'alimentation avec la glande thyroïde fraîche.) Von Dr. Creswell Baber. (Société laryngologique de Londres, Mai 1893 und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Verf. legt die Photographie einer 50jährigen Dame vor, welche seit 10 Jahren mit Myxödem behaftet ist; relative Heilung. In derselben Sitzung stellt Dr. Clifford Beale einen Fall von Myxödem vor, welcher mit kleinen Dosen von einem Glycerinextract der Schilddrüse behandelt worden war; es entstanden hier ebenfalls Respirationsbeschwerden, welche meist vom Larynx ausgingen; die Haut war dabei auffallend trocken. Dr. P. K.

Tabes dorsalis; doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer mit Lähmung der Thyroarytaenoidei interni von zwölfjähriger Dauer. (Tabes dorsal; paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte avec paralysie des tenseurs internes de plus de douze ans de durée.) Von Dr. F. Semon. (Société laryngologique de Londres, Mai 1893 und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Bei einem 62jährigen Fischhändler besteht seit 25 Jahren Tabes mit folgender Lähmung der Cricoarytaenoidei postici; in letzterer Zeit hat sich eine Lähmung der Thyroarytaenoidei interni hinzugesellt. Der Fall beweist folgende Thatsachen: 1) Die Lähmung der Cricoarytaenoidei postici kann sehr lange bestehen; 2) die seit 1881 eingetretene Lähmung der Thyroarytaenoidei interni beweist, dass letztere Muskeln nach den Glottiserweiterern am frühzeitigsten bei Tabes befallen werden, wie Verf. und Berger früher dargethan haben; 3) weil bei der Medianstellung der Stimmbänder die Lähmung der Thyroarytaenoidei eine wirkliche primäre

Lähmung deutet und nicht eine primäre neuropathische Contractur; 4) weil bei bestehender Atrophie und fettiger Degeneration der *Cricoarytaenoidei postici* der Patient hohe und tiefe Töne hervorbringen kann, was er bei bestehendem Krampfe nicht könnte. Dr. P. K.

Ueber die Angina pseudomembranacea mit Pneumococcen. (Les *angines pseudomembraneuses à pneumocoques.*) Von Dr. Jacoud. (*Semaine médicale* No. 47, 1893.)

Obgleich selbe Anfangs nicht, sondern erst nach der bacteriologischen Untersuchung von wahrer Diphtheritis zu unterscheiden ist, so muss man selbe von Anfang an als Diphtheritis behandeln. Diese, vom Verf. 1891 zum ersten Male beschriebene Krankheit hat eine bessere Prognose, als wahre Diphtheritis. Verf. giebt die genaue Beschreibung, sowie die Differentialdiagnose. Dr. P. K.

Inverse Bewegung der Stimmbänder. (De l'action inverse des cordes vocales.) Von Dr. M. Scheier in Berlin. (*Arch. internat. de Laryngol.* etc., Bd. IV, No. 6, Novbr.—Decbr. 1893.)

Fall, eine 43 Jahre alte Arbeiterfrau betreffend, welche seit 1 Jahre an zeitweilig auftretenden Erstickungszufällen litt, die sich während ihres Aufenthaltes im Krankenhause öfter wiederholten. Es bestand ein laryngealer inspiratorischer Stridor, der sich Nachts verstärkte und nur nach Morphium ruhiger Athmung wich. Während an der Kranken eigentliche Organstörungen nicht nachgewiesen werden konnten, zeigte die laryngoscopische Untersuchung, dass bei jeder Inspiration sich die Stimmbänder aneinander näherten, während sie sich bei jeder Expiration von einander entfernten. Bei der Inspiration legten sich aber die Stimmbänder nicht ihrer ganzen Länge nach aneinander, sondern es blieb am hinteren Ende der Glottis, der Pars cartilaginea entsprechend, ein dreieckiger Spalt über, also es bestand eine Lähmung des *M. arytaenoid. transvers.* Die Sensibilität in Larynx und Pharynx schien rechts etwas herabgesetzt. Bromkali, electriche Ströme, Cocain, Gymnastik hatten keinerlei Einfluss. Einmal musste während eines Anfalls intubirt werden. Zeitweilig schwanden alle Beschwerden wie auf einen Schlag. Das laryngoscopische Bild wurde normal, bis plötzlich alle Krankheits-Erscheinungen wiederkehrten.

Autor glaubt, dass Hysterie als ursächliches Moment der Affection anzusehen sei. Beschorner.

Infection durch den Streptococcus während der Influenza. (Infection par la streptocoque au cours de la grippe.) Von Dr. Hanot. (*Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance de Juillet 1893* und *Semaine médicale* No. 45.)

Der erste Fall betrifft einen 18jährigen Mann, welcher im Verlaufe eines typhösen Influenza-Anfalles von Bronchopneumonie mit pleuritischem Exsudat nebst Meningitis basilaris befallen wurde und starb. Der zweite Fall betrifft einen 25jährigen Mann, welcher im Verlauf eines typhösen Influenza-Anfalles infectiösen Pseudorheumatismus bekam; Eiterung der *Articulatio scapulo-humeralis* mit Eitersenkung in die Scheide des *Deltoideus* und *Pectoralis major*; grosser Abcess der *Regio sacro-glutaea*. Der Kranke genas und im Eiter konnte man den *Streptococcus* nach-

weisen. Bei dem ersten verstorbenen Patienten war die Infection eine allgemeine; der Streptococcus konnte in dem pleuritischen Exsudat, in der Leber, in der Lunge, in der Milz u. s. w. nachgewiesen werden.

Der Streptococcus muss also als hauptsächlichste Ursache der secundären Infectionen während der Influenza angesehen werden.

Dr. P. K.

Pachydermia laryngea. (Pachydermie du larynx.) Von Dr. F. Semon. (Société laryngologique de Londres 1893, Mai, und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Ein 42jähriger Advokat und ein 52jähriger Clergyman hatten die typische Form am Processus vocalis des linken respective des rechten Stimmbandes; die Bewegungen der Stimmbänder waren nicht beeinträchtigt und die Stimme kaum verändert; die Krankheit besteht seit drei Monaten respective einem Jahre. Ruhe, Jodkalium, Eis innerlich helfen gewöhnlich. Operative Eingriffe sind zu verwerfen wegen der oft nachher entstehenden Perichondritis. Die Krankheit wird durch fortgesetzte Excesse, namentlich in baccho unterhalten. Sie tritt sowohl linksseitig als rechtsseitig auf, gewöhnlich in der Gegend des Processus vocalis; die kraterförmige Vertiefung in der Mitte, sowie die ungestörte Beweglichkeit der Stimmbänder sind pathognomonische Symptome.

Dr. P. K.

Bacteriologische Untersuchungen über den Mumps. (Recherches bactériologiques sur les oreillons.) Von Dr. Laveran und Dr. Catrin. (Société de Biologie de Paris, Séance du 20 Mai 1893 und Semaine médicale No. 32, 1893.)

Der von den Autoren beschriebene Diplococcus wurde bei 92 mit Mumps befallenen Kranken 67 Mal, d. h. bei 72 pCt. gefunden; der Microb wurde im Exsudat der Parotis, des Hodens, im Blute, im Unterhautödem und in zwei Fällen von Arthritis gefunden. Da die Punction der Parotis und des Hodens in manchen Fällen gar keine Flüssigkeit ergab, so erklärt sich das in 25 Fällen ergebene negative Resultat. Das Experiment an Thieren misslang; da man kein Thier kennt, welches Mumps bekommen kann, so erklärt sich das negative Resultat des Thierexperimentes recht gut.

Dr. P. K.

Larynxextirpation ohne vorhergegangene Tracheotomie. (Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable.) Von Dr. Périer. (Académie de méd. de Paris, Juli 1893 und Semaine méd. No. 47, 1893.)

Chloroformnarcose trotz der bedeutenden Verengerung. Die Trachea wurde mit zwei Fäden nach oben und vorne heraufgezogen und dann quer durchschnitten; dann wurde eine mit einem langen Kautschukrohr versehene Canüle eingeführt, durch welche man die Anästhesie fortsetzte. Dann wurde der Larynx als Ganzes entfernt, nur der gesunde obere Theil der Epiglottis wurde zurückgelassen. Dann wurden beide Fäden entfernt und der obere Rand der durchschnittenen Trachea an der Hautwunde angeheftet. Nach oben wurde eine Oeffnung erhalten, um nachher einen künstlichen Kehlkopf einsetzen zu können. Patient ist bis jetzt wohl.

Dr. P. K.

Hydatidencyste der Lunge; Pleurotomie mit nachheriger Excision; Heilung. (Kyste hydatique du poumon; pleurotomie suivie d'excision ultérieure; guérison.) Von Dr. H. Delagenière. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 7 Juni 1893 und Semaine médicale No. 37, 1893.)

Links Seitenstechen mit Urticariaausschlag; die Untersuchung nebst Explorativpunction ergaben ein linksseitiges, ziemlich bedeutendes, grünlich flüssiges Exsudat. Schnitt im siebenten Intercostalraum, Verwachsung der Lunge mit der Pleura costalis, der Schnitt wurde einige Centimeter in der Tiefe fortgesetzt, bis man in eine Höhle gelangte. Drainage. Während der folgenden Tage entleerten sich Hydatidenreste. Sublimat-injectionen brachten keine Heilung. Der äussere Schnitt wurde nun vergrössert und es wurde die Resection von drei Rippen vorgenommen: 12 Ctm. der 7. und 8. Rippe nebst 10 Centimeter der 6. Rippe wurden entfernt; die Tasche, welche faustgross war, konnte nun entfernt werden. Heilung.

Dr. P. K.

Ein bei Lungentuberculose durch supraclaviculares inspiratorisches Einsinken gegebenes Symptom. (Sur un signe fourni par la dépression inspiratoire susclaviculaire, dans la tuberculose pulmonaire.) Von Dr. L. Révillet. (Semaine médicale No. 57, 1893.)

Die Schlussfolgerungen der Arbeit sind folgende: 1) Das auf einer Seite mehr als auf der anderen ausgeprägte inspiratorische Einziehen ist ein pathognomonisches Zeichen von tuberculöser Spitzenpleuritis; 2) es besteht nicht immer; es fehlt nämlich bei zugleich bestehender diaphragmatischer Pleuritis oder bei zugleich vorhandener seitlicher, mit ausgedehnten Verwachsungen einherlaufender Pleuritis; 3) das Symptom kann bei Heilung der Pleuritis und Resorption der Membranen verschwinden; 4) beim Beginn einer Lungentuberculose bestehend, kann man hoffen, dass die Krankheit auf die Pleura beschränkt bleibt, und ist die Prognose günstiger.

Dr. P. K.

Perilaryngealer Abscess vertebralem Ursprunges. Pott'sche Krankheit der Cervicalwirbel. Laryngeale Ersttickungsercheinungen als erstes Symptom der Knochenkrankung. (Abscess périaryngé d'origine vertébrale. Mal de Pott cervical. Manifestations laryngées et signes asphyxiques, premiers signes révélateurs de l'affection osseuse.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Société des laryngologistes et otologistes belges, 4. Juni 1893 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Dysphagie; Athembeschwerden, welche die schnelle Tracheotomie erheischten; Eiterentleerung vor der Eröffnung der Trachea; Eröffnung der Trachea und Einsetzen der Canüle vor der Trachea (!); trotzdem Erleichterung. Entfernung der Canüle nach 24 Stunden, antiseptischer Verband. Besserung. Nach zwei Wochen Symptom der Pott'schen Krankheit: Schmerz, Gürtelgefühl, Paraplegie, Harnretention, Reflexverlust. Tod unter starken thoracischen und cervicobrachialen Schmerzen und Asystolie. Section ergab Caries der 3 letzten Cervicalwirbel und intacten Larynx.

Dr. P. K.

Ueber den therapeutischen Werth der Kohlenhydrate im Allgemeinen und des Vasogen Klever im Besonderen, mit besonderer Anwendung bei der Behandlung der Krankheiten des Respirationstractus, namentlich der Tuberculose. (De la valeur thérapeutique des hydrocarbonés en général, spécialement des „vasogènes Klever (oxyvaseline)“, avec applications spéciales au traitement des maladies respiratoires, notamment de la tuberculose.) Von Dr. Bayer. (Communication faite à la 4ème réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Gand, Juni 1893, und Revue de laryngol. No. 14, 1893.)

Die Kohlenhydrate wurden schon im Alterthum gebraucht, sind aber später in Vergessenheit gerathen; die Vasogene sind nichts anderes als mit Sauerstoff getränkte Kohlenhydrate. Verf. hat das Vasogen mit Menthol, mit Jodoform, mit Creosot, mit Ichthyol, mit Creolin, mit Camphor, mit Terpentin, mit Eucalyptus und mit Pyocetanin angewandt. Diese Präparate wurden auf der Haut, auf den Schleimhäuten, innerlich und in der Chirurgie angewandt: Auf der Haut interessirt uns am meisten die günstige Wirkung der Einreibungen mit Vasogen und Creosot bei tuberculösen Processen. Auf den Schleimhäuten bestand die Anwendung in Einreibungen, Injectionen, Pulverisationen und Gurgeln; angewandt wurden mit dem Vasogen, Menthol, Jodoform, Creosot, Creolin mit dem besten Erfolge. Die interne Behandlung bestand blos in Vasogen mit Creosot bei Tuberculose und Bronchitis mit Asthma und Husten; der Erfolg war besser, als bei der endermatischen Methode. In der Chirurgie wird das Vasogen mit Jodoform mit dem besten Erfolge angewandt.

Dr. P. K.

III. Kritik.

Handbuch der Ohrenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Schwartze, Königl. preuss. Geh. Medicinalrath und Director der Königl. Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S. II. Band. Mit 177 Abbildungen im Text. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1893. (Schluss.)

Bei der Exostosenoperation führt Verf. zunächst die Indicationen an, und zwar:

„1) wenn die Exostose den Gehörgang fast verschliesst, mit Mittelohreiterung complicirt ist und bereits Zeichen von Eiterretention vorhanden sind.“

„2) wenn beide Gehörgänge durch Exostosen völlig oder fast völlig verlegt sind und dadurch hochgradige Schwerhörigkeit herbeigeführt ist;“

„3) wenn es bei einseitiger Exostosenbildung zur Ulceration der Haut und zur Granulationsbildung gekommen ist;“

„4) wenn bei einseitiger Exostosenbildung mit dadurch bedingter hochgradiger Schwerhörigkeit das zweite Ohr aus anderen Ursachen unheilbar taub ist.“

So sehr wir die letzten drei Indicationen in ihrer ganzen Bedeutung acceptiren, so können wir andererseits der Einengung, welche die sub 1 angeführte Indication durch den Nachsatz „und bereits Zeichen von Eiterretention vorhanden sind“, nicht zustimmen. Wir glauben, dass man es bis zum Eintritt der Eiterretention nicht kommen lassen darf und

dass man in allen Fällen, wo die Exostose den Gehörgang fast verschliesst, wenn Mittelohreiterung, namentlich chronische Mittelohreiterung besteht (um die stete Gefahr der Pyämie abzuwenden), ehestens die Operation vorzunehmen hat. Dass übrigens nicht allein die Mittelohrentzündung, sondern auch Entzündung im äusseren Gehörgange, wenn sie Otorrhoe erzeugt, bei derartigen Exostosen dieselbe Bedeutung haben kann, und gerade so die Indication für die Operation geben kann, leuchtet wohl ein. — Was Verf. über die Operationsmethoden, sowie über die Nachbehandlung sagt, wird gewiss den Beifall aller Jener finden, welche auf diesem Gebiete Erfahrung besitzen.

Bei der operativen Entfernung der Fremdkörper aus dem Ohre wird zunächst die Entfernung nach Ablösung der Ohrmuschel und die von Gruber zuerst empfohlene Abmeisselung der hinteren oberen Gehörgangswand besprochen. Bei Einklebung des Fremdkörpers in der Paukenhöhle soll bei günstigen Verhältnissen im Gehörgange die Abmeisselung des knöchernen Trommelfellringes vom intacten Gehörgange aus (Kessel) gemacht werden. Den Vorschlag Zaufal's: in Fällen, wo Schwellung der Gehörgangshaut, besonders der oberen und hinteren Wand, das Hinderniss für die Entfernung abgiebt und *Indicatio vitalis* besteht, Theile des häutigen Gehörganges zu extirpiren, um sich dadurch den Zngang zur Paukenhöhle zu verschaffen, wird gleichfalls erörtert. Den vor nahezu 30 Jahren von Gruber gegebenen Rath, solche Fremdkörper, welche ohne weitere Gefahr für den Organismus getragen werden können, wenn sie sonst nicht lästige oder gar gefährliche Erscheinungen veranlassen, im Ohre zu belassen, wenn sie nicht ohne tief eingreifende Operation zu entfernen sind, stimmt Verf. bei.

Die Paracentese des Trommelfells findet Verf. angezeigt: I. zur Entleerung von Exsudatanhäufungen in der Paukenhöhle; II. zur Hörverbesserung bei Spannungsanomalien des Trommelfells; III. als antiphlogistisches Mittel bei *Myringitis acuta*, wo eine hochgradige Schwellung des dunkelblaurothen Trommelfells am stärksten im hinteren oberen Quadranten besteht neben unerträglichen Schmerzen; IV. als diagnostisches Hilfsmittel, wo die Diagnose auf Exsudatanhäufung in der Paukenhöhle zweifelhaft bleibt, bei Obliteration derselben durch Bindegewebswucherung, bei Ankylose des Hammer-Ambosgelenkes, bei Verwachsung der Tuba Eustachii; ferner als vorbereitende Operation zur Tenotomie des *Tensor tymp.*, zur Trennung von Synechien des Trommelfells, zur Entfernung intratympanaler Polypen.

Unter diesen Indicationen ist die sub III angeführte nach Ansicht des Ref. nicht ganz unanfechtbar. Bekanntlich empfahl Gruber bei derartigen sehr schmerzhaften Trommelfellentzündungen die Scarification der Weichgebilde in der nächsten Nähe des Trommelfells, zunächst an der oberen und wenn nöthig auch an anderen Wandungen des Gehörganges. Auf diese Weise werden, wenn die Schnitte senkrecht auf die Längsaxe der Gehörgangswand geführt werden, sowohl zu- als abführende Blutgefässe des Trommelfells, bevor sie die Membran erreichen oder sie als Venen bereits verlassen haben, durchtrennt; die Depletion kann auf die Weise erzielt werden, ohne die Membran selbst zu durchtrennen und der Erfolg ist gewiss kein geringerer, als wenn die Membran selbst durchtrennt wird.

Die Furcht des Verfassers vor den tenotomartigen Instrumenten zur Paracentese können wir nur aus dem Umstande erklären, dass Verf. immer mit Lanzennadeln operirt. Referent hat gewiss mehrere tausend Male mit dem Gruber'schen tenotomartigen Myringotom operirt und Andere operiren gesehen, ohne auch nur ein Mal das unangenehme Ereigniss einer erheblichen Verletzung der Trommelhöhlenschleimhaut zu beobachten, während er andererseits öfter bei Benutzung von Lanzennadeln, wenn der Kranke etwas unruhiger war, unregelmässige Schnittwunden beobachtete. Der geübte Operateur wird mit jedem der bekannten Instrumente die Operation leicht und kunstgerecht vollführen, für den Nichtgeübten halten wir das tenotomartige Myringotom für handlicher. Ref. ist der Meinung, dass mit den letztgenannten Instrumenten die Schnittwunde viel leichter in der entsprechenden Länge ausgeführt werden kann, und thatsächlich befindet sich ein eigenes, vorn abgerundetes Dilatationsmesser, dessen Gebrauch Verf. bei zu klein ausgefallener Schnittwunde empfiehlt, in seinem Instrumentarium gar nicht vor.

Bei Schilderung der Durchschneidung der pathologischen hinteren Trommelfellfalte vermissen wir die von Gruber empfohlene parallele Durchschneidung, welche bei starker Schrumpfung des hinteren Trommelfellsegmentes, wie eine solche bei lange bestehender Einziehung der Membran mit starker Verschiebung des Hammergriffes nach hinten oft beobachtet wird, ungleich mehr leistet, als die senkrechte Durchschneidung. Erwähnenswerth wäre auch gewesen die mehrfache Durchschneidung der hinteren Falte, wie sie der genannte Kliniker empfahl und die zuweilen mit mehr Nutzen, als die einfache Durchschneidung geübt wird.

Die Tenotomie des Tensor tympani und Stapedius muss, wie auch Verfasser anzunehmen scheint, noch lange versucht und in ihren Resultaten studirt werden, bevor ein endgiltiges Urtheil über deren Werth abgegeben werden kann. Dass Weber-Liel s. Z. in der Aufstellung von Indicationen für die Tenotomie des Tensor tymp. zu sanguinisch vorging, wurde gleich, nachdem diese Indicationen verlaublich wurden, in Wort und Schrift geäussert. Immerhin bleibt es das Verdienst Weber-Liel's, diese Operation, die sich gewiss in der operativen Otiatrik erhalten wird, zuerst ausgeführt zu haben. Dass die Operation thatsächlich von Nutzen sein kann, beweist am besten der Umstand, dass Collegen, welche vor 20 Jahren ihre enragirtesten Gegner waren, ihr jetzt das Wort reden. Die Art und Weise, wie Verfasser diese Operationen bespricht, namentlich wie er die neuerdings von Kessel aufgestellten Indicationen beleuchtet, zeigt, dass in dieser Frage das letzte Wort noch lange nicht gesprochen ist. Vollkommen beipflichten müssen wir Schwartz, wenn er die Besprechung der Durchschneidung der Stapediussehne mit der Mahnung schliesst, sich nicht leichtfertig zur Durchschneidung der freiliegenden Stapediussehne zu entschliessen.

Bei Besprechung der operativen Trennung von Synechien des Trommelfells empfiehlt Verf. zur Trennung der flächenhaften Verwachsungen statt des Synechotoms kleine scharfe Löffel mit stumpfwinkligem Stiele, mit denen man am leichtesten nach Durchtrennung des freien Randes der verwachsenen Stelle die angelöthete Partie lösen kann. Dass Verf. der von Gruber empfohlenen mehrfachen Durchschneidung

des Trommelfells keine Erwähnung thut, kann nur darin seinen Grund haben, dass er diese Operation nicht geübt hat. Von ihrer Nützlichkeit haben uns vielfache Versuche hinreichend überzeugt.

Für die „Excision der Gehörknöchelchen“ giebt Verfasser folgende Indicationen:

a) als Heilmittel chron. Eiterung der Paukenhöhle ohne Rücksicht auf das noch vorhandene Hörvermögen:

1. bei Caries des Hammers und Ambossee;
2. bei chron. Eiterung im Atticus tympanicus auch ohne bestimmte Zeichen für Caries am Hammer und Ambos;
3. bei Cholesteatomen in der Paukenhöhle;

b) zur Hörverbesserung und Beseitigung subjectiver Ohrgeräusche:

1. bei Fixation des Hammers durch totale Verkalkung des Trommelfells, durch Ankylose des Hammer-Ambossegelenkes oder durch Synechie des Trommelfells mit dem Promontorium, sofern tiefer gelegene Hindernisse der Schallzuleitung zu den Labyrinthfenstern, namentlich Synostose des Steigbügels durch den hörverbessernden Effect der Probeincision des Trommelfells, und Complication mit Labyrinthaffectionen resp. Nerventaubheit durch genaue qualitative Hörprüfung ausgeschlossen werden können; Vocalgehör muss noch vorhanden sein;
2. bei unheilbarer Verwachsung der Tuba Eust., sobald erwiesen ist, dass durch die Probepunction des eingesunkenen Trommelfells eine wesentliche temporäre Hörverbesserung unter gleichzeitiger Abflachung des Trommelfells entsteht (?);
3. bei Sclerose der Paukenhöhle ohne Zeichen von Nerventaubheit, wenn durch den Catheterismus jedes Mal eine objectiv messbare, aber schnell vorübergehende Hörverbesserung und Nachlass des Ohrensausens erfolgt und der gleiche Effect erzielt wird durch die Probeincision des Trommelfells (?).

Verf. schildert dann die verschiedenen Methoden, wie sie bei der Extraction der Gehörknöchelchen üblich sind, und zwar: die Extraction vom Gehörgange aus und die von Stacke empfohlene Methode, nach welcher die Extraction der Gehörknöchelchen nach Ablösung und Vorklappung der Ohrmuschel und Auslösung des häutigen Gehörganges mit Abmeisselung der äusseren Atticuswand und des medialen Theiles des Gehörganges nach hinten oben stattfindet. Verf. meint, dass in jenen Fällen, wo der otoscopische Befund wahrscheinlich macht, dass es sich um isolirte Caries der Gehörknöchelchen handelt, die Extraction vom Gehörgange aus vorzuziehen sei, und wo Zweifel bestehen, ob eine weiter verbreitete Erkrankung des Knochens vorliegt, soll man sich auch zunächst mit der weniger eingreifenden und leichter ausführbaren Excision der Gehörknöchelchen vom Gehörgange aus begnügen und abwarten, ob dieselbe nicht zur Heilung ausreicht. Ist dies nicht der Fall, kann man auch nach einigen Wochen oder Monaten die Aufmeisselung des Atticus oder Antrum vornehmen.

Als üble Zufälle und Folgen dieser seien zu betrachten: Blutung während der Operation, die aber in der Regel leicht gestillt werden kann; Zerreißung und Zerrung der Chorda tymp. mit Geschmacksanomalien, welche aber gewöhnlich nach einigen Wochen oder Monaten wieder

schwinden; Facialislähmungen, welche gleichfalls nach Verlauf von einigen Wochen schwinden; Schwindel, welcher mitunter gleich nach der Operation, zuweilen auch später sich einstellt und gleichfalls nach kurzer Zeit wieder aufhört; und endlich die unwillkürliche Extraction solcher Gehörknöchelchen, deren Entfernung nicht beabsichtigt war. Verf. führt sechs Fälle von unabsichtlicher Stapesextraction an, aus welchen sich die wichtige Thatsache ergibt, die auch von anderen Beobachtern constatirt wurde, dass mit der Auslösung dieses Gehörknöchelchens der Verlust des Hörvermögens nicht unausweichlich verbunden ist.

Bei der Nachbehandlung warnt Verf. vor der Anwendung des Irrigators in jenen Fällen, wo der Steigbügel mitentfernt wurde, damit das Spülwasser nicht in's Labyrinth gelange.

Was den Werth der operativen Entfernung der Gehörknöchelchen betrifft, stimmen wir mit dem Verf. vollkommen überein, wenn er die Operation angezeigt findet bei nachweisbarer Caries der Knöchelchen oder wenn die otoscopischen Merkmale eine solche auch nur vermuthen lassen und unsere anderweitigen Heilmethoden gegen die krankhaften Erscheinungen ohne Erfolg in Anwendung gekommen sind; als Mittel zur Hörverbesserung und Beseitigung subjectiver Ohrgeräusche hingegen dürfen wir nach Ansicht des Referenten, da der schliessliche Erfolg unseres Eingreifens im vorhinein durchaus nicht festzustellen ist, die Operation nur dann unternehmen, wenn nach genauer Information des Kranken über alle Chancen derselbe die Operation durchaus wünscht. In dem einen oder anderen Falle werden wir dann gewiss auch noch einen Erfolg erzielen; bei der Unsicherheit unserer Prognose jedoch darf der Arzt die ganze Verantwortlichkeit nicht allein tragen.

Die Lehre von der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes (Mastoidoperation), bekanntlich das Gebiet, auf welchem sich Schwartzes unsterbliche Verdienste erworben, leitet er zunächst mit den in seinen früheren Arbeiten über diesen Gegenstand aufgestellten Indicationen ein, die er in höchst lehrreicher Weise des Weiteren erörtert. Es wird wohl heut zu Tage kaum einen gebildeten Ohrenarzt geben, der die Publicationen Schwartzes über den fraglichen Gegenstand nicht kennen würde. Bei dem grossen Umfange, den unsere Besprechung bereits angenommen, müssen wir uns versagen, näher einzugehen und wollen nur darauf aufmerksam machen, dass auch Diejenigen, welche die Frage aus eigenem Studium kennen und auf operativem Gebiete grosse Erfahrung gesammelt haben, dieses Kapitel mit grossem Interesse lesen werden. Jeder Absatz der Abhandlung verräth echt wissenschaftlichen Geist, und wo der Autor die klinische Thätigkeit beleuchtet, erkennen wir den höchst erfahrenen, nüchternen Beobachter und ausgezeichneten Operateur, der bei Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden genau zu sichten versteht. Was Verf. bei dieser Gelegenheit über die von Küster empfohlene Methode sagt, dem muss Ref. wörtlich beipflichten. Diese Operationsweise wurde auch vom Referenten seit Jahren in den geeigneten Fällen geübt, und zwar dann, wenn die hintere obere Gehörgangswand cariös afficirt war oder wenn die Vermuthung einer solchen Affection vorlag. Diese Methode als die typische einzubürgern, wäre schon deshalb nicht rätlich, weil die unnötige Entfernung der knöchernen Gehörgangswand ganz gewiss die Heilung unnützer Weise verzögert.

Mit kleineren Abhandlungen über operatives Verfahren bei Phlebitis sinus transversi ex otitide, in welchem Verf. auch die von Zaufal bei Sinusthrombose in Vorschlag gebrachte Unterbindung der Vena jugularis als practisch höchst werthvoll anerkennt und über Operation des otitischen Hirnabscesses, wo Verf. die Erfahrungen Anderer und seine eigenen über diesen Gegenstand mittheilt, schliesst er die Operationslehre, mit der er unsere Literatur in eminenter Weise bereicherte.

Im XIII., zugleich letzten Kapitel schildert Wilhelm Meyer in Kopenhagen die Geschichte der Ohrenheilkunde bis zur zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts. Die ganze Abhandlung nimmt 40 Druckseiten ein, erzählt uns aber so Vieles und in einer so anziehenden und vornehmen Weise, dass wir sie geradezu als ein Meisterstück historisch-literarischer Thätigkeit erklären müssen. Was in neuerer Zeit auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde geleistet wurde, brauchte unser eminenter Historiker nicht zu erzählen: das vorliegende Werk, als dessen Mitarbeiter er mit seiner Abhandlung erscheint, verkündet auf jeder Seite die ebenso emsige als erfolgreiche Thätigkeit der Ohrenärzte der neueren Zeit.

So schliessen wir denn unsere Besprechung dieses Werkes, welches von der Verlagshandlung in sehr schöner Weise ausgestattet ist und gewiss die weiteste Verbreitung finden wird. G.

Notizen.

Deutsche otologische Gesellschaft.

Die dritte Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft wird in diesem Jahre in Bonn, und zwar vom 11. bis 14. Mai stattfinden. Die Mitglieder der Gesellschaft, sowie auch diejenigen Herren Collegen, welche gelegentlich der diesjährigen Verhandlungen der Gesellschaft beitreten wollen, werden gebeten, ihre Anmeldung sowie die Themata der beabsichtigten Vorträge und Demonstrationen bis zum 20. April d. J. an den Unterzeichneten gelangen zu lassen. Das ausführliche Programm wird den Theilnehmern Ende April zugesendet werden.

Im Auftrage des Vorstandes ladet hierzu ergebenst ein

Walb.

VII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie.

Die Vorarbeiten dieses vom 1.—9. September d. J. in Budapest abzuhaltenden Congresses schreiten rasch vorwärts. Das Interesse, welches das Ausland dem Congress entgegenbringt, wird am besten durch jene 362 hygienischen und 78 demographischen, insgesamt also 440 Vorträge documentirt, welche schon bisher, also 6 Monate vor der Eröffnung des Congresses, ausschliesslich durch ausländische Gelehrte angemeldet wurden.

Die Zahl der Sectionen des Congresses ist um eine vermehrt worden. Unter dem Titel „Allgemeines Samaritaner-Wesen“ hat sich nämlich als XX. Section der hygienischen Abtheilung der Samaritisch-Congress

angeschlossen; derselbe wird die in dieses Gebiet gehörenden wichtigen Fragen hoffentlich endgiltig erledigen; resp. es wird die Organisation dieser grossen internationalen Angelegenheit von hier ausgehen.

Das Interesse des Congresses wird erhöht und der Erfolg wesentlich gefördert werden durch den Umstand, dass die deutschen Eisenbahnärzte und die Gesellschaft der Leichenverbrenner ihre diesjährige Zusammenkunft im Anschlusse an den Congress in Budapest abhalten werden.

Schon bisher haben zahlreiche hervorragende Vereine, Stadtbehörden und Universitäten ihre Vertreter für den Congress bezeichnet.

Der Congress wird durch Se. Hoheit den Erzherzog Karl Ludwig persönlich eröffnet werden. Der Begrüssungsabend wird im Garten und Gebäude des Museums, dem klassischsten Platze der Haupt- und Residenzstadt, abgehalten werden. An einem Congresstage wird die Haupt- und Residenzstadt in sämtlichen Sälen der hauptstädtischen Redoute einen Empfangsabend in grossem Stil veranstalten.

Der 6. September ist für kleinere Ausflüge reservirt; hierher gehören die systematische Besichtigung der öffentlichen Institute, andererseits Ausflüge nach Balatonfüred-Siófok, auf Einladung des Grafen Nikolaus Eszterházy nach Totis, ferner auf den Schwabenberg, auf die Margareten-Insel u. s. w.

Der Plan der nach dem Congress zu veranstaltenden Ausflüge ist erweitert worden, indem ausser der Reise nach Constantinopel und Belgrad Ausflüge nach Schmecks, nach Agram-Fiume und nach Bosnien und der Herzegowina in's Programm aufgenommen wurden.

I N H A L T.

I. Originalien: Eulenstein: Die diagnostische Verwerthbarkeit der Percussion des Warzenfortsatzes. — Winckler: Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhlen-Eiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden? (Schluss). — Kayser: Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (Schluss). — II. Reférate: a) Otologische: Kayser: Ein Fall von Taubheit nach Kohlenoxydvergiftung. — b) Rhinologische: Luc: Bemerkung über eine seltene Art von Myxoma nasal. — Dalby: Nasendouche oder Naseneinspritzung? — Dreyfuss: Beitrag zum Studium der Nasen-Eiterungen. — Kayser: Ueber Rhinosclerom. Ein Fall von hysterischer Stimmheit. Papillome des Larynx. — c) Pharyngo-laryngologische: Couetoux: Vollständige Adhärenz des Gaumensegels. — Baber: Myxödem mittelst Nahrung mit frischer Glandula thyroidea behandelt. — Semon: Tabes dorsalis; doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer mit Lähmung der Thyroarytaenoidei intern von zwölfjähriger Dauer. — Jaccoud: Ueber die Angina pseudomembranacea mit Pneumococcen. — Scheier: Inverse Bewegung der Stimmbänder. — Hanot: Infection durch den Streptococcus während der Influenza. — Semon: Pachydermia laryngea. — Laveran und Catrin: Bacteriologische Untersuchungen über den Mumps. — Périer: Larynxextirpation ohne vorhergegangene Tracheotomie. — Delagenière: Hydatidencyste der Lunge; Pleurotomie mit nachheriger Exsection. — Révillet: Ein bei Lungentuberculose durch supraclaviculares inspiratorisches Einsetzen gegebenes Symptom. — Gouguenheim: Perilaryngealer Abscess vertebralen Ursprunges. Pott'sche Krankheit der Cervicalwirbel. Laryngeale Erstickenerscheinungen als erstes Symptom der Knochenkrankung. — Bayer: Ueber den therapeutischen Werth der Kohlenhydrate im Allgemeinen und des Vasogen Klever im Besonderen. — III. Kritik: Schwartz: Handbuch der Ohrenheilkunde (Schluss). — Notizen: Deutsche otologische Gesellschaft. — VII. intern. Congress für Hygiene und Demographie.

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

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblenz),
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gempers (Wien), Dr. Helmze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Juras (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Ouedi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfing (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

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

Dr. N. RÜDINGER

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
Müncten.

Dr. v. SCHRÖTTER

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ 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. XXVIII.

Berlin, April 1894.

No. 4.

I. Originalien.

Ueber Entfernung von Fremdkörpern aus dem Gehörgang.

Von

Dr. C. Ziem.

1. Fall. Am 31. Januar 93 wurde ich wegen eines 8jähr. Knaben consultirt, der sich eine Erbse in den Gehörgang hineingesteckt hatte und bei welchem Versuche, dieselbe zu entfernen, und zwar mittelst eines Hakens, anderwärts schon vorgenommen worden waren, unter ziemlich reichlicher Blutung. Es fand sich eine ziemlich starke, den Fremdkörper fest einschliessende Anschwellung des Gehörgangs, so dass es auch mir zunächst nicht möglich war, jenen zu entfernen, weder durch forcirte Einspritzungen mittelst der Druckpumpe und in Seitenlage oder Rückenlage des Kranken bei abwärts hängendem Kopfe, so wie dies nach Voltolini's Vorgang beispielsweise in einem früher schon beschriebenen Falle auch mir gelungen ist¹⁾ —, noch nach Einführung eines Irishäkchens hinter den Fremdkörper, obwohl hierbei ein Stückchen von letzterem abgerissen und das Instrument bei den gewaltsamen Tractionen ganz difform geworden war. Es wurde deshalb das gleichfalls

¹⁾ Diese Monatsschrift 1887, No. 5.

von Voltolini zuerst empfohlene Verfahren²⁾ angewendet, in die Erbse mittelst des Galvanocauters ein Loch zu brennen, um sie so zu verkleinern. Obwohl ich eines sehr feinen, blitzschnell erglühenden Cauters mich bediente, war das Verfahren hier doch schmerzhafter, als es in Voltolini's Fällen gewesen ist und die auf die Umgebung ausstrahlende Wärme wurde auf der geschwollenen, schon so viel maltrairten Haut des Gehörgangs bei jedem Hineinbrennen in die Erbse recht übel vermerkt: eine Verletzung der Wandung selbst mittelst des Cauters hat natürlich nicht stattgefunden. Nach 2- oder 3maliger Cauterisation der Erbse musste von weiteren Eingriffen zunächst abgesehen werden. Zur Verminderung der Schwellung liess ich warmes Oel eingiessen. Am nächsten Tage, sofort beim Eintreten in mein Zimmer, erklärte der Vater des Kranken, ein intelligenter Arbeiter der Gewehrfabrik, der auch sehen gelernt hat, dass das in die Erbse gebrannte Lochchen nicht mehr, wie Tags zuvor, genau in der Mitte des Gehörgangs, sondern jetzt nahe der hinteren Wand desselben liege. So war es auch: die Erbse hatte sich mit der durch das Cauterisiren gekennzeichneten, schwarzen Stelle um eine senkrechte Achse nach hinten gedreht. Die Cauterisation wurde, und zwar wieder in die Mitte der jetzt vorliegenden Kugelfläche, wiederholt, ausserdem Oel weiter eingegossen. Am nächsten Tage brachte der Kranke die Erbse mit, die Morgens ganz vorn am Eingange des Gehörgangs sich befunden und so von der Mutter ohne Weiteres hatte entfernt werden können. Eine jetzt festgestellte Perforation des Trommelfells war nach kurzer Zeit ausgeheilt unter vollständiger Wiederkehr des Hörvermögens.

Die hier beobachtete Drehung und Selbstentwicklung der Erbse muss auf 3 Momente zurückgeführt werden: 1) zunächst ist nach dem Brennen des Lochs in dieselbe jedenfalls eine gewisse, an und für sich allerdings nicht grosse, aber doch nicht ganz unwesentliche Schrumpfung der Erbse eingetreten, die zu einer Lockerung derselben innerhalb der angeschwollenen und wie einschnürenden Wandung des Gehörgangs geführt hat; — 2) durch das Oel ist eine Abschwellung der Haut des Gehörgangs erzielt worden, unter weiterer Lockerung des Fremdkörpers; — 3) auch die Muskulatur des Gehörgangs, des Tragus und Antitragus ist hier von Bedeutung. In letzterer Hinsicht ist eine Beobachtung zu erwähnen, die an einem im ärztlichen Vereine zu Danzig im Jahre 1887 von mir vorgestellten, etwa 12jährigen Knaben von allen Anwesenden hat bestätigt werden können, dass nämlich beim Schliessen der Lider synergisch auch die äussere Ohröffnung verschlossen wurde durch eine Drehung des Tragus um die senkrechte Achse, der Art dass die Vorderwand des Gehörgangs an dieser Stelle nun nach aussen sich bewegte³⁾: die Beobachtung giebt einen guten Beweis für die Richtigkeit der aus dem anatomischen Verhalten jener kleinen Muskeln von Tataroff unlängst abgeleiteten Anschauung, dass die Function derselben in einer Verengung des äusseren Gehörgangs bestehe⁴⁾, woraus also ohne Weiteres

²⁾ Die Anwendung der Galvanocaustik u. s. w. 1892, Seite 297, und diese Monatsschrift 1869, No. 7.

³⁾ Der Fall soll noch ausführlich beschrieben werden.

⁴⁾ Archiv für Anatomie von His und Braune 1887, S. 55.

folgt, dass diese Muskulatur auch auf den Inhalt des Gehörgangs, hier die Erbse, eine austreibende Einwirkung hat ausüben können, nachdem dieselbe nach Verkleinerung ihres Volumens und nach Abschwellung der Haut des Gehörgangs, beweglich und rotationsfähig geworden war. Schon Voltolini hat in den zwei Fällen, in denen er den Caüter auf Fremdkörper (Johannisbrotkern, Lupine) hatte einwirken lassen, ein allmähliges Hervortreten und schliessliche Selbstentwicklung derselben beobachtet, diese Erscheinung aber als Druckwirkung Seitens der angeschwollenen Wandung des Gehörgangs auf den verkleinerten Fremdkörper aufgefasst, doch halte ich meine Erklärung für die richtigere, besonders auch im Hinblick auf den jetzt zu schildernden

2. Fall. Vor einigen Wochen wurde mir vom Herrn Collegen Dr. Werner in Danzig eine Frau zugewiesen, die wegen Zahnschmerzen eine gebrannte Kaffeebohne in den Gehörgang sich eingeführt hatte. Der Herr College hatte schon einige Versuche gemacht, dieselbe mittelst eines Häkchens zu entfernen, wobei es etwas geblutet hatte. Ich fand eine mässig starke Anschwellung der Wandung um die Bohne herum, machte einige Einspritzungen mittelst der Druckpumpe, ohne jedoch den Fremdkörper herauszubefördern. Es wurde nun einfach mehrere Nächte Oel eingegossen, für den Nothfall die Zerkleinerung mittels des Caüters in Aussicht genommen: nach ein paar Tagen ist die Bohne von selbst herausgefallen.

Offenbar ist hier durch das Oel die Schwellung vermindert bzw. beseitigt und der Weg schlüpfrig gemacht worden, so dass eine wohl nur sehr geringe Action der Muskulatur des Tragus und Antitragus noch hinzukommen brauchte, um den Fremdkörper auszutreiben: es hat also nicht sowohl die Schwellung, in Voltolini's Sinne, günstig eingewirkt, als vielmehr die Abnahme derselben und die jetzt ermöglichte Bethätigung der betreffenden Muskulatur.

Für Jeden, der die grosse Beweglichkeit wie der Ohrmuschel im Ganzen, so besonders auch des Tragus und Antitragus bei untertauchenden Säugethieren, bei Seehunden, Nilpferden und dergl. jemals gesehen, wird die hier gegebene, auf physiologische Thatsachen sich stützende Erklärung um so ansprechender sein, als in analoger Weise, durch Contraction der Bronchialmuskulatur, bekanntlich auch Fremdkörper aus einer Tracheotomie-Wunde öfters herausbefördert werden. Es ist nur zu bedauern, dass die Herrschaft der Mode, die Einwirkung enger Hüte auf die Oberohrgegend bei Männern, der Hutbänder auf die ganze Ohrgegend bei Frauen jene Muskulatur im Allgemeinen so wenig zur Entwicklung kommen lässt.

Das im zweiten Fall befolgte, einfache Verfahren, das Eingiessen von Oel, sollte in ähnlichen Fällen stets zuerst versucht werden, mit Lagerung des Betreffenden auf das den Fremdkörper bergende und mit einer Wattelage bedeckte Ohr.

Aus dem bacteriologischen Institut des Kindlein Jesus-Hospitals
zu Warschau.

Beitrag zur Aetiologie der sogen. schwarzen Zunge.

Vortrag, gehalten in der laryngol. Gesellschaft zu Warschau
im November 1893

von

Dr. Johann Sendziak aus Warschau.

Unter dem Namen „schwarze Zunge“ (*lingua nigra* s. *nigrities linguae*) verstehen wir den pathologischen Process, welcher sich durch das Erscheinen des mehr oder weniger verbreiteten gefärbten Fleckens auf der oberen Fläche der Zunge in der Nähe der Basis vorn an den *papillae circumvallatae* characterisirt. Dieser Fleck hat gewöhnlich eine schwarze Farbe — mitunter ist er braun und sogar gelb (Dinkler), von unregelmässig-ovaler oder dreieckiger Gestalt — ist glatt oder meistens von ungleicher behaarter Oberfläche (schwarze Haarzunge, Brosin; *Melanorrhichie linguale*, Surmont).

Dieser Process ist von acutem (ein paar Tage), oder chronischem (wenige Monate — sogar Jahre) Verlauf. Dieses Leiden ist selten — bis zu den letzten Zeiten fast gar nicht bekannt. Erst seit einigen Jahren treffen wir überhaupt in der englischen und deutschen Literatur Beschreibungen dieser Krankheit.

Von den Handbüchern über die Krankheiten der Mundhöhle, in welchen sich mehr oder weniger ausführliche Artikel über die schwarze Zunge befinden, müssen wir vor Allem Butlin aus London citiren — den Verfasser der ausgezeichneten Monographie über die Krankheiten der Zunge (1885 — 1887), später Schech, den berühmten Spezialisten aus München (1890, III. Ausgabe), Bresgen aus Frankfurt am Main (1891, II. Auflage) — schliesslich das Neueste von Rosenberg aus Berlin (1893). Ausserdem schrieben die folgenden Autoren noch über dieses Thema: In England: Stocker¹⁾ (1886), Balfour Graham²⁾ (1887), Masters³⁾ (1891), Anderson Smith⁴⁾ (1891), Lake⁵⁾ (1891). — In Deutschland: Schech⁶⁾ (1887), Roth⁷⁾ (1887), Bernhardt⁸⁾ (1888), Brosin⁹⁾ (1888) und Dinkler¹⁰⁾ (1889). — In Frankreich: Surmont¹¹⁾ Wollerand¹²⁾ und Lannois¹³⁾ 1888). In Russland existirt nur eine

1) „Black tongue“, *Brit. Med. Journ.* 1886, October.

2) „Black tongue“, *Brit. Med. Journ.* 1887, Januar.

3) „Black tongue“, *Brit. Med. Journ.* 1891, pag. 1043.

4) „Black tongue“, *Brit. Med. Journ.* 1891, pag. 1043.

5) „Black tongue“, *Brit. Med. Journ.* 1891, pag. 946.

6) „Die schwarze Zunge“, *Münch. Med. Wochenschr.* 1887.

7) „Ueber haarförmige Bildungen an der Zunge“, *Wien. Med. Presse* 26—27, 1887.

8) „Zur schwarzen Haarzunge“, *Ref. im Int. Centr. f. Lar.* 1887/88, pag. 89.

9) „Ueber die schwarze Haarzunge“, *Ref. im Int. Centr. f. Lar.* 1888/90, pag. 108—388.

10) „Ein Beitrag zur Pathologie der sogen. schwarzen Haarzunge“, *Virch. Arch.* 118, I. Heft.

11) „La langue noire“, *Gaz. des Hôp.* (cit. bei Ciag. und Hew.).

12) „Sur la langue noire papillaire“, *Virch.'s und Hirsch's Jahrb.* 25.

13) „Sur la langue noire“, *Ann. de mal. du Lar.* 1888, pag. 568.

Arbeit von Gundobin¹⁴⁾ (1888). — Schliesslich sind von unseren (polnischen) Verfassern zwei Arbeiten geschrieben: eine von Professor Rydygier aus Krakau¹⁵⁾ (1892), die zweite von Ciągłinski und Hewelke¹⁶⁾ aus Warschau (1892).

Worauf beruht das Wesen der sogenannten schwarzen Zunge? Was ist ihre Aetiologie? Das ist bis jetzt noch nicht bestimmt bekannt. Es ist nur bekannt, dass dieses Leiden häufiger bei Männern als bei Frauen und gewöhnlich im vorgeschrittenen Alter (83 Jahre in Butlin's Falle, 66 in einem von meinen Fällen) vorkommt, obgleich nicht immer. Es kommt auch bei kleineren Kindern vor (in Rydygier's Falle ein 4jähr. Mädchen).

Einige Verfasser bringen diese Affection mit dem Tabak-Missbrauch in Verbindung. Jedenfalls muss dieser „Abusus“ eine gewisse prädisponirende Rolle in der Entstehung der schwarzen Zunge haben, weil das Leiden meistens bei Männern, und namentlich bei stark rauchenden Männern vorkommt, wie das u. A. in einem meiner Fälle und in einem von Ciągłinski und Hewelke beobachteten der Fall war. Andere schreiben diese ätiologische Verbindung der gestörten Verdauung zu. Es giebt sogar auch Einige (Hutchinson), welche hier eine Simulation supponiren. — In Lédiard's Falle war zugleich Krebs der Zunge vorhanden. — Dinkler beobachtete die schwarze Zunge nach Scharlachfieber; auch bei Diabetes mellitus beobachtete man sie.

Das Wesen der schwarzen Zunge erblickt die Mehrzahl der Verfasser (Rosenberg, Bresgen, Schech, Brosin, Surmont, Wollerand, Rydygier etc.) einzig in der Hypertrophie des Epitheliums der Papillae filiformes mit secundärer Verhornung (Hyperkeratosis; Brosin, Schech). Die schwarze Färbung soll von der Vergrösserung des hornigen Pigments, welches sich in den normalen hornigen Zellen befindet, herrühren, und je älter, trockener, härter die hornige Schicht ist, desto dunkler ist die Färbung (von gelb bis schwarz). Obgleich mehrere von den obigen Verfassern (Schech, Rydygier) bei der Untersuchung verschiedene Bacterien: Leptothrix, Coccen, Bacillen etc. fanden, so betrachteten sie diese doch nur als zufällige, nichts mit dem Wesen des eigentlichen pathologischen Processes gemeinhabende Erscheinungen.

Dennoch kam einigen Autoren der Gedanke von dem parasitären Ursprung der sogenannten schwarzen Zunge. So z. B. betrachteten Dessois und Sell dieses Leiden als Mycosis, als einen pathologischen Process, welcher von dem sogenannten Glossophyten bedingt wird. Dieser Pilz, welcher sich in Gestalt eierförmiger, stark reflectirender Kügelchen darstellte (nach Brosin, der ebenfalls Gelegenheit hatte, diesen Fall zu beobachten, war es ein nichtentwickelter „Soor“), verursachte die dunkle Färbung der Papillae filiformes. Raynaud vermuthete ebenfalls diesen Ursprung, er fand nämlich feine runde oder ovale, auf den Papillae filiformes sitzende Sporen.

¹⁴⁾ „Zur Aetiologie der schwarzen Zunge bei Kindern“, Med. Oborcenie 1888.

¹⁵⁾ „Beitrag zu selteneren Erkrankungen der Zunge“, Arch. f. kl. Ch. 42, auch „Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle“ 1892, II. Heft, Tafel 35.

¹⁶⁾ „W kwestyi t. zw. czarnego języka“, Kronika Lekarska 1892, No. 11.

Dinkler fand ausser hornig degenerirten Zellen stark verbundene Fäden (Bacillen), welche spitz endende Aufsätze herausstossen. Roth beobachtete auch diesen Process als Keratomycoosis (in 2 Fällen fand er sehr zahlreiche und verschiedene Bacterien, welche er für die Formirung der schwarzen Zunge verantwortlich macht). — Lake fand rundliche Sporen bei dieser Affection. — Butlin drückt sich in dieser Frage folgendermaassen aus: „... scheint mir die Annahme nicht unwahrscheinlich, dass die Färbung durch eine Veränderung in dem Verhalten, dem Einflusse oder den Functionen derjenigen Parasiten bedingt sei, welche constant auf der Zungenoberfläche vorkommen, hauptsächlich aber auf und um die filiformen Papillen“.

Alle diese Untersuchungen haben indess nicht die Frage über die Aetiologie der schwarzen Zunge gelöst. Und mit Ausnahme von Dinkler (welcher allein und mit negativem Resultate Culturen machte) hat keiner von den obigen Autoren seine Behauptungen durch eingehende bacteriologische Untersuchungen (Culturen) bekräftigt. Deshalb ist es das grosse Verdienst unserer (polnischen) Verfasser: Ciaglinski und Hewelke, dass sie in einem Falle solche Untersuchungen mit dem glänzendsten Resultate ausführten und auf diese Weise das Dunkel des Wesens dieses pathologischen Processes zu einem gewissen Grade erhellten. Diese Verfasser kommen, indem sie sich auf ihre Untersuchungen stützen, zu dem Schlusse, dass zwei verschiedene Formen der sogenannten schwarzen Zunge existiren: die eine, chronische par excellence, rührt nach ihrer Ansicht auch von Hypertrophie des Epitheliums der filiformen Papillen her, die andere, acute Form, beruht auf dem Erscheinen des specifischen Pilzes, welchen die obigen Autoren in ihrem Falle cultivirten — i. e. *Mucor niger*, welcher morphologisch dem *Mucor rhizopodiformis* ähnlich ist, sich aber von dem letzteren durch die Abwesenheit der pathogenen Eigenschaften (negative Impfung an Thieren) unterscheidet. Und daher proponiren diese Verfasser für acute Formen der schwarzen Zunge einen anderen, mehr wissenschaftlichen Namen: *Mycosis linguae mucorina nigra* s. *nigrities mucorina linguae*.

Selbstverständlich löst diese Behauptung, obgleich auf einem sehr gewissenhaft untersuchten Fall basirend, nicht gänzlich die Frage. Erst die folgenden Untersuchungen anderer Verfasser werden zeigen, in wie weit diese Behauptung berechtigt ist.

Einem glücklichen Zufalle verdanke ich es, dass ich in verhältnissmässig kurzer Zeit Gelegenheit hatte, zwei Fälle dieser Krankheit zu beobachten und bacteriologisch zu untersuchen. Die von mir erzielten Resultate, über welche ich sogleich eingehend sprechen werde, differiren verhältnissmässig wenig von denen, welche Ciaglinski und Hewelke in ihrem Falle erhielten.

Auf diese Weise gewinnt die Behauptung der obigen Autoren in Bezug auf das Wesen der schwarzen Zunge an Wahrscheinlichkeit.

Fall I. T., 66 Jahre alt, Beamter, besuchte mich zum ersten Male am 20. Juli 1893 und klagte über Schwierigkeiten beim Schlucken der festen Nahrungsmittel, welche seit 8 Monaten vorhanden waren. Der allgemeine Zustand jedoch war beständig gut — die Abmagerung bemerkte der Kranke nicht —; immer gesund; kein Missbrauch ausser Rauchen; nervös veranlagt. Als Curiosum zeigt mir der Kranke seine

Zunge, wo, wie er behauptet, seit einem Jahre Haare wachsen sollten, jedoch verursachte ihm dieser Zustand keine Beschwerden. Der Kranke erzählt, dass er diese Haare mit Hilfe specieller, von ihm selbst construirter Apparate von Zeit zu Zeit rasirte. Dieselben wuchsen jedoch in kurzer Zeit wieder.

Bei der Untersuchung fand ich Folgendes: der Kranke, gut gebaut und ernährt, ohne Fieber, zeigt an inneren Organen keine besonderen Veränderungen. Dasselbe in den Nasen- und Nasenrachenhöhlen sowie im Kehlkopfe. Ich fand nur Hyperplasie der lingualen Mandel in höherem Grade (sie füllte beide „Valleculae“, indem sie die Epiglottis berührte).

Die Sondirung der Speiseröhre, Anfangs durch eine Elfenbeinkugel- (ösophageale) Sonde ausgeführt, zeigte eine Obstruction in einem Drittel der oberen Theile, das ist an der Stelle der Bifurcation der Lufröhre in die Bronchien; später jedoch gelangte die ziemlich dicke, elastische (englische) Sonde ganz bequem in den Magen. Was indess am meisten meine Aufmerksamkeit bei Untersuchung der Mundhöhle erregte, war die Zunge, deren Oberfläche in der Nähe der Basis einen dunkelbraunen, theilweise ganz schwarzen, wie mit Haaren in der Länge von 5 Mm. bedeckten Fleck mit unebener Oberfläche zeigte. Er nimmt den Raum vor den „Papillae circumvallatae“ ein, wo er am breitesten ist, gleichsam die Basis eines Dreieckes bildend (bei hervorgestreckter Zunge), dessen laterale Ränder und Apex einige Centimeter von den Rändern und der Spitze der Zunge entfernt sind. — Die nicht mit Haaren bedeckten Stellen zeigen sich ganz normal.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass wir es hier mit der sogenannten schwarzen Zunge zu thun hatten. Die Schwierigkeit beim Schlucken, welche die einzige Beschwerde des Patienten war, stand in gar keiner Verbindung mit dem obigen Zustande der Zunge, sondern beruhte vielleicht auf nervösem Krampf der Speiseröhre, obgleich man auch nicht die Möglichkeit des sogen. Diverticulum der Speiseröhre ausschliessen konnte.

Der Kranke stellte sich zum zweiten Male nach ein paar Tagen bei mir vor. Sein Zustand war unverändert. Seit dieser Zeit habe ich ihn nicht wiedergesehen und sein weiteres Schicksal ist mir nicht bekannt¹⁷⁾.

¹⁷⁾ Schon nachdem obige Arbeit dem Druck übergeben worden war, hatte ich die Gelegenheit, den Kranken wieder zu sehen (nach einer 5 monatlichen Unterbrechung). Der Kranke klagt stets über Schwierigkeiten beim Schlucken; er erzählt, dass er von einem Chirurgen behandelt worden ist, welcher, so wie ich bei der ersten Visite, die ösophageale Sonde manchmal bis zum Magen durchführen konnte. Grösstentheils aber begegnete dieselbe Hindernissen in dem oberen Theile der Speiseröhre. Dem entspricht, was der Kranke von sich selbst sagte, dass ihm einmal leicht, öfter schwer die Speise durch die Speiseröhre geht. Der Kranke war in letzter Zeit etwas abgemagert, was er jedoch mit einer erfolglos gebrauchten Bandwurmcure in Verbindung bringt. Der Kranke behauptet, dass er in den letzten Zeiten eine bedeutende Besserung in dem Zustande der Zunge bemerkt hat, namentlich kam es vor (was vorher niemals der Fall war), dass nach dem Abrasiren der Haare (auf die gewöhnliche Art vollführt), dieselben im Laufe der Woche fast gar nicht mehr nachwachsen. Im Allgemeinen sei ihre Entwicklung immer schwächer. Ich

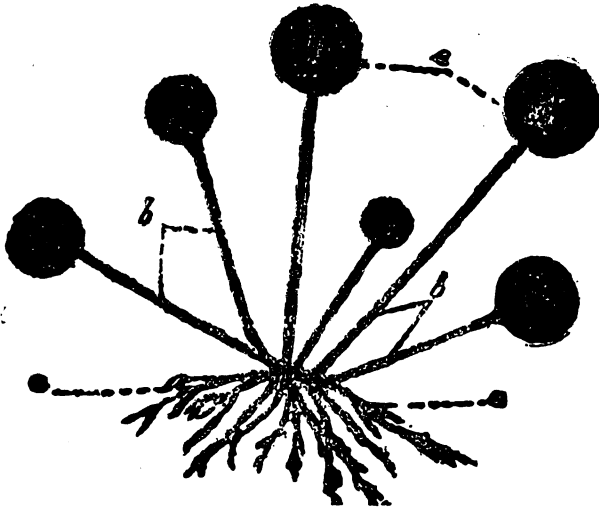
Gleich bei der ersten Visite habe ich mit Hilfe der Volkman n'schen Curette soviel wie möglich von diesem Flecke der Zunge abgekratzt, was ziemlich leicht ausführbar war, worauf die gebliebene Oberfläche sich glatt, ohne Farbe zeigte. Diesen Fleck unterzog ich einer bacteriologischen Untersuchung im Laboratorium des Dr. Jakowski (damals abwesend) im Kindlein-Jesus-Hospital, unter gefälliger Hilfe des Collegen Swiezynski, Assistenten des Laboratoriums.

Schon unter dem Microscop fanden wir im Belage ziemlich dicke mycotische Fäden, ausserdem stellenweise undeutliche dunkle Köpfcchen. Darauf bemühten wir uns, diesen Pilz zu cultiviren. Zu diesem Zwecke inoculirten wir ihn: 1) auf Kartoffel — auf gewöhnliche Weise präparirt — (Koch's Methode), 2) auf die Mischung von getrocknetem, geriebenem Brode mit Hinzufügung von 10 pCt. Gelatine (nach Ciaglinski's und Hewelke's Methode, welche bei der schon mehrere Male citirten Arbeit angegeben ist). Mit dieser Mischung füllten wir einige Eprouvetten (mit Watte gepropft), sowie auch die sogenannten Petri'schen Schaaln. Ich brauche nicht zu bemerken, dass die einen wie die anderen vorher gründlich sterilisirt worden waren. Diese so zubereiteten Culturen stellten wir in das Thermostat (37° C.), die Resultate jedoch waren negativ — weder auf den Kartoffeln, noch auf der Brod-Pasta entwickelte sich etwas. In der Zimmer-Temperatur (ziemlich hoch, damals von 16—18° R.) jedoch wuchsen die Culturen prächtig. Schon nach 24 Stunden konnte man sowohl auf den Kartoffeln, als auch auf der Brod-Pasta mit blossen Auge einen zarten, schneeweissen Belag beobachten, auf welchem bei näherer Untersuchung — besonders nach 48 Stunden — zarte, doch deutliche weisse Fäden sich unterscheiden liessen. In dem Maasse, wie der Pilz sich mehr und mehr entwickelte, indem er die ganze Oberfläche des Grundes bedeckte (Anfangs nur im Centrum sich befindend), bemerkten wir auf der Mischung von Brod und Gelatine in Eprouvetten, sowie auch auf den Schaaln, dass die Enden der bis dahin ganz weissen Fäden anfangen, sich mit dunkleren Verdickungen i. e. Köpfcchen zu bedecken.¹⁸⁾ Und sogar die Fäden selbst fingen an dunkler (grauer) zu werden. Auf diese Weise zeigte sich die ganze Oberfläche der Pasta nach einiger Zeit als ein schwarzer, üppiger Schimmel. Die obige Entwicklung des schwarzen Schimmels konnte man am besten bei der Untersuchung der Culturen unter dem Microscop analysiren (bei geringen Vergrösserungen, wie es Ciaglinski und Hewelke in ihrem Falle mit Erfolg angewandt hatten). Indem wir solchermaassen die Culturen in den auf dem Microscop-Tisch gelegten Eprouvetten und Schaaln untersuchten (Hartnack Obj. 4, Ocul. 3), sahen wir ganz deutlich, wie von dem Mycelium mehr oder weniger lange, gerade, fruchttragende Fäden, in der entgegengesetzten Richtung zu den Würzelchen, welche in den Boden sich vertieften,

muss hier beifügen, dass der Kranke keine örtliche Cur in dieser Richtung gebraucht hat. Bei der Untersuchung des Kranken bemerkte ich in der That auf der am Tage vorher abrasirten Zunge nur stellenweise kleine Spuren von nachwachsenden schwarzen Haaren, andere Stellen boten dagegen eine glatte ungefärbte Oberfläche. Die Sondirung ergab dieses Mal ein negatives Resultat.

¹⁸⁾ Auf den Kartoffeln trat keine Entwicklung des schwarzen Schimmels ein.

heraussteckten. Diese Fäden endeten in runden Köpfchen verschiedener Grösse, deren Färbung Anfangs grau, später nach und nach dunkler war, in ganz reifen Formen bis schwarz mit dunkel-violettem Anflug übergehend. Bei mehr intensiven Vergrösserungen konnte man sich überzeugen, dass diese Köpfchen aus einer Membran und mehreren schwarzen Sporen, welche den oberen Theil der Fäden — die sogenannte „Columella“ — bedeckten, zusammengesetzt waren. (Fig. 1.)



Figur 1.

- a. Mycelium mit Wurzeln. b. fruchtrugende Fäden.
c. Köpfchen mit schwarzen Sporen.

(Hartn. 3 Oc., 4 Obj.)

Auf diese Weise hatten wir es in diesem Falle augenscheinlich mit dem Pilze zu thun, welcher analog mit dem von Ciaglinski und Hewelke in ihrem Falle cultivirten und von ihnen „*Mucor niger*“ genannten ist. Zu Gunsten dieser Vermuthung sprach das Resultat der bacteriologischen Untersuchung. In der That existiren in unserem Falle und dem der obigen Verfasser einige Abweichungen. So z. B. war in unserem Falle der Mangel umbelliforer Formen, beschrieben von diesen Verfassern für spätere Phasen der Entwicklung dieses Pilzes, weiter der Mangel analoger Culturen auf den Kartoffeln zu bemerken; jedenfalls entsprachen unsere Culturen auf der Brod-Pasta vollständig macro- und microscopisch der Beschreibung und den Abbildungen, welche die obengenannten Autoren in ihrer Arbeit angebracht hatten.

Zugleich mit dem obigen Falle hatte ich Gelegenheit, auch einen zweiten, wenn auch nicht so typischen Fall der sogenannten schwarzen Zunge (eigentlich gelblich-braunen, weil sie sich in diesem Falle so darstellte) zu beobachten; dank der Freundlichkeit des Collegen Winiarski, der diesen Kranken unter seiner Obhut hatte und der erste war, welcher auf den besonderen Zustand der Zunge seine Aufmerksamkeit lenkte.

Fall II: P., 39 Jahre alt, ein Techniker, seit 8 Jahren mit einem Rückenmarksleiden (Myelitis) behaftet, complicirt mit ausgedehntem Decubitus auf den Genitalien (Penis et Scrotum). Der Kranke bemerkte seit ungefähr 3 Monaten (so viel man sich auf seine sehr abgestumpfte Intelligenz verlassen kann) auf der Zunge gelb-braune Haare, welche ihm jedoch, wie er ausdrücklich behauptet, in keiner Weise störend waren.

Mit der gütigen Beihilfe des Collegen Swiezynski unternahm ich es, einen Theil des Belages der Zunge zu entfernen, welcher sich in Gestalt eines gelb-braunen Fleckes auf der oberen Fläche der Zunge — nahe der Basis — von unregelmässiger Form eines Dreieckes, mehr oder weniger nach vorn zu sich verengend, mit ungleicher Oberfläche, wie mit kurzen gelblichen, oder gelb-braunen Haaren bedeckt, darstellte. Im Allgemeinen muss ich bemerken, dass in diesem Falle das Aussehen viel weniger charakteristisch für diese Affection war, als im ersten Falle, sowohl was die Färbung betrifft, als die Haare selbst.

Ueber den Verlauf habe ich wenig zu bemerken; der Kranke starb kurz darauf (während meiner Abwesenheit). Der College Winiarski war so gütig, die bei der Section exstirpirt Zunge in Alcohol zu bewahren.

Was die bacteriologischen Untersuchungen in diesem Falle betrifft, welche ich auch im bacteriologischen Laboratorium des Kindlein-Jesus-Hospitals mit gütiger Hilfe des Collegen Swiezynski ausgeführt hatte, so gaben dieselben zu meiner Verwunderung — trotz des Unterschiedes im Aussehen der Zunge mit dem ersten Falle — fast identische Resultate.

Hier konnte man ebenfalls die Entwicklung des Schimmels nur auf der Brod-Pasta beobachten. Hier fanden wir auch dieselben Bildungen unter dem Microscop, i. e. Mycelium und aus demselben entstehende fruchttragende Fäden mit Köpfchen versehen.

Der Unterschied bestand einzig in der Färbung der Köpfchen. Obgleich wir auch ganz schwarze gesehen haben, fanden wir jedoch viel öfter — im Vergleich zu dem ersten Falle — grauliche und gelbliche Köpfchen. In diesem Falle waren ebenfalls in späteren Phasen keine umbelliforen Formen; auch fand die Entwicklung des schwarzen Schimmels nur bei Zimmer-Temperatur statt (im Thermostaten und im Allgemeinen auf den Kartoffeln war das Resultat negativ).

Also auch hier unterlag es keinem Zweifel, dass wir mit dem mycotischen, von *Mucor niger* abhängigen Prozesse zu thun hatten. Bemerkenswerth war auch die Färbung der Zunge, nicht so dunkel, als im ersten Falle, aber mehr gelblich-braun. Dieselbe Farbe wurde auch von Dinkler beobachtet.

Zum Schluss möchte ich einige Worte sagen über die microscopische Untersuchung der exstirpirten Zunge. Dieselbe, auf gewöhnliche Weise von mir präparirt (Paraffinal-Methode von Przewoski) und gefärbt (Haematoxylin und Eosin), zeigte keinen bedeutenderen hypertrophischen Process des Epitheliums der filiformen Papillen. Es konnte von der sogenannten (Brosin) „Hyperkeratosis“ nicht die Rede sein. Ich füge hinzu, dass meine obigen Untersuchungen von den Professoren Brodowski und Przewoski bestätigt wurden.

Wenn wir jetzt unsere zwei Fälle mit dem von Ciaglinski und Hewelke beobachteten vergleichen, müssen wir zu der Ueberzeugung

gelingen, dass, obgleich sie im klinischen Verlaufe (chronisch par excellence in meinen Fällen) etwas verschieden sind, so scheinen sie doch in aetiologischer Hinsicht ganz identisch zu sein. Hier und dort erhielten wir in Culturen *Mucor niger*. Auf diese Weise scheint es, dass die Definition welche diese Verfasser nur für acute Formen dieser Krankheit proponiren, i. e. *nigrities mucorina linguae* s. *mycosis linguae mucorina nigra*, ebensogut für chronische Fälle passt. Andererseits spricht auch — wenigstens nach meiner Ansicht — zu Gunsten der Behauptung, dass das Wesen der sogenannten schwarzen Zunge sowohl in acuten als chronischen Fällen auf dem Dasein von mycotischen Processen beruht und die Hypertrophie der filiformen Papillen nur eine untergeordnete, unstäte Rolle spielt, der Mangel dieser Hypertrophie im zweiten Falle, was man auch bis zu einem gewissen Grad im ersten Falle supponiren könnte, wo nach dem Abkratzen des Belages die Oberfläche der Zunge ganz glatt erschien. Natürlich können die excellenten Arbeiten von Ciaglinski und Hewelke, sowie auch die meinige, keine Ansprüche darauf machen, dass sie die Frage der Aetiologie der schwarzen Zunge absolut entschieden hätten. Die Zukunft wird es lehren, in wie weit die Ansicht der obigen Verfasser, welche in meinen Untersuchungen Bestätigung gefunden hat, richtig ist.

XI. internationaler medicinischer Congress in Rom.

(Original-Correspondenz der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

Die ewige Stadt, die Hauptstadt der Welt, wie Italien stolz Rom zu nennen pflegt, hat über 7000 Aerzte empfangen; sie haben sich aus allen Staaten der Welt hier vereinigt, um gemeinsam jene schwierigen Probleme zu besprechen, deren Lösung der Gesundheit dienen soll und um zur Entwicklung der geistigen und physischen Kräfte der Menschen beizutragen. Sie sprechen nicht dieselbe Sprache, sie kennen sich nur dem Namen und dem Rufe nach, aber es erfüllt sie ein und derselbe Gedanke, es begeistert sie ein und dasselbe Ziel.

Die Aerzte, die gegenwärtig in Rom tagen und jene, die ihren Arbeiten mit Interesse folgen, repräsentiren das Beste, was die menschliche Gesellschaft hervorzubringen vermag, weil ein immenser Schatz von neuen Wahrheiten, Thatsachen und Wissen der Welt zur Verfügung gestellt wird. Nicht in den grossen feierlichen Sitzungen offenbaren sich die Erfolge der Congresses, dieselben sind nur Decoration, aber in der Arbeit sind sie enthalten, die man auswärts vollbracht hat, die man zur Mittheilung hierherbringt und die den Fortschritt markirend, der menschlichen Gesellschaft dient.

Auch ein herrliches Fest des Friedens wird jetzt in Rom gefeiert. Der Traum einer heiligen, edlen, allgemeinen Brüderlichkeit scheint minder utopisch, wenn man die Söhne dieser vielen Nationen sich vereinen sieht zur Arbeit. Man vergisst Rancune, Eifersucht, Streit und Gegnerschaft, denn von diesem geistigen Contact zwischen Menschen von Geist und Bildung bleibt immer etwas zurück, was uns, heimgekehrt, Toleranz und Nachsicht lehrt.

Unter solchen Auspicien hat der Congress seine Arbeiten begonnen. Schon zu Anfang der Woche herrschte überall aussergewöhnliche Lebhaftigkeit, Hôtels und Privatwohnungen waren förmlich bestürmt, alle Eisenbahnzüge brachten Tausende von Fremden, die nicht nur vom Congress, sondern auch von den herrlichen Reizen und der unendlichen Schönheit Roms angezogen wurden. Die Basiliken, die wunderbaren, einen unendlichen Schatz von Kunst und Reichthum repräsentirenden Kirchen, die stummberechten Zeugen zweier Jahrtausende, Monumente und Ruinen waren von stauenden Besuchern belagert; wie beim Thurm von Babel gab es an diesen heiligen und heidnischen Orten eine geradezu verwirrende Sprachenconfusion. Ueberall, am Palatin, den einstigen römischen Kaiserpalästen, bei den Thermen von Caracalla, am Forum Romanum sah man Gruppen von Fremden, begleitet von Führern, Freunden und römischen Familien. Inmitten dieser Ruinen des antiken Rom herrscht jetzt Bädeder der Unvermeidliche.

Die erste Begegnung der Congressisten mit ihren Damen fand am 28. März am Begrüssungsabend im Palazzo delle Belle Arti statt. Dieselbe war über Erwärten — misslungen; nicht allein deshalb, weil die für solche Zwecke ganz ungeeigneten Räumlichkeiten die Legion von Menschen nicht zu fassen im Stande waren, sondern auch aus Mangel an jeder Directive. Man wurde eine Stunde lang — und es war Heroismus, so lange zu bleiben — ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht hin und her gestossen, man bildete sich ein, zu gehen, während man geschoben wurde. Von einer gegenseitigen Vorstellung, von den Freuden des Wiedersehens, des Erkennens, dem der Abend eigentlich gewidmet sein sollte, war keine Rede, und man war schliesslich froh, mit heiler Haut, wenn auch mit zerfetzten Kleidern und Schleppe, wieder in's Freie gelangen und dort die auffallend kalte italienische Luft athmen zu können. Wir zogen unsere Ueberzieher, Winterröcke und Pelze — Diejenigen, die solche besaßen, wurden förmlich beneidet — fester zusammen und forteilend von dem ungemüthlichen Abend, suchte Jeder seine Landsleute auf. Dieselbe heillose Verwirrung ist übrigens bei allen bisherigen grösseren Veranstaltungen in die Erscheinung getreten; und wenn auch 6000 Doctoren und deren 1000 Damen etwas schwer zu dirigiren sind, so war es bisher ganz klar, dass die Centraldirection des Congresses nicht genügend oder nicht zweckmässig organisirt ist. In den Einladungen und in den vom Centralkomitée versendeten Communiqués versprach man eitel Gastlichkeit, Höflichkeit und Zuverlässigkeit; wir fanden ahnungslos und enttäuscht namentlich bei den Hoteliers Rohheit und Rücksichtslosigkeit. Als die Congressisten von den schon vor Wochen bestellten und bezahlten Zimmern, von der langen Reise müde und abgespannt, Besitz ergreifen wollten, wurden sie abgewiesen; da half kein Raisoniren, keine Berufung auf verbrieftete Rechte und auf Billigkeit. Vornehme Professoren und Doctoren mit ihren Damen irrten bis zum Morgengrauen schutz- und obdachlos in den beinahe winterkalten öden Strassen Roms umher, bis sie irgendwo im fünften Stock in einem Zimmerchen untergebracht, sitzend den Morgen erwarten konnten. Die Vertreter der Regierungen am Congress, jene der medicinischen wissenschaftlichen Gesellschaften, Alle, die hierherkamen, auf die briefliche oder telegraphische Zusage ihrer Hôteliers bauend, wanderten stunden-

lang umher, bis es ihnen gelang, irgendwo Unterkunft zu finden. Man frage nur nicht, was für Unterkunft. Die Informationen des Comité's haben sich als höchst unverlässlich erwiesen und dies mussten namentlich die Damen auch bei der Inauguration des Kongresses im Theater Constanzi schmerzlich erfahren. Man hatte eine enorme Zahl von Karten vertheilt, auch an Solche, die mit dem Congress nichts zu thun haben. Das Comité hat mehr an die Freunde als an die Gäste gedacht und von der Thätigkeit des sogenannten Damencomité's war ganz und gar nichts zu bemerken.

Um 9 Uhr früh war das Theater zum Erdrücken voll, ein Meer von Köpfen. Obenan postirten sich die Vertreter der Nationen, der Präsident des Senates Farini, der Vicepräsident der Kammer Damiani; die Minister Boselli, Mocenni, General Pelloux, Maggiorino-Ferraris; Staatssecretär Costantini; dann erschien das diplomatische Corps: die Botschafter Deutschlands, Frankreichs, der Türkei, Hollands, Schwedens und Griechenlands, theils in Uniform, theils im Frack, was bei uns zum Beispiele nicht gestattet wäre, wenn der König uniformirt, mit Ordensdecorationen geschmückt erscheint. Um 10 Uhr bot das Theater einen wundervollen Anblick, mild und hell beleuchtet durch die herrlichen Sonnenstrahlen des sich hervorwagenden Frühlings. In den Logen hatten die Damen Platz genommen, unten im Parterre Congressisten.

Alle Welt war in Erwartung des Königs und der Königin. Minister-Präsident Crispi, Kultusminister Bacelli, Bürgermeister Fürst Ruspoli und viele Herren des Comité's warteten beim Eingang des Theaters, als die Ankunft Ihrer Majestäten signalisirt wurde, die begleitet von der Fürstin Massimo und der Marquise Villamarina und sämtlichen Officieren des königlichen Hauses, das ganze Theater bis zur Rednertribüne durchschritten. Oben angelangt, nahm die Königin Platz, der König blieb bis zum Schlusse stehend an ihrer Seite. Ein unbeschreiblicher Enthusiasmus begleitete die Majestäten auf dem ganzen Wege, und obzwar gewöhnt an solche Scenen, schienen Beide sichtlich bewegt. Ein zufriedenes Lächeln spielte auf den Lippen der von Schönheit und Grazie strahlenden Königin. Die Huldigung so vieler Männer der Wissenschaft schien der hohen Frau besonders wohl zu thun.

Nachdem Se. Majestät mit den anwesenden Ministern einige Worte gewechselt hatte, begrüßte Crispi den Congress im Namen Italiens; bei den Worten: „Auspicie il Re d'Italia, v'invito ad iniziare i vostri lavori“ erschollen brausende Acclamationsrufe. Dann sagte Bacelli: „Ich begrüße Sie, gelehrte Gäste; Humbert und Marguérite, Muster königlicher Tugend, sind hier erschienen, um Sie zu empfangen; die Minister Italiens, der Senat, die Kammer, das Municipium sind ebenfalls gekommen; die Bürger Roms freuen sich Ihrer Anwesenheit und jubeln Ihnen zu,“ so schloss der Kultusminister mit vor Bewegung zitternder Stimme.

Nach ihm bestieg Fürst Ruspoli die Bühne, dann Virchow, der unter Anderem Folgendes sagte: „Die Aerzte kommen her als Brüder und Freunde, sie sind die berufenen Vertheidiger der Humanität. Gewöhnt, ihre persönlichen Neigungen dem Wohle Anderer zu unterordnen, sind sie auch die echten Boten des Friedens“.

Dann sprach Maragliano, der Generalsecretär des Congresses,

nach ihm die Vertreter der Nationen, im Namen der ungarischen Aerzte Sanitätsrath Csatóry, worauf der Congress als eröffnet erklärt wurde.

Am Nachmittag des 29. März haben sich alle Sectionen in der neubauten Poliklinik Humbert I. behufs Constituirung der Bureaux vereinigt. Die erste Zusammenkunft war sehr zahlreich, wir fürchten jedoch, die anderen werden es weniger sein. Die italienischen Collegen haben bei der Wahl der Präsidenten die Ausländer bevorzugt, was als schmeichelhafter Act der Courtoisie hier hervorgehoben werden muss. In den Sectionen wird schon tüchtig gearbeitet, und man muss auch sehr rüstig vorwärtsgehen, wenn man das überaus bedeutende Material von angemeldeten Vorträgen absolviren will.

Bei der ersten allgemeinen Sitzung im Eldorado, wo kaum für 300 Menschen Raum ist, wollten an 2000 Platz finden. Man stelle sich den Lärm, das Gedränge, den Aerger der Congressisten vor, welche trotz ihrer sichtbaren Cocarden im Knopfloch nicht eintreten konnten, und verstimmt der Conferenz den Rücken kehrten.

Bacelli als Präsident ertheilte zuerst Virchow das Wort, der über „Morgagni und das anatomische Denken“ sprach. Er skizzirte kurz die Geschichte der Anatomie von den ältesten Zeiten bis Morgagni, der den anatomischen Arbeiten ein ganz neues Gepräge aufzudrücken vermochte. Sein Verdienst war dasjenige, dass er seine Schlüsse auf Thatsachen gründete und Denjenigen, die nach ihm folgten, die wahre und gute Methode lehrte. Morgagni war ein Riese der Wissenschaft, er hat in der Anatomie eine Umwälzung hervorgebracht, deren Wohlthaten noch heute fühlbar sind.

Dann sprachen Brouardel (Paris) über den Kampf gegen die Epidemien und Babes (Bukarest) über die Stellung des Staates zu den Resultaten der modernen Bacterienforschung. Beide Vorträge wurden mit lebhaftem Beifall begrüsst, obzwar die Ungezwungenheit der Südländer dem Verständnisse der Vorträge grossen Abbruch that und die schönsten Sätze ungehört und unverstanden im ewigen Geräusch verloren gingen.

Die Gluth der italienischen Sonne wurde bisher von den Congressisten nicht allzu sehr empfunden; dann trat Jupiter Pluvius in Erscheinung und damit fiel eine Menge schöner Projecte in's Wasser. Sollte das herbstliche Regenwetter andauern, dann wären die schönsten Theile des versprochenen Programms verloren. Dessenungeachtet sind die kothigen Strassen Rom's ausserordentlich belebt, namentlich die Via Nazionale, wo sich im Gebäude der Schönen Künste die internationale medicinische Ausstellung befindet. Die Römer sind von ihr entzückt und officielle Kreise, italienische Aerzte, die hiesigen Journale, loben sie über alle Maassen; Diejenigen jedoch, die sich in der Welt schon ein wenig umgethan, bleiben kühl bis an's Herz hinan. Die Ausstellung wurde von Crispi eröffnet, der, von einem ganzen Stab von Diplomaten, Generalen, Officieren und Aerzten begleitet, die Exposition mit minutiöser Aufmerksamkeit durchwanderte. Die Bundesgenossenschaft Italien-Oesterreich-Deutschland kam auch hier zur Geltung, da sich der Minister-Präsident für die Sectionen dieser Staaten am meisten interessirte, obzwar auch die französische Abtheilung durch eine längere Besichtigung ausgezeichnet wurde.

Bemerkenswerth ist eine grosse Collection alter Bücher und Handschriften über Medicin, welche in italienischen Bibliotheken verwahrt sind und die man jetzt nach Rom zu transportiren die ausgezeichnete Idee hatte. Für Kenner ist dieser Theil der Ausstellung wohl der werthvollste. Grosse Gruppen von Aerzten sieht man stets versammelt bei der militärischen Section Preussens, bei den Apparaten zu physiologischen Untersuchungen, die Frankreich geschickt.

Die grosse Anziehung, welche diese Ausstellung ausübt, fand in dem Besuche des königlichen Paares, mitten im strömenden Regen, eclatanten Ausdruck. Die Majestäten sollen ganz spontan den Wunsch geäußert haben, die medicinische Ausstellung zu besuchen, um die Producte der internationalen Industrie in der Medicin und Hygiene genau zu betrachten. Anwesend waren die officiellen Persönlichkeiten des Congresses, die Präsidentin des stets unsichtbaren „Damen-Comité's“; eine Legion von Congressisten und ein Meer von Menschen in der Via. Während des beinahe dreistündigen Aufenthalts durchwanderten die Majestäten die Säle der Ausstellung; die Königin sprach mit den Ausstellern bald deutsch, bald französisch oder englisch, hatte für Jeden ein freundliches Wort und reichte Vielen für die empfangenen Erklärungen dankend die zarte Hand. Die folgende Scene verdient speciell fixirt zu werden: Die hohe Frau kam gerade dazu, als man einem Priester eine wunderbar verfertigte künstliche Hand accommodirte, deren er sich bei seinen geistlichen Functionen in der denkbar vollkommensten Weise bedienen konnte. Der Priester hatte nur eine Hand, und die Königin frug theilnehmend, durch welches Unglück er die andere verloren. Der Priester antwortete humoristisch: „Auf der — Jagd“ und überreichte mit der künstlichen Hand ein kleines Blumenbouquet, welches die Königin lächelnd entgegennahm. Unter den Kundgebungen aufrichtiger Begeisterung Seitens der Menge kehrten die Majestäten in's Quirinal zurück, überall den besten und freundlichsten Eindruck zurücklassend.

Die internationale medicinische Ausstellung ist, wie gesagt, nicht besser und nicht schlechter wie alle ihre Vorgängerinnen. Eine kosmopolitische, polyglotte Menge circulirt ohne Unterlass in den Gängen, Sälen und auf den Treppen, ohne, wie es bisher stets und sehr zweckmässig üblich gewesen, einen Katalog zu finden. Man sucht umsonst den wohlthätigen Ariadnefaden, der uns irgendwie in diesem Labyrinth von Objecten leiten würde, vergeblich einen Indicateur in diesem veritablen Berg von Operationsbetten, chirurgischen Instrumenten, Phiolen, Bandagen und medicinisch-chirurgischen Apparaten aller Art. Trotz dieses Wirrsals ist das Getriebe daselbst sehr anziehend; man hört alle europäischen Sprachen durcheinander klingen, und glaubt sich in einen Bazar von Stambul versetzt und, obzwar das nicht galant ist, remorquirt man mit den Ellbogen zwischen den verschiedensten Schönheiten des Erdenrunds, von der dunklen Senorita Spaniens bis zum blonden deutschen Fräulein, von der muthwilligen Französin bis zur hysterischen Engländerin oder excentrischen Amerikanerin.

Unterdessen wird in den 23 Sectionen von 8 Uhr Früh bis 16 (4) Uhr Nachmittags täglich das enorme Pensum von nahezu 300 Vorträgen absolvirt. Sämmtliche Gebiete der medicinischen Wissenschaft werden in mehr oder weniger werthvollen, in mehr oder weniger verlässlichen Mit-

theilungen verhandelt. Mitunter werden wirklich neue, der Menschheit nützliche und segensreiche Wahrheiten verkündet, in vielen Fällen jedoch — dies muss schon jetzt offen gesagt werden — wird der Congress zum Tummelplatz für den wissenschaftlichen Schwindel degradirt, wo die Schablone und die Marktschreierei in's weithinschallende Horn stossen.

Zu den gediegenen Aeusserungen eines wahrhaft philosophisch geschulten Kopfes gehört jener Vortrag, den Professor Nothnagel bei der zweiten Generalversammlung über „Anpassung des Organismus bei pathologischen Veränderungen“ gehalten hat. Vom echtsten Geiste Darwin's durchweht, behandelt Nothnagel jene wunderbare Erscheinung, nach welcher durch Accommodation und Compensation mitunter die krankhaften Erscheinungen im menschlichen Körper vom Organismus selbst überwunden werden. An der Hand unwiderlegbarer und unzählige Male beobachteter Thatsachen wird Nothnagel zu der Folgerung gezwungen, dass keinerlei Bedürfniss die als sogenannte Anpassungen bei pathologischen Zuständen bezeichneten Veränderungen hervorruft und keinerlei Zweckmässigkeit bei ihrer Entwicklung eine Rolle spielt. Sie werden und entstehen werden, wo sie werden und entstehen können, d. h. wo die materielle Möglichkeit für ihre Entstehung überhaupt gegeben ist, ohne Rücksicht darauf, ob sie für das Individuum nützlich oder schädlich sind. Compensation und Accommodation werden von Gesetzen beherrscht, welche in der lebendigen Natur ebenso zwangsweise wirken, wie diejenigen Gesetze, welche das Fallen des Steines, das Abwärtsfliessen des Baches und die Attraction zweier Moleculen bedingen. Alles, Bacelli voran, eilte auf den Sprecher zu, um ihm für diese Offenbarung tiefen Geistes zu danken, und wir Hörer fanden hinreichende Entschädigung für so manche hier erlebte Enttäuschung.

Dann kam Sonntagsruhe, das Wetter herrlich und die Poliklinik verlassen. Die Congressisten besuchten die Castelle und Paläste, Andere erholten sich in Tivoli, viele Gruppen in den Galerien und Museen, Andächtige in den Kirchen und bei 300, die Einlass erhielten, wohnten einer Frühmesse im Vatican bei, die Se. Heiligkeit der Papst in der Sala da cale celebrirte. Die Züge nach der Umgebung Roms konnten sich mit der ungewohnten Last nur schwer vorwärtsbewegen, dennoch herrschte überall Frohsinn. Man sprach nicht mehr von Amputationen, Trepanationen des Schädels, Inhalationen von Oxygen, von der Therapie der Diphtheritis oder der Schwindsucht, man vergnügte sich in der ernstesten Heiterkeit der römischen Campagna, welche so schön und grandios in dem Glanz eines prächtigen Frühlingstages erblühte. In Frascati bewunderte man die Seen und Castelle, auf dem Wege die zerstreut liegenden Tempelruinen des Bacchus, in Tivoli den vorzüglich erhaltenen Vesta-Tempel mit seinen herrlichen corinthischen Säulen, den Tempel der Sybillen, die öde verlassene Villa d'Este. Die Macht und Grösse des antiken Rom zog wehmüthig an unserem Geiste vorüber. Es war Ferialtag und erst am Montag eilten die Aerzte zu den Sectionen in die Poliklinik, wo abermals an 300 Vorträge gehalten wurden.

Es ist Mitternacht. Ich höre von meinem einsamen Hotelzimmer noch immer das Knallen der Raketen, die man von der Spitze des Capitols in die Nacht sendet, um das zu Ehren der Congressisten illuminierte alte Rom, das Colosseum, den Palatin, das Forum romanum noch

glänzender zu beleuchten. Diese Illumination war wohl Mystification und Schwindel, dennoch war sie geeignet, uns diese Herrlichkeiten ahnen zu lassen. Von der Schönheit, welche das beleuchtete antike Rom darbietet, hat man keinen Begriff. Sieht man das Colosseum so electricisch projicirt, da scheint Alles um dasselbe her klein; es ist so gross, so mächtig, dass man das Bild nicht in der Seele behalten kann; man erinnert sich seiner, aber das geistige Auge vermag diese ungeheure Masse nicht widerzuspiegeln.

Doch so wie all' den Festlichkeiten, die man uns in Aussicht stellte, wurde keiner mit mehr Interesse, Ungeduld und Neugierde entgegen-gesehen, als dem Gartenfeste im Quirinal, das in den königlichen Gärten stattgefunden hat. Man konnte sich kein günstigeres Wetter wünschen, es war, als hätte die Sonne mit ihren schönsten Strahlen das glänzende Fest noch glanzvoller gestalten wollen, welches der Souverän Italiens den Gelehrten anbot, bevor sie seine Hauptstadt verlassen. Der italienische Hof war auf der eigens für diese Gelegenheiten errichteten Estrade versammelt; die vielen Duchessen, Marquisen, die Minister, das diplomatische Corps, eine dichtgedrängte Menge von Congressisten warteten auf das königliche Paar, welches zur programmässig angesetzten Zeit, präcis 16 (4) Uhr, erschien. Die Botschafter stellten nach eingeholter Erlaubniss die ihnen bekannten Aerzte ihres Landes vor. Im Garten wurden unterdessen Champagner und Erfrischungen aller Art servirt, denen Damen und Herren ungenirt zusprachen. Das war endlich ein gelungenes Arrangement, bei dem jedoch das Congress-Comité nicht theilhaftig war.

Die meisten Aerzte verlassen indessen die Stadt, ohne das Ende des Congresses abzuwarten. Abgesehen davon, dass die Aussicht auf wissenschaftliche Ausbeute schon in den ersten Tagen eine wenig verheissende war, wurde alles Interesse von Rom selbst absorbirt und man fand mehr Befriedigung, sich damit zu beschäftigen, das alte Rom von Neuem zu entdecken, als die mitunter recht unreifen Ergüsse in den Sectionen anzuhören. Befriedigte giebt es Wenige, höchstens Jene, die entweder durch den Glanz ihres Namens, durch wirkliche Leistungen, durch den Nachdruck ihrer Verbindungen, oder auf anderem Wege die Strahlen der königlichen Sonne auf sich zu lenken verstanden. Jetzt jedoch eilen wir Alle froh nach Hause. Wir bringen vielleicht etwas in der Seele mit, was wachsen und sich vermehren kann, doch sind wir in erster Reihe gelehrt worden, unser schönes und theures Vaterland zu würdigen und zu lieben.

Section: Ohrenheilkunde.

Prof. Moos berichtet über einen höchst instructiven und interessanten Fall von Trombose des Sinus lateralis als Folge von Otitis media suppurativa.

Moure spricht über latente Gehirnabscesse in Folge von Otitis media suppurativa. Es ist aus solchen Fällen ersichtlich, dass mitunter nicht allein die Diagnose, sondern auch die Indication für den chirurgischen Eingriff sehr schwierig ist. In dem von ihm beobachteten Fall waren die Symptome sehr dürftig, so zwar, dass einen Tag vor dem plötzlichen Tode der Patient allein nach Hause ging. Der Patient wurde plötzlich von epileptischen Krisen ergriffen und starb nach wenigen Minuten.

Vortragender glaubt, dass bei Anwesenheit eines unbehinderten Ohrenflusses, bei welchem die lanzirenden Schmerzen auf einen gewissen Punkt des Schädels fixirt sind, der Warzenfortsatz ausgiebig eröffnet werden muss, um von dort um so leichter den Gehirnabscess finden zu können.

Politzer glaubt, dass in solchen Fällen sich der Abscess auf die Oberfläche des Gehirns eröffnet und eine acute Meningitis zu Stande bringt. — Rossi stimmt über die Todesursache mit Politzer nicht überein, indem er glaubt, dass der plötzliche Tod durch Erguss des Abscesses in den lateralen Ventrikel erfolgt. — Grazzi behauptet, dass man mit einigem Rechte auch annehmen könnte, dass der plötzliche Tod bei solchen Fällen durch cerebrale Hämorrhagie eintritt. — Moure stimmt Grazzi's Ansicht nicht bei, da die lanzirenden Schmerzen und der profuse Schweiss Symptome der vorhergehenden Tage waren. — Gellé erwähnt einen Fall eines cerebralen Abscesses, bei welchem der Abscess mit der Trommelhöhle in gar keiner Verbindung stand. Dieser Patient kam zum Vortr. zu Fuss; es schien Anfangs ein Typhus zu sein, der Patient wurde immer schwächer und starb einige Tage später. Auch dieser Fall beleuchtet die Schwierigkeit der Diagnose. — Cozzolino knüpft an diese Discussion die Erzählung von Schliemann's Tod, der ebenfalls dar Opfer eines otorrhoischen Gehirnabscesses war. — Poli und Reinard theilen ebenfalls einige Fälle gleichen Genres mit.

Gradenigo spricht über syphilitische Affectionen des Ohres und sagt, dass ausser den schon bekannten Formen noch eine andere Form existirt, die viel Aehnlichkeit mit dem chronischen Mittelohrcatarrh hat und sich häufig mit der Keratitis interstitialis verbindet; man findet sie häufiger beim weiblichen Geschlecht, und zwar zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre. Eine spezifische Behandlung, verbunden mit der otitrischen, hat Aussicht auf Erfolg. — Gellé behauptet, dass er bei suppurativen syphilitischen Formen nur eine spezifische Behandlung einleitet und dass dieselben auch in vorgerückterem Alter vorkommen. — Avoleto wünscht zu wissen, welche Läsionen im Labyrinth zu finden sind. — Gradenigo erwidert, dass von Habermann Osteosclerosen des Schläfebeins gefunden wurden, die höchst wahrscheinlich spezifischer Natur waren und hauptsächlich das Felsenbein ergriffen. — Grazzi bemerkt, dass man sehr leicht die Syphilis des Ohres speciell vom schallleitenden Apparat diagnosticiren kann und dass manchmal einfache Mittelohrcatarrhe mit allgemeinen syphilitischen Formen concurriren, dass dieselben bei einer antieatarrhalischen Behandlung heilen. — Cozzolino erwähnt, dass der Nasenrachenraum der einzige directe Vermittlungsweg zum Ohr ist, wenn es sich um syphilitische Ohrenkrankheiten handelt. — Bronner bemerkt, dass Keratitis interstitialis mit Ohrsyphilis zusammentrifft.

Colladon spricht über Fixationsabscesse in der Otologie. Der Fixationsabscess ist ein Process in der Natur, durch welchen die Entzündung mit eitriger Tendenz eines tiefer gelegenen Organes derivirend auf die Peripherie wirkt. Das Ohr participirt ebenfalls an diesem Vortheil. Eine eitrige Mittelohrentzündung kann durch das Auftreten eines Eczems im äusseren Gehörgange heilen; es giebt Medicamente, welche mittels desselben Principis curativ wirken; eine solche Behandlung ist speciell bei Tympanitis suppurativa acuta, ja mitunter sogar bei chro-

nischen Eiterungen der Trommelhöhle angezeigt. — Szenes will das Princip nur bei mit Otitis externa complicirter Otitis media anwenden. — Gradenigo ist über die Häufigkeit dieser Erscheinung bei zwei Autoren, als auch über die absonderliche Behauptung erstaunt. — Rossi glaubt, dass Otitis externa mit Otitis media suppurativa nichts zu thun hat und dass sie eher durch ungeeignete Medication entsteht.

Gradenigo spricht über Pathogenese des Menière'schen Schwindels. Er unterscheidet zwei Formen: eine, bei welcher der pathologische Zustand des Mittelohres einen collateralen oder Reflexreiz in den Ampullen hervorbringt; die andere, welche direct in den Ampullen entsteht. Die Behandlung ist eine beobachtende.

Avoledo präsentirt einen operirten und geheilten Fall von Menière'schem Schwindel. Es besteht auricularer Schwindel, begleitet von psychomotorischen Störungen. — Moos bringt seine Theorie über die Function der halbcirkelförmigen Canäle in Erinnerung.

Kirchner spricht über Neurosen des Warzenfortsatzes und der Schnecke und zeigt einen Sequester, der den ganzen Warzenfortsatz enthält, der sich in Folge einer chronischen Otitis media losgelöst hat; er demonstrirt ferner eine ganze Schnecke, ebenfalls durch chronische Eiterung ausgestossen, woran Caries an den ersten zwei Windungen genau zu erkennen ist. Bemerkenswerth ist bei diesen zwei Fällen, dass das Gehör beinahe vollkommen erhalten war. Ferner demonstrirt Kirchner einen neuen, von ihm modificirten Delstanche'schen Masseur, bei welchem Druck und Aspiration beliebig angewendet werden können.

Rossi glaubt, dass bei den erwähnten Fällen nicht alle nöthigen Messungen vorgenommen wurden, um zu constatiren, ob das Gehör wirklich so wenig alterirt wurde und erzählt einen analogen Fall mit weniger günstigen Hörfähigkeiten, wobei die Luftleitung mittels eines sinnigen Vorgehens erprobt wurde. — Gradenigo glaubt, dass es sich in diesen Fällen um ein einfaches Factum der Resonanz handelt. — Kirchner erwiedert, dass der Beweis mittels der Luftleitung bei Schneckenmangel ihm weder richtig, noch durchführbar erscheint, weil es schwer ist, die Function des anderen gesunden Ohres ganz abzuschliessen.

Gellé spricht über Facialis und seine Verletzungen. Er demonstrirt die intimen Beziehungen des Facialis mit der hintern Wand der Trommelhöhle; er recapitulirt die Normen für die Operationen am Warzenknochen des Articus und des Antrums und sagt, dass die hauptsächlichsten Symptome dieser Läsionen sich in den Verletzungen des Facialis resumiren; zur Unterstützung seiner Arbeit theilt er 42 Beobachtungen mit.

Grazzi findet einige Behauptungen des Votr. befremdend, lobt indessen die Arbeit und deren practische Vortheile.

Politzer spricht über eine neue Form der Erkrankung des Ohres. Er beweist auf Grundlage einer Serie von anatomischen und klinischen Beobachtungen, dass in einer bedeutenden Zahl von Mittelohr-sclerosen die anatomische Basis in einer primitiven Erkrankung der knöchernen Labyrinthkapsel zu suchen sei, welche in einer circumscripten Entzündung in der Umgebung des ovalen Fensters besteht, die secundär Proliferation des knöchernen Gewebes mit neuen Formationen ergen

das ovale Fenster, Anchylose des Stapes und Verschluss des ovalen Fensters hervorbringt.

Moos beobachtete vor 30 Jahren einen Fall, bei welchem Hyperostose des Schläfebeins vorhanden war; alle Oeffnungen waren obliterirt, es waren Anchylosen beider Stapes, die Verkrümmungen der Platten, Verhärtung der Schneckenscala, Verengung des halbzirkelförmigen Canales und Atrophie der membranösen Canäle vorhanden. — Colladon behauptet, bei Gelenkrheumatismus dieselben Abnormitäten beobachtet zu haben und erwartet von der Jodkur grossen Vortheil. — Madauf fragt, ob ähnliche Knochenläsionen bei anderen Theilen des knöchernen Systems vorkommen. — Politzer erwiedert, dass trotz wiederholter Untersuchungen diese Veränderungen nur in den von ihm beschriebenen Gegenden vorkamen.

Moos demonstrirt eine Serie von Präparaten: 1) Necrose eines geheilten Canalis facialis; 2) beinahe complete Obliteration der halbzirkelförmigen Canäle; 3) Verknöcherung des grössten Theiles von zwei Schneckenwindungen; 4) Verbreitung der Entzündung und schliessliche Vereiterung des ganzen Mediolus.

Grazi spricht über acustische Signale bei den Eisenbahnen. Die Wichtigkeit des Gegenstandes, welche nicht allein die Ohrenärzte, sondern auch das auf Eisenbahnen reisende Publikum interessirt, rechtfertigt Votr., dass er den Gegenstand wieder aufnimmt, welcher von Moos, Morpurgo, Lichtenberg mit grosser Gründlichkeit schon behandelt wurde. Grazi erwähnt, dass zur Sicherheit des reisenden Publikums in Italien schon so Manches gethan wurde, dass aber immerhin noch Vieles zu thun übrig geblieben, und unterstützt seine Behauptungen mit Thatsachen. Er führt u. A. den jüngsten Bahnunfall bei Limite an, der ebenfalls durch mangelnde Hörfähigkeit eines Bahnbediensteten verschuldet wurde und fragt die Anwesenden, ob zur Verhütung von solchen Unglücksfällen in den betreffenden Ländern Verfügungen getroffen werden. Aus den Antworten war ersichtlich, dass ausser in Baiern und dem Grossherzogthum Baden das Engagement des Zugpersonals ohne entsprechende Controle vorgenommen wird.

Szenes spricht über European, Alumnol, Diaphterien und über Antiseptici bei Ohrenkrankheiten.

Cozzolino hält einen Vortrag über Otoneurasthenie, verbunden mit oder als Folge von Otopathie und Rhinopharyngopathie. Er sagt, dass es eine klinische Form von Otoneurasthenie giebt, welche ausschliesslich der Labyrinthspannung angehört und ebenso cerebralen, als vasomotorischen Ursprunges sein kann. Sie ist häufig bilateral mit Hyperacusis verbunden. Wenn ein früher normal hörendes Individuum sich auf einmal über Gehörstörungen beklagt, muss stets die Cerebrospinalaxe und der Tonus muscularis geprüft werden. Ohrenschwindel verbindet sich häufig mit neurasthenischem Schwindel, Gehörhallucinationen sind nur bei neurasthenischen Individuen möglich, die sich andererseits mit hysterischen vereinen. Diese neurasthenischen Ohrenkrankheiten vergesellschaften sich mit Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen des Nasenrachenraumes u. s. w.

Hierauf referirt Cozzolino über 120 Warzenerkrankungsfälle, von ihm operirt und behandelt vom Jahre 1883 bis 1893. Er unterscheidet

ganz richtig drei Formen mit dreierlei Therapie, der man füglich nach Ansicht des Referenten eine vierte anschliessen könnte. — Ficano fragt, ob bei neurasthenischem Schwindel auch Gehörsreduction vorhanden ist. — Cozzolino antwortet, dass eine Steigerung der Gehörsperception eher zu constatiren wäre.

Rossi demonstriert Experimente mit dem Myringographen. Der Apparat besteht aus einem Diapason, welcher unter der Action eines electrischen Stromes eine Flüssigkeit in einer Röhre bewegt, an deren Ende zwei Membranen postirt sind, welche die erhaltene Bewegung einer Trommel, gleich der von di Marey, übermitteln. Er schliesst aus diesen Experimenten, dass, wenn man ohne Energieverlust die Bewegungen einer Stimmgabel mittels einer Flüssigkeitssäule zwei den Trommelfellen gleichen Membranen übermitteln kann, wenn man diese Bewegungen auf einem Cylinder zu fixiren im Stande ist, wenn die Grösse der Bewegungen einer Membran in geradem Verhältnisse mit der einer analogen Membran ist, so kann man mit dem Myringographen die Bewegungen des Trommelfells und jene der Gehörknöchelchen in gesundem und krankem Zustande beobachten.

Politzer spricht die Ueberzeugung aus, dass die soeben mitgetheilten Experimente der Wissenschaft, sowie der Praxis wesentliche Dienste zu leisten berufen sind. — Grazzi fragt, auf welche Weise die Bewegungen des Apparates von Luft und Boden isolirt waren. — Gellé behauptet, dass die Resultate dieser Experimente grösstentheils von der Höhe der benutzten Stimmgabel (ut³) abhängen.

Hierauf spricht Ludewig über Extraction der cariösen Gehörknöchelchen bei Otitis media suppurativa chronica. Er hält die Operation für angezeigt bei Granulationen im Mittelohr, bei Perforation der Membrana flaccida, bei evidenter Necrose der Gehörknöchelchen. Die erhaltenen Resultate sind sehr verschieden. In 85 Fällen fand Votr. Caries des Ambosses.

Politzer fügt hinzu, dass die Operation bei Cholesteatom im Antrum oder im Epitympanium ebenfalls angezeigt ist. — Avoledo fragt, wie oft Votr. bei dieser Operation Störung der Chorda tympani beobachtet hat. — Ludewig behauptet, es häufig genug gefunden zu haben, aber die Patienten kümmerten sich nicht darum und es ging dann Alles wieder vorüber. — Reinard beobachtete bei Caries des Trommelfelles 50 pCt. Cholesteatome.

Ferreri spricht über den Einfluss der caustischen Behandlung bei Entfernung der cariösen Knöchelchen. Er geht von der Annahme aus, dass die Excision der Knöchelchen nicht immer gute Resultate giebt und glaubt, dass einem operativen Eingriff stets eine caustische Cur vorhergehen müsse.

Szenes spricht über zwei geheilte Fälle von totaler Taubheit mittels Pilocarpin.

Gradenigo zweifelt an der Richtigkeit der Diagnose und behauptet, dass der erste Fall Hysteria infantilis und der zweite erworbene Syphilis war. — Avoledo wendet Pilocarpin mit gutem Erfolge an bei doppelseitiger chronischer Trommelhöhleneiterung mit progressiver Taubheit, wenn weder Caries noch Cholesteatom oder irgend welche, die Wirkung des Pilocarpins hindernde Umstände vorhanden sind, während bei hyper-

plastischen und chronischen Catarrhen von Pilocarpin nichts zu erwarten ist. — Szenes vertheidigt Gradenigo gegenüber seine Behauptungen.

Dundas Grant demonstrirt einen Ohrenspiegel, an dessen Ende eine bewegliche Sonde mit Charnier angebracht ist. Ferner ein Furunculotom für tiefgelegene Furunkel im äusseren Gehörgange.

Grazzi spricht über Malaria und dessen Einfluss auf's Ohr und behauptet, dass dieselbe Congestion und Entzündung verursacht, welche bis zum acustischen Apparat vordringen kann, und dass diese Form mit Chinin und localer Desinfection heilbar sei.

Blake spricht über die Anwendung des Löffels bei Operationen des Warzenknochens. Er macht mit dem Trepan eine kleine Oeffnung im Knochen, vergrössert dieselbe mit dem Meissel und wendet dann Löffel von verschiedener Grösse an, bis die Verbindung mit dem Antrum hergestellt ist. Er legt keine Naht und curirt trocken. Die Löffel haben einen langen Stiel und sind becherförmig. Hierauf spricht er über Extraction des Stapes bei chronischen, nicht eiternden Processen des Mittelohres. Unter 22 Fällen war ein einziger Erfolg, die andern 21 verschlimmerten sich ebensowohl bezüglich der Hörfähigkeit, als der Geräusche; in zwei Fällen trat heftiger Schwindel auf. Er spricht daher dieser Operation jeden Nutzen ab.

Cozzolino theilt die Ansicht Blake's. — Rossi fragt, was Votr. durch Mobilisation des Steigbügels beabsichtigt und in welcher Weise er sie ausführt. — Colladon rath Vorsicht an. — Blake beschreibt sein Vorgehen bei der Tympanotomie, trennt dann den Tensor tympani, den Stapesmuskel, eventuelle Adhäsionen, lässt dann die Oeffnung verheilen. — Gradenigo meint, dass etwelche Verbesserung der Reizung der Trommelhöhle zugeschrieben werden müsste. — Gellé meint, dass ausser dieser Reizung eine tiefere Action der nervösen Centren ebenfalls eine Rolle spielen dürfte. — Corradi schliesst jedwede Reizung aus, da dieselbe bald verschwindet; Masini jedoch schliesst sich den früheren Sprechern an.

Secchi spricht über einen neuen Beitrag zur Physiologie des Mittelohres, nach welchem er die Ueberzeugung ausspricht, dass ebensowohl die Kette der Gehörknöchelchen, wie die dieselben bewegenden Muskeln keine Schalleiter sind, sondern einen Accomodationsapparat repräsentiren. — Gradenigo behauptet, dass diese Theorie aus klinischen Gründen unhaltbar wäre, weil bei verkalktem Trommelfell das Gehör häufig tadellos ist, während dasselbe wesentlich reducirt ist bei scheinbar ganz normalem Trommelfell und doch Anchylose der Knöchelchen vorhanden ist. — Cozzolino unterstützt Secchi mit der Theorie Sapolini's und Scarpa's, welche die Hörperception auf das runde Fenster verlegen. Masini hält die vorgebrachten Deductionen für verfrüht.

Garnault spricht über drei Fälle von Stapedectomie und wird von Masini, Cozzolino und Gradenigo bekämpft. — Madeuf verhandelt über Auscultation der Ohrgeräusche und theilt einen Fall mit, bei welchem das Geräusch synchronisch mit dem Herzschlag war, aus der Entfernung hörbar, das Herz normal und der Patient dasselbe willkürlich hervorbringen konnte.

Isaia spricht über Behandlung der Otitis media bei scrophulösen Individuen, und sich auf die Erfahrungen vieler Autoren

bei Lupus und Tuberculose berufend, und auf Grund eigener Beobachtungen glaubt er die alcohol-balsamischen Lösungen empfehlen zu dürfen. — Cozzolino hält das Wort „Otorrhoea“ für unwissenschaftlich.

Gradenigo glaubt, dass die Wahl eines Mittels unvollkommen sei, wenn man den speciellen Fall nicht berücksichtigt.

Lewy demonstrirt einen neuen Acumeter, der schon im Januarheft dieser Monatsschrift ausführlich beschrieben wurde.

Flatau setzt die Nothwendigkeit auseinander, für taubstumme Kinder Asyle zu errichten und sagt, dass in Berlin ein solches Institut schon besteht und den Unglücklichen grosse Vortheile bietet. — Blake fügt hinzu, dass auch in Boston ein solches Institut zu finden ist. — Gradenigo hält es für wünschenswerth, dass solche Institute auch in Italien errichtet werden mögen. — Politzer hebt hervor, dass er auch ohne specielle Apparate und Uebungen schon Gehörverbesserungen bei taubstummen Kindern erreicht hat, denn acustische Uebungen machen die Kinder nervös und in Anbetracht der Verwüstungen, die in solchen Fällen vorhanden sind, ist von acustischen Uebungen nichts zu erhoffen. In dem Maasse, als der Taubstumme das Mittel gewonnen, die Vocale auszusprechen, ist nur möglich, die Modulationsfähigkeit der Worte zu verbessern, welche übrigens häufig auch ganz spontan eintritt.

Bosio spricht über Behandlung der Taubheit bei Sclerose mittelst weiter Eröffnung des Trommelfelles. In zwei Fällen hat er sehr schöne Erfolge damit erreicht und obwohl er weit entfernt ist, diese Methode immer für verlässlich zu halten, kann er dieselbe, bevor andere operative Eingriffe versucht werden, empfehlen. Derselbe demonstrirt ein Messerchen mit Doppelschneide zur Tenotomie des Tensor tympani und hebt den Vortheil desselben hervor, dass dasselbe auf beiden Seiten benutzt werden kann, ohne die Richtung zu verändern, oder das Messer herausziehen zu müssen.

Cozzolino spricht über einen Fall, bei dem vor 4 Jahren die Myringolectomie gemacht wurde. Das Mädchen wurde besser, aber bei der Prüfung des Gehöres mit der Uhr wurde nächsten Tag ein Ausfall von 2—3 Secunden beobachtet; der Zustand dauert noch heute. — Ficano fragt, ob Suggestion ausgeschlossen werden könnte. — Gradenigo fragt, ob diese Erscheinung nicht als auriculare Erschöpfung gedeutet werden könnte. Cozzolino erwidert, dass das Mädchen nicht hysterisch war und mit verbundenen Augen geprüft wurde. Hierauf demonstrirt Cozzolino Instrumente für den Nasenrachenraum. Schliesslich hält Poli einen Vortrag über Ohrsyphilis und deren Behandlung; er hat mit einer gemischten Cur, mit Injectionen von Calomel und Pilocarpin, Erfolge erreicht bei Fällen, wo die Syphilis-Diagnose eine zweifelhafte war.

Kleinere Unvollkommenheiten, so der Vortrag von Moos, werden später ergänzt. Die Berichterstattung hat aus der Discussion nur Wesentliches aufgenommen, weil es nicht ihre Aufgabe sein kann, für unreife Expectorationen Reclame zu machen oder schülerhafte Aeusserungen zu notiren. Das Präsidium sollte schon einmal seine Vorrechte unberufenen und zudringlichen Sprechern gegenüber etwas strenger üben, und auch die Mitglieder der Section dürften es nicht ungeahndet lassen, wenn „Dichtung“ in der Wissenschaft sich hervorwagt und der Wahrheit so

keck die Stirne bietet. Wenn wir noch lange nachsichtig und rücksichtsvoll sind, dann wird man sich von den Congressen mit Verachtung abwenden.
Lichtenberg.

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber den Werth acustischer Uebungen an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständiger Taubheit. Von Prof. Dr. Victor Urbantschitsch. (Wiener klinische Wochenschrift No. 1, 1894.)

Ein besonders auffallender Hörerfolg, den V. vor mehreren Jahren durch acustische Uebungen an einem tauben Kinde erzielte, veranlasste ihn, auf den Gegenstand näher einzugehen, und seit 1½ Jahren hat er sich von dem Werthe dieser Hörübungen an einer grösseren Anzahl von Taubstummen überzeugt. Die Art und Weise seines Vorgehens besteht darin, dass er dem Taubstummen einzelne Vokale in's Ohr ruft, die er früher durch Buchstaben bezeichnet, und das so lange wiederholt, bis dieselben ungenau oder genau nachgesprochen werden. Später werden auch die Consonanten herangezogen, und bei fortgesetzter Uebung Silben und Worte in Anwendung gebracht. Die Bedeutung der Worte wird nicht immer gleich erfasst. V. räth, auch Worte ohne Bedeutung zu benutzen, damit man sicher sei, dass nicht combinirt wird.

Die vom Verf. erzielten Resultate sind sehr verschieden; zuweilen tritt eine erfreuliche Entwicklung des Hörvermögens ein, zuweilen zeigt sich aber, trotz fortgesetzter Uebungen, ein Stillstand in der Besserung, sogar in manchen Fällen, ohne nachweisbare Ursachen, eine Gehörverschlimmerung. Ausdauer, Beharrlichkeit und Geduld sind übrigens auch in diesen Fällen von grosser Wichtigkeit. — Mitunter tritt bei den Uebungen acustische Ermüdung, allgemeine Nervosität oder erregte Stimmung auf, die eine Einschränkung der Uebungen erfordert, doch wäre totales Aussetzen derselben zu vermeiden. V. zieht von alledem den Schluss, dass man auch hier vorsichtig und streng individualisiren muss; er übt anfangs in Pausen von 5—10 Minuten täglich nur 1 Stunde, um bei Toleranz auch noch darüber hinauszugehen.

Bezüglich der Stärke der anzuwendenden Töne warnt V. vor allzu turbulentem Schalle, und das Hörrohr kommt nur dort in Anwendung, wo die taubstumme Person damit eigene Uebungen anstellen soll. Vorsichtig gemachte Experimente haben V. die Ueberzeugung verschafft, dass tactile Einfindung einen Höreindruck hervorzubringen nicht vermag. Auch bei erworbener Taubheit, sogar in vorgerücktem Alter, hat V. durch Hörgymnastik Erfolge erzielt. Alle Erfolge dieser Methode führt V. auf die Activirung oder Reactivirung des bei taubstummen oder tauben Personen vernachlässigten Hörsinnes zurück, der durch Uebung einen gewissen Grad von Perceptionsfähigkeit wieder erlangen kann. Hierauf werden vom V. drei Fälle demonstirt.

Ohne die Bedeutung dieser Mittheilung im Entferntesten degradiren

zu wollen, muss ich constatiren, dass schon Lincke auf die durch lange Zeit fortgesetzte Gymnastik des Gehörorganes bei Taubstummen grosses Gewicht gelegt hat. Sein humaner Sinn hat sich mit der orthophonischen Erziehung der Taubstummen nicht begnügt, sondern, gestützt auf die sicheren Gesetze der Natur und der Physiologie, hat er schon längst die Regeln festzustellen versucht, schon längst ein organisches codificirtes System orthoacustischer Unterweisungen aufgebaut, nach welchem Taubstumme nicht allein zur unartikulirten Sprache, sondern auch zur relativen Heilung gebracht werden. Die orthoacustische Methode von Lincke ist so vollkommen, dass sie der von Herrn Prof. Urbantschitsch entwickelten auch im Detail nicht nachsteht, ja dieselbe an Feinheit und an bemerkenswerthen wichtigen Momenten übertrifft. Diese längstbekanntesten Principien übergangen übrigens auch auf den Epigonen Lincke's, und wenn auch literarisch nicht so sehr aufgebauscht, übt sie meines Wissens ein jeder rationelle Ohrenarzt, der gewiss keinen Taubstummen entlässt, ohne dessen Umgebung aufmerksam zu machen, dass man dem Individuum Gelegenheit geben müsse, sein etwa vorhandenes Gehör durch lärmende Spielzeuge und durch geduldig in's Ohr gesprochene Worte zu schärfen und weiter zu entwickeln. Wir zweifeln gar nicht daran, dass selbst unter den Wiener Collegen mancher sich befindet, der schon bessere Erfolge durch die Hörgymnastik erzielte, als sie uns in diesem Aufsatze vorgeführt sind. Die Methode ist nur alt, und darum auch nicht oft Gegenstand literarischer Abhandlungen. Lichtenberg.

Die Methode der centripetalen Pressionen und die Diagnose der Stapesfixation. Von E. Bloch in Freiburg i. B. (Zeitschr. für Ohrenheilkunde XXV, Heft 1 u. 2.)

Der Autor sieht sich auf Grund zahlreicher, über eine längere Zeit sich erstreckender Prüfungen zu einer warmen Empfehlung des bisher wenig beachteten Gellé'schen Versuches veranlasst. Der letztere besteht in Luftverdichtung im äusseren Gehörgang mittelst Ballon, während deren der Ton einer auf den Ballon oder auf die Kopfknochen aufgesetzten Stimmgabel wesentlich schwächer gehört wird. Im Gegensatze zu Gellé sieht Bl. den Grund für diese Tonabnahme nicht in einem erhöhten Labyrinthdrucke, von dem er vielmehr in Uebereinstimmung mit Bezold annimmt, dass derselbe alsbald bei seinem Entstehen durch den Abfluss der Labyrinthlymphe auf dem Wege der Aquaeducte ausgeglichen werde, sondern vielmehr einmal in der erhöhten Trommelfellspannung, ohne jedoch derselben gleich Politzer den alleinigen Antheil an dem Effecte zuzuerkennen, dann aber in der durch die Pression des Trommelfelles bedingten Veränderung des Gleichgewichts der Schallleitungskette und der hierdurch beschränkten Beweglichkeit des Stapes insbesondere, welche eine Abnahme der Stärke der Schallempfindung bedinge. Aus dem Ausfalle des Ergebnisses des Gellé'schen Versuches glaubt Bl. mit Gellé Rückschlüsse auf die Leitungsfähigkeit der Schallleitungskette, speciell die Beweglichkeit des Stapes, machen zu können. Der enge Rahmen eines Referats gestattet es nicht, auf die mannigfachen theoretischen Discussionen, zu welchen das Thema Anlass giebt, einzugehen; jedenfalls ist der Wunsch des Autors berechtigt, dass dem Versuche eine grössere Beachtung wie bisher geschenkt werde, von

welchem Gesichtspunkte aus die obige Abhandlung einem eingehenderen Studium nur auf's Beste empfohlen werden kann, wobei die verschiedenen Arbeiten Bezold's über Behinderung der Schalleitungskette, sowie dessen Kritik des Gellé'schen Versuches (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XVII, XVIII) nicht übergangen werden dürfen. Keller.

b) Rhinologische:

Nasenstein mit theilweiser Zerstörung der Nasenscheidewand. Doppelter Nasenstein in demselben linken Nasenloch. (Calcul ou rhinolithe avec destruction partielle de la cloison du nez. Double rhinolithe dans la même fosse nasale gauche.) Von Dr. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du nez No. 8, 1893.)

Zwei Fälle von sehr grossen Nasensteinen bei einem 40jährigen und einem 59jährigen Manne. Beide wurden auf natürlichem Wege durch Erweiterung des linken Nasenloches entfernt mittelst gebogener, hinter die Fremdkörper geführter Sonden. Verf. verwirft in solchen Fällen die Zangen; diese Sonden werden an den Fremdkörpern vorbei oder von hinten durch die Choanen eingeführt. Verf. giebt die chemische Analyse und die genaue Abbildung der drei Nasensteine, welche er wahre Nasensteine nennt und welche ebenso wie die Thränenflüssigkeit und der Nasenschleim zusammengesetzt sind und ebenso wie die Blasensteine local entstehen; die einen Fremdkörper enthaltenden und durch Auflegen entstandenen Rhinolithen nennt Verf. falsche Nasensteine.

Dr. P. K.

Beitrag zur Statistik der Sarcome der Nasenscheidewand. (Contribution à la statistique des sarcomes de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. d'Aguzzo. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1893.)

Sarcom der Nasenscheidewand bei einem 11jähr. Mädchen. Seltene Fälle; von den 15 bis jetzt veröffentlichten Fällen waren 4 Encephaloid-sarcome. Häufiger bei jungen als bei älteren Leuten. Ursache unbekannt.

Dr. P. K.

Die Pathogenese des nichtinfectiösen Croup der Nasenschleimhaut. (De la pathogénie du croup non infectieux de la muqueuse nasale.) Von Dr. Schiffers. (Société belge de laryngol. et d'otologie, Juni 1893 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 14, 1893.)

Nichtinfectiöser Croup der Mucosa ist theoretisch und klinisch bewiesen; es bestehen keine Allgemeinerscheinungen, namentlich keine Ganglienschwellung. In der Nase wirken solche Membranen bloss mechanisch; die Membranen zeigen sich microscopisch als echte Croupmembranen. Man braucht keine Micrococen, sondern einfach einen eine Zeit lang andauernden Spasmus einiger kleinerer Blutgefässe in Folge localen Reizes anzunehmen; die Prädisposition solcher Kranken erklärt auch das häufige Recidiviren solcher Membranen. Die Behandlung besteht einfach in Bepinselung mittelst alcalischer Lösungen und in Anwendung von Vaselineborsäure.

Dr. P. K.

Bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims. (Le pouvoir bactéricide du mucus nasal.) Von DDr. Würtz und Lermoyez. (Travail du laboratoire du professeur Straus à Paris. Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Verff. geben, ihren Experimenten entsprechend, die microscopische und chemische Beschaffenheit des Nasenschleims und beschreiben ihre Untersuchungsmethoden. Eine erste Serie von Experimenten, von denen Verff. die wichtigsten mittheilen, beziehen sich auf die bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims im Fall von Milzbrand; in allen diesen Experimenten waren die Resultate identisch und unzweifelhaft positiv. Nach anderen Experimenten, auf andere Bacterien ausgeführt, welche Resultate Verff. später veröffentlichen werden, ist die bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims nicht so ausgesprochen, besteht aber dennoch in auffallender Weise.

Die genau wissenschaftlich durchgeführte Arbeit verdient wegen der darin enthaltenen, für den Specialarzt wichtigen Auseinandersetzungen im Original nachgelesen zu werden.

Dr. P. K.

Die zu weite Nase. (Le nez trop libre.) Von Dr. Madeuf. (Société de laryngol. et d'otologie de Paris, séance de Juin et Juillet 1893.)

Soll in der Pathologie mit demselben Rechte wie die Nasen-Verstopfung behandelt werden. Solche Kranke sind fortwährenden Catarrhen der obersten Luftwege ausgesetzt, ohne dass die Lungen etwas Krankhaftes darbieten. Solche Erweiterungen kommen bei Ozaena, Verschiebung des Septums, Atrophie der Muscheln, Syphilis vor, ohne dass der Patient und selbst die Aerzte darauf aufmerksam geworden sind. Es besteht also hier ebensogut wie bei Nasenverstopfung eine Naseninsufficienz, welche meistentheils unheilbar ist; hygienische Vorsichtsmaassregeln bilden die einzige Behandlung.

Dr. P. K.

Ueber chronische Rhinitis. (Sur les rhinites chroniques.) Von Dr. Paul Tissier. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1893.)

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus betrachtet, theilt Verff. die chronischen Nasenentzündungen ein in: 1) einfache chronische Rhinitis; Erweiterung der Gefässe, Fehlen der vasculären Wucherungen, ausgebildetes Bindegewebe mit zahlreichen embryonalen Zellen gefüllt, Fehlen des Mucins in den Bindegewebsmaschen, Degeneration der Drüsen-elemente; 2) hyperplastische chronische Rhinitis mit colossaler Blutgefässerweiterung und als Folge davon Neubildung jungen Bindegewebes, welches weite Maschen besitzt; letztere sind mit Mucin überfüllt und enthalten ausserdem zahlreiche, von den neugebildeten Gefässen ausgehende Wanderzellen. Fast keine Drüsenveränderungen; 3) Schleimpolypen; sie bilden nur eine Steigerung der anatomischen Symptome der zweiten Classe; 4) einfache chronische atrophische Rhinitis. Es ist eine einfache Sclerose; die Mucosa ist in eine Decke fibrinösen Gewebes verwandelt, welches wenige von Endarteritis und Periarteritis befallene Gefässe enthält; epitheliale Metaplasie, Drüsenveränderungen etc. etc.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Rheumatische Halsaffectionen. (Rheumatic throat affections.) Von Dr. M. Thorner. (Cincinnati Medical Journal, March 1893.)

Bericht über 2 Fälle „rheumatischer Pharyngitis“. Im ersten Falle handelte es sich um eine chronische Form, die immer während des Witterungswechsels im Frühling und Herbst mit Schmerzen in Rachen- und Kehlkopfgegend und in den äusseren Theilen des Halses, besonders der Zungenbeingegend auftrat. Im anderen Falle war die rheumatische Pharyngitis acut als Vorläufer einer Polyarthrits rheumatica aufgetreten. In beiden Fällen prompte Heilung auf antirheumatische Medication. Verfasser bespricht den Zusammenhang mit dem acuten Gelenkrheumatismus, sodann die Symptomatologie: Schmerzen im Hals beim Schlucken und Hyperämie der Mucosa. Fieber kann vorhanden sein. Der Larynx ist bei den acuten Attaquen seltener befallen; durch Ergriffensein der kleinen Larynxmuskeln kann Dysphonie bedingt werden. Als Behandlung empfiehlt er die antirheumatische, vorzüglich Salol und Salicyl.

Kahn (Würzburg).

Ueber hämorrhagische Pharyngitis. (Pharyngites hémorrhagiques.) Von Dr. Natier Marcel. (Société française d'otologie et de laryngologie 1893 und Revue de laryngologie No. 18, 1893.)

Selten. Verf. giebt die Geschichte der wenigen bekannten Fälle. Die Blutung ist auf der Oberfläche der Mucosa oder sie ist submucös und interstitiell. Ungefährlich, Ursachen sind allgemeiner Natur (Hämophilie, Herzfehler, Purpura, Leukämie, Morbus Werlhoffii, Scorbut, Lungenemphysem, Morbus Brighti) oder sie sind local. Die Symptome sind verschieden, je nachdem die Blutung auf der Mucosa oder submucös stattgefunden hat. Die Diagnose ist wichtig wegen der Angst der Kranken und wegen der Differentialdiagnose. Die Behandlung ist allgemein bekannt; am besten ist die von Mackenzie angegebene Mischung von Acid. tannicum, Acid. gallicum und Wasser. Dr. P. K.

Microscopische und bacteriologische Untersuchungen über die gutartige Mycose des Pharynx. (Recherches microscopiques et bactériologiques sur la mycose bénigne du pharynx.) Von Dr. Paul Rangé. (Société française de laryngologie et d'otologie 1893 und Revue de laryngologie No. 19, 1893.)

Ueber die parasitäre Natur sind alle Autoren einig; mit Ausnahme von Eugen Fränkel und Sadebeck nehmen alle Autoren den *Leptothrix buccalis vulgaris* an; damit verliert also die Krankheit alle Specificität und bestände nur in einer Anhäufung, meist auf den Mandeln und der Zungenbasis, eines im Munde bekannten und fast immer zu findenden Microorganismus. Wir wissen aber, wie trügerisch in der Bacteriologie und in der cryptogamischen Botanik die Aehnlichkeit, welche allein auf dem blossen Auge beruht, ist. Nach Verf.'s Ansicht hat man kein Recht, auf den Augenschein allein sich stützend, die Identität beider Organismen anzunehmen; es bedarf noch biologischer Beweise. Letztere hat Verf. durch Vergleichungs- und Culturversuche festzustellen versucht und

kommt dabei zu einem negativen Resultate; die Untersuchungen, welche nach Verf.'s Meinung noch fortzusetzen sind, drängen zur Annahme einer Verschiedenheit der beiden Microorganismen.

Dr. P. K.

Methode der rhythmischen Zungentractationen bei den verschiedenen Erstickungsarten. (Du procédé de tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, Juli 1893.)

Bei Asphyxie der Neugeborenen, durch Vergiftung, durch Spasmus und Tetanus, durch Erdrosseln wird die Methode mit Erfolg angewandt. Die durch die Tractationen angeregten sensiblen Nerven des Zungengebietes wirken auf die hauptsächlichsten Bewegungsnerven, welche die Inspirationsmuskeln versorgen; also der Lingualis, der Glossopharyngeus, die Tracheal- und Laryngealnerven, namentlich der Laryngeus superior. Schneidet man bei Thieren die genannten Nerven durch und setzt man dieselben Thiere den Erstickungserscheinungen aus, so hört die günstige Wirkung der Zungentractationen auf; der von den sensiblen Nerven gereizte motorische Nerv ist der Phrenicus; durchschneidet man denselben, so hören ebenfalls die günstigen Wirkungen der Zungentractationen auf. Diese Erscheinungen sind constant. Da wo bei scheinotdten Neugeborenen die Luftenblasungen im Stiche lassen, soll man immer die Zungentractationen ausführen.

Dr. P. K.

Drei Beispiele von Zungenmandelleiden. (Trois exemples cliniques d'affections de l'amygdale linguale.) Von Dr. Bouleugier. (Presse médicale No. 1, 1893 und Revue de laryngologie No. 18, 1893.)

Drei interessante Fälle, welche die relative Häufigkeit des Leidens, sowie die Nothwendigkeit der localen Behandlung beweisen.

Dr. P. K.

Multiple Hautsarcome und Lymphosarcom der rechten Mandel. (Cas extraordinaire de sarcomes multiples de la peau et de lymphosarcome de l'amygdale droite.) Von Dr. Sendziak. (Gazeta Lekarska und Revue de laryngologie No. 18, 1893.)

Beginn am linken Unterschenkel; der sich später entwickelnde Halsknoten brachte Respirations- und Schlingbeschwerden; die vergrößerte Mandel hatte die Grösse eines Hühnereies. Blutloses Entfernen mittels der galvanocautischen Schlinge; das Microscop wies ein Lymphosarcom nach. Das Arsen brachte schliessliche Heilung der Gesamtaffection. Seltene Fälle.

Dr. P. K.

Mandellymphom. (Lymphome des amygdales.) Von Dr. Cresswell Baber. (Archiv of Otol. Vol. XXI, No. 2 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Eine 14jährige Patientin wurde wegen anscheinender einfacher Mandelhypertrophie operirt. Schnelle Recidive, welche mehrere Nachoperationen erforderte. Schwellung der Lymphdrüsen des Halses, der Schulterhöhle, der Inguinalgegend. Tod durch cachectische Lungenentzündung. Das Microscop zeigte Lymphadenom.

Dr. P. K.

Maligne Tumoren der Mandeln mit zehn neuen Beobachtungen.

(Tumeurs malignes aux amygdales avec dix observations nouvelles.) Von Dr. Newman. (Americ. Journal of med. sciences und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Verf. giebt besonders das Resultat der Operationen; von 144 gesammelten Fällen wurde 56 Mal operirt, theils vom Munde aus, theils durch äusseren Schnitt. Verf. spricht sich zu Gunsten der frühzeitigen und radicalen Operation aus. Er operirt vom Munde aus.

Dr. P. K.

Zur Therapie der hysterischen Stummheit. Von Dr. R. Kayser, Specialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Breslau. (Sonder-Abdruck aus „Therapeut. Monatshefte“, October 1893.)

Der 23jährige, neuropathisch unbelastete Patient bekam 1891, als er wegen eines Kehlkopfcarrhes electricisirt wurde, plötzlich einen schweren Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit, welcher sich oft wiederholte. Seit dem ersten Anfall war Patient völlig stumm. Als im Januar 1893 der Patient in K.'s Behandlung kam, bot er den Befund eines kräftigen Mannes mit normalen inneren Organen, nicht gesteigerten Reflexen, ohne Gesichtsfeldseinschränkung, mässigen Kehlkopfcarrh. Bei Phonationsversuchen nähern sich die Stimmbänder nahe der Mittellinie, weichen aber bald auseinander und lassen einen breiten, namentlich nach hinten weit offenen Spalt, durch den die Expirationsluft in übermässiger Menge entweicht. Die Empfindlichkeit ist erhalten, Berührung löst einen tönenden Hustenstoss aus, wird die Bauchpresse in Thätigkeit gesetzt, so legen sich die Stimmbänder fest aneinander und halten die Glottis längere Zeit geschlossen. Ein Versuch, den Kranken zu hypnotisiren, misslang. Er wurde nun unterwiesen, regelmässige, langsame Respirationen zu machen und den bei der Bauchpresse eintretenden Schluss der Stimmitze durch Expirationsstösse zu sprengen. So wurde im Verlaufe einiger Wochen eine leidlich vernehmbare, scandirende Flüstersprache erzielt. Um dem Kranken anschaulich zu machen, dass zur Stimmbildung eine dauernde Annäherung der Stimmbänder bei gleichzeitiger über eine gewisse Zeit ausgedehnter Respiration nöthig sei, lehrte ihn K. die Autolaryngoscopie. Der Patient legte einen gewöhnlichen, möglichst grossen Kehlkopfspiegel an den Reflector während der Untersuchung an und beobachtete so die Form seiner Glottis bei Athmung und Bauchpresse, die er zur Controle nachahmen musste. So brachte er schon nach zwei Sitzungen ein klangvolles „o“ heraus. Dieses übte er zu Hause, am nächsten Tage wurde „o“ mit einem Consonanten geübt; endlich die anderen Vocale immer mit Hilfe des autolaryngoscopischen Bildes. Nach 14 Tagen konnte der Kranke alle Worte laut und deutlich, wenn auch noch etwas heiser, sprechen. Durch Gesangsübungen gewann dann die Sprache noch volle Kraft und Reinheit. K. beweist durch den mitgetheilten Fall, dass es möglich ist, zur Herbeiführung coordinirter Stimmbandbewegungen durch seine in einfacher Weise ausgeführte Autolaryngoscopie den Gesichtssinn heranzuziehen.

Hitschmann.

Durchgang eines Maximalthermometers durch den Darmeanal. (Passage d'un thermomètre a maxima à travers le tube digestif.) Von Dr. Toubin. (Association française pour l'avancement des sciences, session de Besançon 1893 und Semaine médicale No. 51, 1893.)

Ein Gefangener verschlang, 10 Tage nachdem er den Stiel eines eisernen Löffels verschluckt hatte, ein Maximalthermometer, als man die Temperatur im Munde messen wollte; das Instrument war 113 Mmtr. lang, 6 Mmtr. breit und war ganz von Glas angefertigt. 9 Tage nachher entleerte er per anum zugleich den eisernen Löffelstiel und das Thermometer; letzteres zeigte die Temperatur von 38,1 Grad. Der Unterschied der Temperatur in beiden Maxima war von neun Zehntel; während der ganzen Zeit des Verbleibens des Thermometers im Darm betrug die Temperatur der Achselhöhle 37,2. Nahrung und Clystiere wurden während der ganzen Zeit kalt beigebracht.

Dr. P. K.

Neuer Apparat, um die galvanocaustische Batterie in der Galvano-caustik zu ersetzen. (Un nouvel appareil destiné à remplacer la pile du galvanocaustère.) Von Dr. Deschamps. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7.)

Besser als die Accumulatoren und die Kohlenzinkbatterien mit doppelchromsaurem Kali und Schwefelsäure ist ein einfacher Resistenzapparat auf der Bahn der electrischen Beleuchtung; da der Strom bei den meisten electrischen Beleuchtungsmethoden ein alternirender ist, so genügt ein einfacher Rheostat nicht; man muss eine Resistenz in den alternirenden Strom hineinbringen; dieser alternirende Strom hat in den meisten mit electrischer Beleuchtung versehenen Städten 110 Volta Spannung; mit solchem Strom kann man keinen Accumulator laden, denn der Platindraht würde augenblicklich schmelzen. Man muss also in den Verlauf dieses intensiven Stromes eine Drahtrolle einschieben, welche die Rolle eines „Selfinductors“ spielt. Damit behält aber der Strom dennoch eine Spannung von 110 Volta; diese Spannung bewirkt in den Muskeln des Arztes und des Patienten Zuckungen, welche störend wirken. Verf. schiebt einen sogenannten Transformator ein, welcher blos 4 Volta hat und dennoch den grössten Galvanocauter erglühen kann; der von Gaiffe in Paris hergestellte Apparat stellt einen umgekehrten Ruhmkorffschen Inductor dar.

Dr. P. K.

Ueber die Creosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen. Von Prof. Dr. Carl Stoerk in Wien. (Sonder-Abdruck aus dem Archiv f. Laryngologie, I. Bd., 2. Heft.)

Wenn auch das Fiasco der Koch'schen Tuberculin-Therapie wehmüthig stimme, so sei doch nur von weiterer ruhiger Forschung auf dem durch sie eingeschlagenen Wege eine wirksame Bekämpfung der Tuberculose zu erhoffen. Falsch hingegen sei es, sich von empirisch ausgeklügelten Medicamenten einen Erfolg zu versprechen. Zu letzteren gehöre das Creosot, welches, wenn kritiklos angewandt, eher schade, als nütze. Ueber die Erfolge bei interner Verabreichung des Creosotes existiren die differentesten Berichte. Der Umstand, dass die nöthigen grossen Mengen, per os oder subcutan einverleibt, nicht vertragen wurden, führte zum Versuch mit Creosotclysmen. Von diesen sahen Chrosowsky

und Nistocky, sowie Révillet günstige, Popper und Ellmann unzureichende Resultate, letztere beiden überdies Reizungserscheinungen im Darne. Inhalationen von Creosotdämpfen erzeugten bei Thieren entzündliche Zustände in den Lungen und anderen Parenchymenten sowie Miliarapoplexien im Gehirne. Somit erscheint es unmöglich, die zu einer bactericiden Wirksamkeit nöthigen Creosotmassen der Körperflüssigkeit beizumengen.

Eine indirecte Heilwirkung, welche das Creosot dadurch entfalten soll, dass es als Stomachicum den Organismus durch erhöhte Nahrungsaufnahme resistenter macht, bestreitet St. entschieden. Gestützt auf eine enorme Anzahl eigener Beobachtungen behauptet er, dass anhaltender Gebrauch hoher Creosotdosen den Appetit und dadurch die Nahrungszufuhr geradezu auf ein Minimum sinken lasse, abgesehen davon, dass die Kranken noch durch den üblen Geschmack im Munde, Ekel, Brechreiz und selbst Erbrechen herabkommen. Hitschmann.

Personal-Nachrichten.

Den ausserordentlichen Professoren der Ohrenheilkunde an der Wiener Universität Dr. Josef Gruber und Dr. Adam Politzer, sowie dem ausserordentlichen Professor der Laryngologie Dr. Carl Störk wurden Titel und Character eines ordentlichen Professors verliehen. Herr Docent Dr. Cornel Lichtenberg in Budapest erhielt den österreichischen Franz Josef-Orden.

Berichtigung.

In dem in No. 3 abgedruckten Aufsatz: Ueber die diagnostische Verwerthbarkeit etc. von Dr. Eulenstein muss es Seite 78, Zeile 6 von unten heissen: Gedämpfter Percussionsschall auf dem rechten Proc. mast.

I N H A L T.

I. Originalien: Ziem: Ueber Entfernung von Fremdkörpern aus dem Gehörgang. — Sendziak: Beitrag zur Aetiologie der sogen. schwarzen Zunge. — XI. internationaler medicinischer Congress in Rom. — II. Referate: a) Otologische: Urbantschitsch: Ueber den Werth acustischer Uebungen an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständiger Taubheit. — Bloch: Die Methode der centripetalen Pressionen und die Diagnose der Stapesfixation. — b) Rhinologische: Cozzolino: Nasenstenose mit theilweiser Zerstörung der Nasensecheidewand. — d'Aguzzo: Beitrag zur Statistik der Sarcome der Nasensecheidewand. — Schiffers: Die Pathogenese des nichtinfectiösen Croup der Nasenschleimhaut. — Würtz und Lermoyez: Bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleims. — Madeuf: Die zu weite Nase. — Tissier: Ueber chronische Rhinitis. — c) Pharyngo-laryngologische: Thorner: Rheumatische Halsaffectionen. — Marcel: Ueber hämorrhagische Pharyngitis. — Rangé: Microscopische und bacteriologische Untersuchungen über die gutartige Mycose des Pharynx. — Laborde: Methode der rhythmischen Zungencontractionen bei den verschiedenen Erstickenarten. — Boulequier: Drei Beispiele von Zungenmandelleiden. — Sendziak: Multiple Hautsarcome und Lymphosarcom der rechten Mandel. — Baber: Mandellymphom. — Newman: Maligne Tumoren der Mandeln mit zehn neuen Beobachtungen. — Kayser: Zur Therapie der hysterischen Stummheit. — Toubin: Durchgang eines Maximalthermometers durch den Darmcanal. — Deschamps: Neuer Apparat, um die galvanocaustische Batterie in der Galvanocaustik zu ersetzen. — Stoerk: Ueber die Creosotherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen. — Personal-Nachrichten. — Berichtigung.

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

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

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

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

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

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

Dr. N. RÜDINGER

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTTER

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ 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. XXVIII.

Berlin, Mai 1894.

No. 5.

I. Originalien.

Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch.

Von

Dr. Daniel Kaufmann,

Assistent an der Universitäts-Ohrenklinik in Wien.

M. M., 14 Jahre alt, Greislerssohn aus Tarnow (Galizien), hereditär nervös belastet, bekam im Herbst 1893, angeblich nach einem Sturz auf den Hinterkopf, heftiges Rauschen im rechten Ohre, das mit einer zweimaligen Unterbrechung von je 8 und 12 Tagen — während welcher Zeit er Bewusstseinsstörungen zeigte, um sich schlug, Nahrungsaufnahme verweigerte, schlaflos war — mit abnehmender Intensität bis heute anhält. Seit December 1893 leidet der Kranke an fast continuirlichen, subjectiv empfundenen und objectiv wahrnehmbaren, knackenden Geräuschen im Ohre, die vorzugsweise im rechten vorhanden sind, zuweilen auf das linke Ohr überspringen, und welche den Patienten so belästigen, dass er deswegen das Spital aufsucht und auf die Klinik des Herrn Prof. Gruber aufgenommen wurde.

Der Knabe ist schwächlich, anämisch, afebril; die inneren Organe sind vollkommen normal. Bei der Untersuchung der Ohren zeigt sich rechterseits die Ohrmuschel und Umgebung derselben normal. Der Gehörgang weit, das Trommelfell eingezogen, matt und glanzlos, ohne Licht-

kegel; linkerseits ist das Trommelfell eingesunken, getrübt, hinter dem Hammer an einer 3 Mm. langen Stelle verdünnt. Eine schwach tickende Taschenuhr wird links in 10 Ctm., rechts in 20 Ctm. Entfernung, Flüstersprache beiderseits über 6 Mtr. weit gehört. Die Stimmgabel vernimmt der Kranke auf beiden Seiten durch die Luftleitung. Beim Weber'schen Versuch giebt er constant an, den Ton an der Ansatzstelle am Schädel, nicht in den Ohren zu hören. Der Rinne'sche Versuch fällt beiderseits positiv aus, ebenso der Gruber'sche Versuch.

Die Untersuchung des Rachens zeigt bei mässig catarrhalischer Schwellung der Schleimhaut beiderseits die Tonsillen etwas grösser. Die Sprache des Kranken ist etwas näselnd. Die Schleimhaut der Nase, deren Scheidewand stark nach links gebogen ist, ist hochgradig hyperämisch. Bei der Rhinoscopia posterior, die wegen Enge des Nasenrachensraumes und unruhiger Haltung des Patienten Anfangs schwer auszuführen ist, zeigt sich der Rachenraum mit geschwollener Schleimhaut ausgekleidet, die rechte untere Nasenmuschel geschwellt, Tuben normal.

Auf das hörbare Geräusch macht der Knabe selbst aufmerksam. Es ist ein Geräusch, wie es als „Knipsen“ bezeichnet wird, ähnlich dem, das durch Bewegen der Fingernägel an einander erzeugt werden kann. Es scheint aus zwei kurzen, rasch hintereinander folgenden Tönen zusammengesetzt zu sein, von denen der erstere etwas deutlicher wahrzunehmen ist, als der zweite, schwächere. Zumeist ist das Geräusch nur im rechten Ohre wahrnehmbar, häufig auch links, bisweilen in beiden Ohren gleichzeitig; es kann bis auf eine Distanz von mehr als 60 Ctm. mit freiem Ohre, besser noch mit Otoscop oder einem auf das Ohr angesetzten Stetoscope ziemlich laut und sehr deutlich gehört werden. Von der Nasenöffnung aus ist es nicht hörbar, von den Kopfknochen nur in der Umgebung des Ohres. In der Intensität, im Rhythmus, in der Frequenz wechselt es ausserordentlich. Nach einer geringen Anzahl langsam erfolgender Schläge hört man bisweilen wieder mehrere Minuten lang anhaltend, sehr rasch (mehr als 150 in der Minute), gleichmässig rhythmisch das Geräusch, dann nach einer kurzen Pause etwas stärkere, jedoch langsamere, mehr oder weniger lang andauernde Schläge u. s. f.

Fast isochron mit dem Geräusche bemerkt man stossweise Bewegungen des weichen Gaumens und der Gaumenbögen, besonders rechterseits, und der Uvula, die nach oben und etwas lateral nach rechts stark ruckweise gehoben wird. Bei der rhinoscopischen Untersuchung ist wohl sehr deutlich die Bewegung der Gaumenbögen, jedoch keine Bewegung der Tubenwand wahrzunehmen.

Bewegungen des Trommelfelles sind in keiner Weise, weder während der Geräusche, noch in einer Ruhepause sichtbar; passiv kann das Trommelfell mit dem Siegle'schen Trichter beliebig bewegt werden, ohne dass das Geräusch irgendwie dadurch beeinflusst werden kann.

Das Geräusch ist der Willkür des Knaben in hohem Maasse unterworfen. Wenn es besteht, kann es der Kranke sogleich zum Stillstand bringen, ohne dass er weiss, wie, oder es nach Belieben wieder hervorrufen; besonders präcis gelingt es rechterseits. Spontan sistirt das Geräusch jetzt viel länger, als dies früher der Fall war.

Luftentreibungen in das Mittelohr (nach dem Gruber'schen oder Politzer'schen Verfahren oder mittelst eines Catheters), Luftverdünnung

im äusseren Gehörgange, Kauen, Schlucken, Anhalten des Athems oder forcirtes Athmen, Sprechen bleiben ohne Einfluss auf dasselbe, ebenso die Compression der Carotis. Jede Erregung steigert die Frequenz und Intensität und kann unregelmässigeren Rhythmus erzeugen. Druck auf den weichen Gaumen hebt das Geräusch auf. Während des Schlafes sistirt es vollständig.

Während des Spitalaufenthaltes besserte sich der Zustand in der Weise, dass das Geräusch in der Frequenz bedeutend abnahm, auch die Intensität ist etwas geringer, es erfolgen jetzt manchmal Pausen bis mehr als eine halbe Stunde. Auch die subjectiven Beschwerden haben bedeutend nachgelassen. All' das zeigte sich spontan, vielleicht nach Entfernung aus dem elterlichen Hause, durch Fernhalten aller Schädlichkeiten, Ruhe und gute Nahrung.

Kurze Zeit nahm Patient zwei Esslöffel Roncegnowasser (arsenhaltige Eisenquelle) täglich. Luftentreibungen wurden nur Anfangs und zu Untersuchungszwecken vorgenommen.

Derartige Krankheitsfälle sind in der Literatur nicht gerade häufig verzeichnet. Hörbare Ohrgeräusche sollen bereits von Fabricius ab aquapendente bekannt gewesen sein. Johannes Müller erwähnt sie in seinem „Handbuch der Physiologie des Menschen“, Bd. II, 1837, und erklärt sie durch Action des Musculus tensor tympani; das an sich selbst während des willkürlichen Knackens beobachtete Heben des Gaumensegels hält er durch Mitbewegung der Gaumenmuskulatur bei Contraction des Tensor tympani erzeugt. (Citirt nach Dr. Brenner [Kopenhagen] „Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusche“, Monatsschr. für Ohrenheilk. 1879, No. 10, und Politzer „Über die willkürlichen Bewegungen des Trommelfelles“, Wiener Medicinal-Halle 1862, No. 18.)

In vielen Fällen entsteht ein hörbar knackendes Geräusch im Ohr einzig und allein durch Action des M. tensor tymp. und sind solche Fälle wiederholt beschrieben: Schwartz (Arch. f. Ohrenheilk. No. II u. VI), Bürkner (Bericht der Poliklinik zu Göttingen 1883: „Klonische Krämpfe des Tensor tymp. bei hochgradigem Tubencatarrh“, Arch. f. Ohrenheilkunde XXI), Brenner (l. c.).

Späterhin beobachtete man hörbare, isochron mit der Herzaction vorhandene, bisweilen durch Compression der Carotis zu sistirende Geräusche im Ohr, die auf Erweiterung der im oder hinter dem Ohre verlaufenden arteriellen oder venösen Gefässe zurückgeführt wurden: Rayer (Comptes rendus des Séances, Mémoires de la Société de Biologie 1854), Hutschinson, Poorten („Ein Fall von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen“, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1878), Tuzek („Ein Fall von objectivem Ohrgeräusch als Ursache von Melancholie“, Berl. klin. Wochenschrift 1881), Wagenhäuser (Bericht über die Universitätspoliklinik für Ohrenkranke in Würzburg 1880—1881, Arch. f. Ohrenheilk. XIX), Orne Green („Objective and subjective systolische Geräusche in den Ohren“, Transactions of the American otological Society 1878), Meyer (Kopenhagen) (Verhandlungen der otologischen Section des internationalen medicinischen Congresses in Kopenhagen 1884) u. A.

In unserem Falle handelt es sich aber nicht um Gefässgeräusche oder durch Action des Tensor tympani entstandene Geräusche, sondern diese sind hier in der von Politzer und unabhängig von ihm von

Luschka nachgewiesenen Weise zu deuten. Politzer erklärte diese hörbaren Geräusche durch Action des *Musc. tensor veli palati* und zeigte an anatomischen Präparaten, dass das Geräusch durch Abziehen der membranösen Wand der Tuba von der knorpligen Wand erzeugt werden könne und bei Reizung des *N. trigeminus* in der Schädelhöhle (bei Hunden) wurde diese Action des *Tensor veli palati* ebenfalls hervorgerufen („Ueber die willkürlichen Bewegungen des Trommelfells“, Wien. Medicinal-Halle 1862). Loewenberg wies nach, dass die Tuba sich während dieses Knackens öffnet (Medicinisches Centralblatt 1865) und Boeck konnte zuerst im rhinoscopischen Bilde diese Bewegungen sehen („Rhinoscopischer Befund bei knackendem Geräusch im Ohr“, Archiv für Ohrenheilk. II).

Es ist nun bereits eine ziemliche Anzahl solcher Fälle beschrieben, so von Creswell Baber (Report on 100 Cases of Ear Disease, Lancet 1880), Burnett („Objective Ohrgeräusche in Begleitung einer krampfhaften Retraction des Trommelfells und Gaumensegels — bei einem Japanesen —, Philadelph. med. Times 1875), E. L. Holmes („Ein Fall von objectivem Ohrgeräusche“, Zeitschr. f. Ohrenheilk. VIII), Swan M. Burnett („Objective Wahrnehmung von Tönen im Ohre in Folge von willkürlicher Contraction der Tubenmuskeln“, Zeitschr. f. Ohrenh. IX), Richard C. Brandeis („Otitis media catarrhal. und objective Geräusche nervösen Ursprungs [spastische Contraction der Tubenmuskeln, Hysterie]“, Zeitschr. f. Ohrenh. XII; ferner „Ein Fall von beiderseitigen objectiven Ohrgeräuschen mit synchronischen Bewegungen des Trommelfelles und der Gaumenmuskeln“, Zeitschr. f. Ohrenh. XII), Charles A. Todd („Distressing noise in the ear probably due to spasmodic actions of the tensor palati“, The American Journ. of Otology III), G. Brunner („Durch Muskelaction hervorgerufene Binnengeräusche im Ohr“, Zeitschr. f. Ohrenh. X), Cornelius Williams („Ein Fall von clonischem Krampf der Gaumenheber, wodurch ein rhythmisch tickendes Geräusch hervorgebracht wurde“, Zeitschr. f. Ohrenh. XIII), A. R. Baker („Ein Fall von objectivem Geräusche in beiden Ohren“, Zeitschr. f. Ohrenh. XIV), J. Gruber (Jahresbericht des Wiener K. K. allgemeinen Krankenhauses 1881 und „Zur Pathologie und Therapie der objectiv wahrnehmbaren subjectiven Geräusche“, Allgemeine Wiener Medicinische Zeitung 1888), Schubert (Bericht über das erste Lustrum ohrenärztlicher Thätigkeit, Archiv f. Ohrenh. XXII), Woakes (Otologische Section des internat. medicinischen Congresses in Kopenhagen 1884) u. A.

Es handelt sich da zumeist um jüngere, nervöse Individuen, bei denen meist ohne bekannte Veranlassung, manchmal nach Trauma, Schreck, oder im Anschlusse an Erkrankung des Mittelohres objectiv hörbare Geräusche in einem oder beiden Ohren entstanden, mehr weniger lang (Tage oder auch Jahre lang) mit wechselnder Intensität andauerten und entweder spontan oder nach verschiedener Behandlung wieder schwanden.

Pathologische Veränderungen im Ohre liessen sich in vielen Fällen gar nicht nachweisen oder es bestand kein Zusammenhang zwischen diesen und den Geräuschen.

Bei unserem Kranken soll das Geräusch angeblich nach einem Trauma aufgetreten sein. Die Veränderungen an den Trommelfellen sind gewiss

nur eine zufällige Complication. Es handelt sich bei dem hereditär nervös belasteten, anämischen Knaben eben um eine Neurose des Nervus für den Tensor (Abductor) tubae, die vielleicht durch Angewöhnung des Kranken an das erzeugte Geräusch gefördert wurde. Gruber machte zuerst darauf aufmerksam, dass es sich in solchen Fällen um Angewöhnung des Kranken an das Geräusch handeln könne (Wiener allgemeine medicinische Zeitung 1888), und es gelang in diesem Falle, durch energischen Willen des Patienten, das Geräusch zum Stillstand zu bringen.

Da wir bei unserem Patienten beobachteten, dass das Sistiren des Geräusches bisweilen in seiner Macht liegt, so ist wohl anzunehmen, dass er durch allmähliche Angewöhnung an die Beherrschung seiner Gaumenmuskulatur schliesslich von seinem Leiden befreit werden wird. Die Erreichung dieses Zieles wird durch Kräftigung des Gesamtorganismus und günstige psychische Beeinflussung in wünschenswerther Weise unterstützt werden.

Ein Fall von *Gangraena faucium primaria*.

Von

Stanislaus von Stein,

Privatdocent an der Universität Moskau.

(Krankengeschichte No. 4995 aus der Jauski'schen Abtheilung des Arbeiterkrankenhauses der Stadt Moskau.)

Olga S., Bauernkind, 12 Jahre alt, in's Hospital aufgenommen am 21. August 1885, Mittags 12 Uhr, gestorben am 6. October 1885, Nachts 3 Uhr.

Anamnese. Die Kranke wohnt erst seit einem Jahre in Moskau und ist in einer Conditorei beschäftigt. Im Allgemeinen erfreut sie sich einer leidlichen Gesundheit. — Seit ungefähr 6 Monaten klagt sie über einen fieberhaften Zustand, seit 3 Wochen über Kurzathmigkeit und Herzklopfen, seit 3 Tagen fühlt sie sich besonders schlecht.

Status praesens: Schwindelanfälle und Ohrensausen. Schwach ausgesprochener Exophthalmus. Wachsartiges Aussehen der Haut und der Schleimhäute. Gastrointestinal-Organe in Ordnung. Respiration etwas beschleunigt — 24–28 per Min. Puls 104; gespannt. Die Herzgränze ist in der Querrichtung etwas vergrössert, der Herzstoss wird im 6. Intercostalraum wahrgenommen, stark ausgeprägtes Frémissement cataire. Während der Auscultation hört man an der Herzspitze ein knarrendes Geräusch mit dem ersten Ton, welches zeitweise blasend wird; näher zur Basis dasselbe Geräusch mit dem ersten Ton.

Nasales Timbre der Sprache. Schnupfen. Im Rachen nichts Besonderes. Das Gehör geschwächt.

Diagnosis clinica: Erst Vitium cordis, später *Gangraena faucium*.

21. August. Temp. Abends 38,2.

22. August. Morgens 38,5, Abends 40. Puls 104.

Gurgeln mit Kal. chloric. und in der Nase. Inf. digit. Milch.

23. August. Temp. Morgens 38,0, Abends 38,0. Puls 108.

Kurzathmigkeit leichter. Pat. klagt über Kopfschmerzen. Stuhl.

24. August. Temp. Morgens 37,0, Abends 37,0. Puls 90.

Die Erscheinungen Seitens der Brust sind dieselben. Schwindel lässt nicht nach.

25. August. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,2. Puls 96.

Kurzathmigkeit leichter. Epistaxis — nicht stark. Kalte Compresses auf die Nase. Keine innere Therapie.

26. August. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,0. Puls 90.

Nasenbluten sistirt. Kopfschmerzen.

27. August. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,0. Puls 90.

Stuhl. Kopfschmerzen. Chinini ferrocitrici.

28. August. Temp. Morgens 37,0, Abends 37,5.

29. " " " 37,0, " 37,8.

30. " " " 37,0, " 38,2. Puls 96.

Hart anzufühlende Schwellung der linken submaxillaren Lymphdrüsen. Schmerzen beim Schlucken. Bei der Inspection des Rachens ist nichts Besonderes zu notiren. Schmerzen in der Lebergegend.

31. August. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0. Puls 90.

Merklich geschwollene linke Tonsille, in deren Vertiefungen ein grau-weisslicher Belag zu bemerken ist. Der ganze Rachen ist mässig hyperämirt. Die Lymphdrüsen der Submaxillargegend sind geschwollen. Foetor ex ore. Gurgelungen mit Kal. chlor. und Borsäure. Priessnitzsche Compresses auf den Hals. — Diagnosis: Gangraena faucium.

1. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,5. Puls 90.

Das Schlucken ist leichter. Local derselbe Zustand.

2. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,3.

In der linken Mandel sieht man eine erbsengrosse caseose Masse. Aashafter Fötor. Schüttelfröste. Kein Schweissausbruch.

3. September. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,0.

4. " " " 37,0, " 38,0. Puls 96.

Der Belag wird missfarbig, schwärzlich-grün, und breitet sich in die Tiefe und Breite aus. Herzgeräusche sind constant. In der linken Subclaviculargegend ist das Respirationsgeräusch geschwächt.

5. September. Temp. Morgens 36,0, Abends 38,0.

6. " " " 38,5, " 38,5.

Drücken in der Magengegend. Schmerzhaftes Schlingen. Idem.

7. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 38,5. Puls 96.

Idem. Geräusch im Kopfe. Schüttelfrost.

8. September. Temp. wie vor. Puls 96. Morgens Schüttelfrost.

9. September. Temp. Morgens 37,0, Abends 39,4. Puls 96.

An der Basis der Uvula hat sich ein grosses, perforirendes Geschwür mit harten Rändern, welche mit einem weisslich-grauen, aus gangränisirtem Gewebe entstandenen Schorfe bedeckt sind, gebildet. Die Umgegend des Ulcus ist stark geröthet. Die Kranke wird in Folge des Fötors in ein apartes Zimmer gebracht. Das Schlingen schmerzhaft.

10. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 38,8.

11. " " " 38,0, " 38,5.

Local dasselbe. Chin. ferrocitrici sistirt. Verordnet Kal. hydrojodici gr xv : ʒj, 2 Esslöffel täglich. Tinct. jodi zum Einpinseln des Rachens.

12. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0.
Das gangränescirende Geschwür greift um sich.
13. September. Temp. Morgens 39,5, Abends 39,9.
Idem. Zahnschmerzen.
14. September. Temp. Morgens 38,5, Abends 39,5.
Idem. Zahnschmerzen geschwunden. Die Nacht hat die Kranke gut geschlafen.
15. September. Temp. Morgens 39,0, Abends 39,5. Puls 108.
Idem. Wieder Zahnschmerzen. Die linke Tonsille, die linke Hälfte des weichen Gaumens und die Uvula sind necrotisirt bis zum harten Gaumen und abgefallen. Man sieht an Stelle dieser Organe ein schwarzgrüliches jauchendes Geschwür, das sich bis auf die hintere Pharynxwand ausgedehnt hat. Beim Schlucken gerathen die Speisen in die Nasenhöhlen. Ein aashafter Fötör im ganzen Zimmer trotz der forcirten Ventilation.
16. September. Temp. Morgens 39,0, Abends 39,0. Puls 120.
Die Zerstörung dehnt sich weiter aus. In der Lunge und im Herzen derselbe Zustand. Zahnschmerzen. Die Kranke ist sehr blass und abgemagert. Keine Diarrhoe. Idem.
17. September. Temp. Morgens 38,8, Abends 40,1.
Idem. KJ sistirt.
18. September. Temp. Morgens 38,8, Abends 38,5. Puls 120.
Der brandige Process greift in die Tiefe der Schleimhaut der rechten Hälfte des weichen Gaumens und afficirt die lateralen Pharynxwände. Zahn- und bilaterale Ohrenscherzen ohne Ausfluss. Die Trommelfelle haben ein graues, schmutziges Aussehen. Keine merkliche Schwächung des Gehörs. Die periauriculären und submaxillären Lymphdrüsen sind stark geschwollen und bei Palpation sehr schmerzhaft. Innerlich Acid. muriat., Salbe aus Ungt. bellad., Chloroform aa.
19. September. Temp. Morgens 38,7, Abends 38,8.
20. " " " 37,5, " 36,5.
Die rechten Gaumenbögen fast ganz necrotisirt.
21. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0.
22. " " " 37,8, " 38,2.
Bedeutende Schwäche. Athem entsetzlich fötid. Inf. Valerian.
23. September. Temp. Morgens 38,3, Abends 38,0.
24. " " " 37,0, " 37,5.
Die Kräfte schwinden merklich. Der Brand schreitet weiter nach oben und unten fort. Das Schlucken ist schmerzhaft. Die genossenen Flüssigkeiten fließen durch die Nase heraus oder gelangen in die Luftwege mit Hustenanfällen. Einpinselungen aus Ol. Terebinth., Bals. peruv. und Spiritus.
25. September. Temp. Morgens 38,5, Abends 37,0.
Idem. Kräfte nehmen ab. Zur Inhalation Ol. Terebinth.
26. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 38,0. P. 112, schwach.
Idem.
27. September. Temp. Morgens 38,7, Abends 38,5. Puls 132.
Idem. Prostratio virium. Excitantia.
28. September. Temp. Morgens 38,0, Abends 37,0. Puls 124.
29. " " " 38,5, " 38,0. " 128.

30. September, Temp. Morgens 37,0, Abends 37,0.

1. October. " " 37,0, " 37,5.

2. " " 38,0, " 38,7.

Die Kranke wird noch schwächer. Mortification der Nasenrachen-schleimhaut. Im Herzen wie früher.

3. October. Temp. Morgens 38,6, Abends 38,0.

4. " " " 37,0, " 36,7.

5. " " " 36,5, " 36,5.

Die Kranke ist sehr schwach. Die rechte Wange und die rechte periauriculäre Gegend sind geschwollen.

6. October. 3 Uhr Nachts — Mors.

7. October. Section: Eine totale Destruction des weichen Gaumens sammt den Mandeln. Entblössung der Knochen des Pharynx, des Nasenrachenraumes und Necrose der Tuba Eustachii, der Pharynxschleimhaut auf der unteren Strecke bis zum Kehlkopfe und der Seitenpartieen des Zungengrundes. In den Lungen eine Masse von lobulär-pneumonischen Heerden von verschiedener Grösse und mit mässigem Oedem. Im Herzen gar keine organischen Veränderungen ausser einem mässigen Hydrops pericardii. In anderen Organen macroscopisch nichts Besonderes. *Diagnosis pathologica*: Gangraena faucium. Schluckpneumonie.

Die ersten Fälle von Gangraena faucium wurden im Jahre 1841 von Rilliet und Barthez¹⁾ bei 2½—5jährigen Kindern beschrieben. Der Organismus aller dieser kleinen Patienten war „profondement débilité par des maladies extérieures“, besonders in Folge von exanthematischen Fiebern („fièvre éruptive, soit rougeole, soit scarlatine, soit variole ou plusieurs de ces éruptions successivement“). Die Beobachter unterschieden eine „Gangrène circonscrite et diffuse“ immer mit aashaftem Athem. Die Necrotisirung dehnte sich nur auf die Mucosa und das submucöse Gewebe aus; die Musculatur wurde öfters entblösst, blieb aber immer verschont. In Folge dessen war das Schlingen schmerzlos, ungehindert und die Flüssigkeit lief nicht durch die Nasenlöcher heraus. Das Bewusstsein war stets bis zum Tode ungetrübt. Bei Gangrène diffuse superficielle schwollen auch die submaxillären Lymphdrüsen auf. Die nächstfolgenden Aerzte haben im Allgemeinen die angeführten Beobachtungen theilweise bestätigt, theilweise erweitert. Die in dieser Frage erhaltenen Resultate kann man bei Morell Mackenzie²⁾ finden. Bouchut³⁾ (1858) hat darauf hingewiesen, dass die Gangrän immer mit einem weissen Belage anfängt: Den ersten Tag „une tache blanchâtre, grisâtre et dès le lendemain une tache livide ou une perte de substance dans les parties molles — c'est l'eschare“. Dadurch und den früh auftretenden, mit der Zerstörung nicht parallel gehenden, aashaften Fötor unterscheidet sich die Gangraena faucium primaria von Diphtheritis. Die letzten Fälle von Gangraena faucium datiren vom Jahre 1880 von Mackenzie. Seitdem hatte man nur secundäre Gangraenen faucium veröffentlicht⁴⁾.

¹⁾ Rilliet et Barthez, Archives Générales de Médecine. T. XII, III^e et nouvelle série 1841, pag. 446.

²⁾ Morell Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase, Bd. I, pag. 53, 1880. Deutsche Uebers. — Hier findet man die spärliche Literatur der ganzen Zeit.

³⁾ Bouchut, Gazette des Hôpitaux 1858, pag. 170.

⁴⁾ Internat. Centralbl. f. Laryngol. 1884 und folg.

Der von mir beschriebene Fall weist folgende Eigenthümlichkeiten auf: 1) einen höchst protrahirten Verlauf — über 6 Wochen; 2) eine bis zu den Knochen greifende Necrotisirung; 3) eine bis zu den Ohrtrompeten sich ausdehnende Gangraen; 4) eine die organische Herzkrankheit simulirende Constanz der Geräusche in der Herzgegend. Ausserdem bestätigt der Fall die Ansicht, dass für das Auftreten einer Gangraena faucium primaria der Organismus sehr geschwächt und seine Widerstandsfähigkeit ad minimum reducirt sein muss.

Zur Behandlung der Pharyngitis granulosa und lateralis.

Von

Dr. J. Herzfeld, Berlin.

In Folgendem will ich in Kürze eine Methode mittheilen, die ich schon seit Jahren bei der Behandlung hartnäckiger Fälle dieses Leidens anwende. Während in vielen Fällen die Granula auf der hinteren Rachenwand und ebenso die aus demselben Gewebe bestehenden Seitenstränge keine Beschwerden verursachen und oft sogar in sehr stark entwickeltem Maasse rein zufällig entdeckt werden, können aber andererseits etwa vorhandene Beschwerden schon durch Pinselungen mit den verschiedensten Mitteln beseitigt werden, wobei vielleicht die beim Pinseln gleichzeitig stattfindende Massage die Hauptrolle spielt.¹⁾ In den Fällen, wo diese Behandlung nicht zum Ziel führt, greift man meist zum Lapis, zur Chromsäure, Trichloressigsäure oder sucht die Granula resp. Seitenstränge durch Galvanocaustik zu beseitigen. Sind diese Gebilde aber nur irgend wie stark entwickelt, so genügt eine einzige Aetzung wohl oft, die bestehenden Beschwerden zu lindern, aber nach Abstossung des Brandschorfs, die oft 14 Tage in Anspruch nimmt, sieht man durchaus nicht die glatte hintere Rachenwand, sondern die nur etwas verkleinerten Granula und Seitenstränge wieder sehr deutlich. Bevor ich diese Gebilde gänzlich ausschneide — das ist nämlich meine Methode in den hartnäckigen Fällen — ist es mir nur selten gelungen, diese Gebilde auf galvanocaustischem Wege vollständig zum Verschwinden zu bringen. Da die Abstossung des Brandschorfs längere Zeit dauert und die Aetzungen oft wiederholt werden müssen, verlieren die Patienten meist die Geduld, zumal die Beschwerden vorübergehend ja auch durch die oberflächlichen Aetzungen gebessert werden. Eine dauernde Beseitigung der Beschwerden ist aber oft nicht zu erzielen; die Patienten suchen bald wieder die Sprechstunde auf und haben zu den vorgeschlagenen, erneuten Aetzungen kein richtiges Vertrauen mehr. Für diese chronischen Fälle empfehle ich die radicale Entfernung der Granula und vor Allem der Seitenstränge als das schnellst wirkende Verfahren. Ich selbst habe die radicale Entfernung zunächst

¹⁾ Siehe: Die Massage bei Hals- und Nasenkrankheiten von Dr. J. Herzfeld. „Deutsche Medicinal-Zeitung“ No. 89, 1890.

weniger zu rein therapeutischen Zwecken angewandt, als um auch gleichzeitig ein gutes, frisches Object zur microscopischen Untersuchung zu erhalten. Da der Eingriff selbst unter Bepinselung mit 20procentigem Cocain wenig schmerzhaft war, und die Abheilung auch nicht länger dauerte als die Abstossung des Schorfes, so wandte ich diese Methode auch zu rein therapeutischen Zwecken an. Wenn ich mittheile, dass ich bei einem jährlichen Bestand von ca. 2000 Kranken während der letzten drei Jahre bei sechs Patienten die Granula, bei vier Patienten die Seitenstränge und bei sechs Patienten die Granula und Seitenstränge entfernt habe, so geht wohl daraus am besten hervor, dass ich diese Art der radicalen Behandlung nur nach erfolgloser anderer Behandlung angewandt wissen will. Da die Wundheilung und der ganze Verlauf der Behandlung nach der Operation immer ganz normal verliefen, so kann ich auf Wiedergabe von Krankengeschichten verzichten und möchte ich nur erwähnen, dass bei Entfernung der Seitenstränge, besonders wenn sie hoch in den Nasenrachenraum hineinreichen, Schmerzen im Ohr auftraten, die aber in 1—3 Tagen stets verschwunden waren.

Die Operation selbst habe ich in erster Zeit mit einer von mir angegebenen, fast senkrecht abgebogenen Scheere — Granulotom — vorgenommen; in letzterer Zeit verwandte ich mit noch besserem Erfolg das von Hartmann für Resection der Nasenmuscheln angegebene Conchotom. Mein Instrument oder das Conchotom wird mit geöffneten Branchen hart an die hintere Rachenwand aufgesetzt und nun wird das hervorragende Granulom oder Seitenstranggewebe abgeschnitten. Die Blutung hierauf ist nur äusserst minimal; die Nachbehandlung besteht während der nächsten zwei Tage in Diät von mehr breiiger Nahrung und Gurgelungen nach jeder Mahlzeit. Vom dritten Tage an ist ein besonderes Verhalten nicht mehr zu beachten. In einer Sitzung habe ich nie mehr als drei Granula entfernt und auch stets nur ein Strang, und erst nach vollständiger Heilung, wenn die Beschwerden nicht gewichen waren, den anderen entfernt, um nicht auf einmal eine zu grosse Wunde zu machen. Irgend welche Complicationen oder Nebenverletzungen sind niemals aufgetreten; auch fand keine Narbenbildung statt, die irgend wie den Schluckact oder das Sprechen nachträglich erschwerte. In wie weit aber auch bei dieser Behandlung eine dauernde Heilung über viele Jahre hinaus zu erzielen sein wird, müssen erst die Beobachtungen der nächsten Jahre noch sicherer entscheiden. A priori würde es ja nur natürlich sein, wenn bei dem grossen Reichthum der Pharynxschleimhaut an lymphoidem Gewebe dieses wieder neue Anhäufungen von folliculärem Gewebe in Form von Knötchen oder Seitensträngen mit den bekannten Beschwerden erzeugen würde. Immerhin scheint hierzu nach meiner bisherigen Erfahrung aber eine recht lange Zeit nöthig zu sein und habe ich bisher auch in Fällen, die zwei Jahre zurückliegen, das entfernte lymphoide Gewebe nicht wiederkehren sehen, sobald die Entfernung radical vorgenommen war. — Ich habe mich entschlossen, diese Behandlung mitzuthellen, da ich dieselbe in den meisten gebräuchlichsten Lehrbüchern, wie Schech, Bresgen, Réthi und Anderen, nicht erwähnt gefunden habe. Erst in den beiden neuesten Handbüchern finden wir eine derartige resp. ähnlich radicale Behandlung empfohlen. So schreibt Rosenberg in seinem im Sommer vorigen Jahres erschie-

nenen Buche: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes“, dass die Seitenstränge zuweilen so prominent sind, dass sie mit einer gekrümmten Scheere abgetragen werden können, woraus aber nicht hervorgeht, ob der Verfasser die empfohlene Methode auch bereits selbst angewandt hat; mit der gewöhnlichen gekrümmten Scheere von Cooper ist es übrigens natürlich nicht möglich, so flach aufsitzende Gebilde der hinteren Rachenwand zu entfernen. — Moritz Schmidt erwähnt ferner in seinem eben erschienenen Handbuche: „Die Krankheiten der oberen Luftwege“, dass er dicke Stränge meistens mit einem kleinen scharfen Löffel operirt, und dass ihm dieses Verfahren wirksamer erscheine als die galvanocaustische Aetzung.

Zur Aufklärung eines Missverständnisses, welches mein Aufsatz über Stirnhöhlenbehandlung hervorgerufen hat.

Von

Dr. Ernst Winckler in Bremen.

In meinem Beitrag betreffend die intranasale Behandlung des Sinus frontalis befindet sich in No. 2 dieser Monatschrift folgender Passus.

„Grünwald und Schach erklären die Behauptung, dass man auch medianwärts der Muschel (der mittleren) in den Sinus frontalis gelangen könne, einfach als Druckfehler.“

Ich glaubte diese Ansicht des Herrn Collegen Grünwald über das Schäffer'sche Verfahren auf Grund einer pg. 154 seiner Lehre von den Naseneiterungen etc. verzeichneten Anmerkung annehmen zu müssen. Dieselbe lautet: „Die Angabe von Schäffer, dass die Sondirung zwischen mittlerer Muschel und Septum vorgenommen wurde, beruht offenbar auf einem Druckfehler, muss jedoch hier ausdrücklich richtig gestellt werden, da dieselbe in einem Referat unverändert wiedergegeben ist.“ Diese Angabe ist Deutsch. Medicin. Wochenschrift 1890, Schäffer: Diagnose und Therapie der Nebenhöhlen der Nase etc. einzusehen und meinerseits auch in No. 2 der Monatschrift citirt. Schäffer hat hier unter Sondirung nicht das Eingehen in die Stirnhöhle durch den natürlichen Ausführungsgang bezw. des Ostium frontale verstanden, sondern das Hineinschieben einer Sonde in den Sinus zwischen mittlerer Muschel und Septum durch den Stirnhöhlenboden.

Herr College Grünwald glaubte zu seiner oben cit. Aeusserung veranlasst zu sein, da er unter Sondirung die von Jurasz, Hartmann und Anderen ausgeführte Manipulation verstand, welche natürlich nur zwischen mittlerer Muschel und lateraler Nasenwand vorgenommen werden kann.

Ich freue mich auf Grund einer liebenswürdigen Aufklärung des Herrn Collegen Grünwald, hiermit meinen eingangs erwähnten Passus berichtigen zu können, in welchem die Worte: „Grünwald und“ als gestrichen zu betrachten sind. Herr College Grünwald hat mit der pg. 154 seines Buches angeführten Stelle an der Möglichkeit, zwischen mittlerer Muschel und Septum in die Stirnhöhle zu gelangen, wie dies Schäffer angegeben hat, nicht gezweifelt.

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber Mittelohreiterungen bei Säuglingen. Von Dr. H. Kossel. (Charité-Annalen, XVIII. Jahrg.).

Auf die Häufigkeit eitriger Mittelohrentzündungen bei Neugeborenen wurde bekanntlich schon in den fünfziger Jahren von Tröltsch, dann von einer Reihe weiterer Autoren auf Grund von Sectionsergebnissen hingewiesen. Kossel ist an diese Frage wieder herangetreten, um auch nach der bisher vernachlässigten bacteriologischen Seite hin Klarheit zu verschaffen. Dabei stand ihm das Materiale der Kinder zur Verfügung, die auf der Säuglingsstation des Institutes für Infectionskrankheiten in Berlin gestorben waren.

Kossel fand nun an 108 Säuglingen 85mal Entzündungen des Mittelohres verschiedensten Grades, vom einfachen Catarrh mit vorwiegend schleimigem Exsudat bis zur Anfüllung der Paukenhöhle und des Antrum mastoideum mit Eiter, ja sogar bis zur Zerstörung der knöchernen Wandungen.

Sehr bemerkenswerth ist die Thatsache, dass das Trommelfell nur 3mal perforirt war; oft war es stark getrübt, und nach innen verzogen. Die Tube war meist durchgängig und relativ weiter, als beim Erwachsenen. Bei Druck auf den äusseren Gehörgang quoll aus dem Ostium pharyngeum der Tuba Eiter hervor. Dementsprechend fand sich in den Nasengängen häufig eitriges Secret vor, ohne dass die Schleimhaut der Nasenhöhle Erkrankungen gezeigt hätte; bei einseitigen Mittelohreiterungen fand sich dann das eitrige Secret nur in der entsprechenden Hälfte der Nase.

Kossel glaubt, dass die Weite der Tuba und die Saugbewegungen des Kindes einen Abfluss des Exsudates durch die Tube begünstigen, womit sich auch die Seltenheit der Perforation erklären lasse.

Was den Ursprung der Krankheit betrifft, so meint der Autor, dass ein einfaches Hineinwuchern der Bacterien aus dem Nasenrachenraume in die Tube stattfinde; bei der bacteriologischen Untersuchung fanden sich am häufigsten Bacterien, die mit den Pfeiffer'schen Pseudo-Influenzabacillen identisch zu sein schienen, ferner Fränkel'sche Pneumococcen, Streptococcen, Friedländer'sche Pneumoniebacillen und der Bacillus pyocyaneus, einmal auch Tuberkelbacillen.

Der Verlauf der Erkrankungen der Säuglinge, bei welchen nach dem Tode von Kossel Otitis media constatirt wurde, war ein verschiedener.

In einer Reihe von Fällen war das Bild einer acuten Infectionskrankheit vorhanden; es bestanden Catarrhe der Schleimhaut des ganzen Respirationstractes, bronchopneumonische Herde in den Lungen und schleimig-eitriger Catarrh der Paukenhöhle. Die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Herde zeigte sich oft durch Uebereinstimmung im bacteriologischen Befund. In diesen Fällen wurde das Krankheitsbild von den Symptomen der Lungenerkrankung beherrscht.

In einem Falle, dessen Krankengeschichte genau angeführt ist, hatte die Eiterung auf die Gehirnhaut übergreifen und den Tod unter meningitischen Erscheinungen herbeigeführt.

Die grösste Mehrzahl der Kinder, bei welchen die Section Eiterung im Mittelohr ergab, boten jedoch während ihres Krankenhausaufenthaltes acute Erscheinungen nicht dar. Sie standen meist im Alter von 1—6 Monaten und boten zum grossen Theile schon bei ihrer Aufnahme das jammervolle Bild der Atrophie dar, jenes Krankheitszustandes, der als Folge der mannigfaltigsten auf den Säugling einwirkenden Schädlichkeiten beobachtet wird.

Häufig genug kamen die Kinder in Behandlung mit noch nicht erheblich gesunkenem Ernährungszustand; nach Angabe der Mütter sollen bis zur Aufnahme weiter keine Krankheitserscheinungen bestanden haben, als dass das Kind unaufhörlich schrie; zuweilen soll auch Erbrechen dagewesen sein. Ein Catarrh der Verdauungsorgane bestand oft nicht, oder es gelang, ihn bald zu beseitigen. Die Nahrungsaufnahme war gut, der Stuhlgang normal und doch ging es von Tag zu Tag mit dem Kinde abwärts; es schrie ganze Nächte hindurch, der Appetit wurde allmählig schlechter. Schliesslich wurde es apathisch, die halbgeschlossenen Augen wurden tief umrändert, die Extremitäten kühl, die Fontanellen sanken ein, der Puls wurde unfühlbar und der Tod erfolgte unter Absinken der Temperatur.

Hier fand K. mit wenigen Ausnahmen die Paukenhöhle mit Eiter gefüllt, oft als einzigen Befund neben hochgradiger Hyperaemie und Oedem des Gehirnes.

In 4 Fällen fand Kossel mehr oder weniger ausgedehnte Thrombosen der venösen Hirnblutleiter.

Die Mittelohreiterung, schliesst Kossel, spielt sicherlich in der Pathologie des Säuglingsalters eine grosse Rolle. Wenn man bedenkt, unter wie stürmischen Erscheinungen oft eine Mittelohrentzündung bei Erwachsenen verläuft, kann man sich nicht wundern, wenn sie bei Säuglingen im zartesten Alter zum Tode führt. Aber auch in den Fällen, wo sie nicht als selbständige Krankheit auftritt, stellt sie eine ernste Complication dar und verschlechtert die Diagnose unzweifelhaft.

Sie kann als Erklärung für die Thatsache herangezogen werden, dass die Sterblichkeit unter den Säuglingen, auch bei der sorgfältigsten Krankenhauspflege, erschreckend hoch ist.

Die Diagnose der Paukenhöhlencatarrhe, meint K., sei leider bei den Säuglingen nicht mit Sicherheit zu stellen; Ausfluss aus dem Ohre bestand nur in 3 von den 49 suppurativen Fällen. Die anatomischen Verhältnisse, meint ferner Kossel, erschweren die Untersuchung mit dem Ohrenspiegel ungeheuer. Der äussere Gehörgang sei so eng und das Trommelfell so stark gegen die Horizontale geneigt, dass man nur einen minimalen Theil des Trommelfelles übersehen könne. Auch die Aussicht, auf operativem Wege etwa durch künstliche Perforation des Trommelfelles dem Eiter Abfluss zu verschaffen, sei deshalb äusserst gering und auch dann dürfte der Nutzen wegen der starken Bethheiligung des Antrum mastoideum gering sein.

Diese wichtige Arbeit verdient den uneingeschränkten Dank der Kinder- und Ohrenärzte; die therapeutischen Schlussfolgerungen des Autors kann jedoch Referent nicht gutheissen.

Die Diagnose eines Paukenhöhlencatarrhes, ganz besonders aber einer Paukenhöhlenentzündung ist auch bei kleinen Säuglingen leicht zu

stellen; erstens ist die Untersuchung des Trommelfelles nicht so ungeheuer schwierig, wie Kossel meint; mit einem Trichter von nicht ganz 4 Mm. Durchmesser gelingt es meistens sehr leicht, das Trommelfell einzustellen und in seinem ganzen Umfang zu besichtigen.

Injection der Gefässe, Schwellung und Vorwölbung der Membran, Symptome, die auf Entzündung und Secretansammlung schliessen lassen, sind post mortem nicht mehr gut zu erkennen, wenn sie auch intra vitam in deutlichster Weise bestanden hatten. Aus dem Fehlen dieser Symptome am Secirtische darf daher nicht gefolgert werden, dass sie intra vitam nicht vorhanden waren.

Schliesslich ist, wo das Trommelfell gesehen werden kann, auch die Ausführung der Paracentese leicht möglich; die Sorge, dass dieser Eingriff wegen der starken Betheiligung des Antrum mastoideum von geringem Nutzen sein könnte, entspricht nicht den Erfahrungen der Ohrenärzte; nach Anlegen einer Oeffnung im Trommelfelle kann der Eiter auch aus dem Antrum genügenden Abfluss finden, und es hat diese Operation auch bei Säuglingen den in die Augen springenden Erfolg, wie beim Erwachsenen, wenn sie nur früh genug ausgeführt wird.

Gomperz.

1) **Ueber eigenartig verlaufene septico-pyaemische Erkrankungen nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis.** Von Prof. A. Fraenkel. (Vortrag im Verein für innere Medicin in Berlin.) (Deutsche medicinische Wochenschrift 1894, No. 9, 10, 11.)

2) **Ueber otitische Pyaemie ohne Sinusphlebitis.** Von San.-Rath Dr. Schwabach. (Ibidem No. 11.)

1) Im Jahre 1887 sind in kurzer Aufeinanderfolge Mittheilungen von E. Wagner, Hepp, Unverricht bezüglich einer über Extremitäten und Stamm diffus verbreiteten Muskelerkrankung gemacht worden, welche eine klinische Sonderstellung beansprucht. Unter Fiebererscheinungen wird eine Reihe von Muskeln nacheinander von Schwellung und Schmerzhaftigkeit befallen, denen sich meist auch gewisse Hautveränderungen zugesellen, Oedem, erysipelartige Röthe oder Exantheme wie Urticaria, Roseola, Purpura. Der Verlauf ist zuweilen ein acuter (einige Tage), meist aber ein chronischer; Ausgang überwiegend häufig in Tod, besonders, wenn auch die Schling- und Athemmusculatur befallen wird; doch kann auch völlige Genesung erfolgen. Die Krankheit ist selten, nur einige 20 Fälle sind bisher beschrieben. Wie die übrigen Autoren, so ist auch Fr., welcher einige eigene Beobachtungen machen konnte, der Ansicht, dass die Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle eine parasitäre Affection ist, dagegen hebt er zum ersten Male hervor, dass bei eifrigem Nachforschen nicht nur die Krankheitskeime, sondern auch ihre Invasionsstätte im Körper bei der Section meistens aufzudecken sein dürften. So bildete in zweien seiner Fälle, in welchen Streptococci nachgewiesen wurden, eine Mittelohreiterung den Ausgangspunkt für die Invasion der Cocci; anknüpfend an die Beobachtung, dass in diesen Fällen keine Caries und keine Sinusthrombose bestand, weist der Autor auf die bis jetzt im Allgemeinen noch wenig bekannte Thatsache hin, dass auch von einer einfachen acuten Otitis media aus sich allgemeine Sepsis entwickeln könne. Von hoher Bedeutung für die allgemeine

Praxis wie für unsere Specialität ist das, was Fr. bezüglich einer gründlichen Untersuchung der Ohren- und Nasenhöhlen sowohl in vivo wie auch bei der Section in allen jenen Fällen anführt, wo es sich um eine infectiöse Erkrankung mit unbekanntem Ausgangspunkte der Infection handelt. „Ein jeder Fall, in dem bei bestehender Unklarheit über den Invasionsort die Durchforschung dieser Räume (Ohr- und Nasenhöhlen) unterblieben ist, muss als eine unvollständige Beobachtung angesehen werden“ Zur Illustration theilt Fr. eine Beobachtung mit von gleichzeitigem Empyem der Siebbeinzellen, beider Kieferhöhlen, der Keilbeinhöhle und beider Warzenfortsätze. Die Krankheitserscheinungen des bis kurz vor dem Tode somnolenten Patienten liessen an eine Meningitis denken, da nur Klagen über Kopfschmerzen bestanden. Die Ohruntersuchung hatte Perforation des einen Trommelfells, Entzündung des anderen ergeben.

2) Im Anschlusse an vorstehenden Vortrag besprach Schw. die den Otiatrikern bereits bekannten, in der Litteratur niedergelegten Fälle otitischer Pyaemie ohne Sinusphlebitis mit Zufügung einiger eigenen Beobachtungen, in welchen ebenfalls im Anschlusse an acute Mittelohreiterungen Symptome von Muskelerkrankung auftraten, welche Schw. als infectiöse Polymyositis ansehen möchte. Ob bei dem bestimmten Fehlen von Thrombose der grossen Sinus die Allgemeininfektion durch Phlebitis der kleineren Sinus petros. stattfindet, oder durch Entzündung der kleinen Venen im Schläfebeinknochen, oder ob die Aufnahme direct in die Lymphbahnen erfolge, könne nicht endgiltig festgestellt werden.

Keller.

Ueber die functionelle Wichtigkeit der Schnecke. Von Dr. C. Corradi in Verona. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, I.)

Um der Lösung der Frage näher zu kommen, ob im Labyrinth neben der Schnecke noch andere Abschnitte bestehen, welche acustische Eindrücke vermitteln können, schlug der Autor den Weg des Thierexperimentes ein; er wählte Meerschweinchen, die bekanntlich ein vollkommenes Gehör besitzen und auf Töne, sowie Geräusche durch ein deutliches Zittern der Ohrmuschel reagiren, und bei welchen die Schnecke leicht zugänglich ist. Corradi fand nun, dass nach vollständiger Zerstörung der Cochlea auf beiden Seiten totale und dauernde Taubheit auftritt, während partielle Verletzung beider Schnecken nicht nothwendiger Weise zur completen und permanenten Taubheit führt.

Gomperz.

Ueber congenitale Missbildungen des Gehörorganes in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln. Von Dr. A. Schwendt in Basel. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, V.)

Der Autor theilt einen Fall von doppelseitiger Microtie und Defect beider äusserer Gehörgänge mit, complicirt von unvollständiger äusserer, an der rechten Wange befindlicher, in eine branchiogene Cyste führender Fistel und vergleicht den Fall mit den übrigen Beobachtungen, bei welchen Wachstumsstörungen im Bereich der Kiemenbogen gleichzeitig Anomalien des Gehörorganes und unvollständigen Verschluss der Kiemenspalten hervorriefen.

Gomperz.

Drei Fälle von Otitis media acuta mit acuter Caries des Warzenfortsatzes nach Masern. Von Dr. M. Bolt in Groningen. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, III).

Im ersten Falle trat die Ohrentzündung im Prodromalstadium der Masern auf und führte noch vor dem Ausbruche des Exanthems zur Otitis; bei den anderen entstand die Otitis im Desquamationsstadium. In allen 3 Fällen wurde trepanirt und Heilung erzielt.

Gomperz.

Ueber Otitis bei Influenza. Von Dr. Hessler. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, IV.)

Im Ganzen beobachtete H. 47 Fälle von Otitis bei Influenza; bei 12 davon musste er die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vornehmen. Dieser hohe Procentsatz erklärt sich aus dem Umstande, dass Hessler als Consiliarius hauptsächlich zu den schwereren Fällen gerufen wurde.

Aus den Krankengeschichten der operirten Fälle ist zu entnehmen, dass sich rasch ausgedehnte Knochendefecte ausbildeten; mehrmals kam es zur Freilegung der Dura nach Wegnahme alles Krankhaften am Knochen. Nur ein Fall endete lethal (4mon. Kind). Die anderen 11 gelangten in sehr kurzer Frist zur Heilung.

Gomperz.

Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter. Von Dr. H. Zwaardemaker. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, VI.)

Versuche mit der Galtonpfeife und König'schen Klangstäben führten zu dem — übrigens nicht neuen — Resultate, dass sich mit zunehmendem Alter das Perceptionsvermögen für die höchsten Töne unserer Tonscala allmählich verliert, eine Thatsache, für welche Veränderungen im Labyrinth und in den Schädelknochen verantwortlich gemacht werden können.

Gomperz.

Die Metallecorrosion. Von F. Siebenmann in Basel. (Arch. f. Ohrenheilk., XXXI, XVII.)

Eine ebenso treffende, wie vornehm gehaltene Beleuchtung und Zurückweisung der Einwendungen Eichler's gegen das Siebenmann'sche Verfahren der Metallecorrosion am Schläfebein.

Gomperz.

Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Turin (1889—1890). Von Dr. G. Gradenigo. (Arch. f. Ohrenheilk., XXXI, XVI.)

Im Berichtsjahre wurden 611 Patienten, davon 59,7 pCt. Männer behandelt. Von den Erkrankungen betrafen 16 pCt. das äussere, 75 pCt. das mittlere, 7 pCt. das innere Ohr.

Der specielle Theil enthält eine Reihe interessanter Beobachtungen; besonders sei auf die bacteriologischen Funde des Autors bei Influenza und bei catarrhalischer Mittelohrentzündung ohne Retraction des Trommelfelles, sowie auf die lehrreichen Krankengeschichten im Abschnitte „inneres Ohr“ hingewiesen.

Gomperz.

Bericht über die im Etatsjahr 1889/90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Von Prof. Bürkner. (Arch. f. Ohrenheilk., XXXI, XVIII.)

Im Berichtsjahre figuriren 1465 neue Patienten (davon 61,5 pCt. Männer) mit 1844 verschiedenen Krankheitsformen; 1389 Patienten wurden in Behandlung genommen; geheilt wurden 50,1, gebessert 14 pCt.

Das äussere Ohr war in 21,4 pCt., das mittlere in 69 pCt., das innere in 5,2 pCt. der Fälle betroffen. Gomperz.

Bericht über die in den Jahren 1887—1890 behandelten Ohrenkranken. Von Dr. A. Marian in Aussig. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXXII, IX.)

Es kamen 1186 Kranke, davon 745 männlichen Geschlechtes, zur Behandlung. Geheilt wurden 44, gebessert 25, nicht geheilt 8 pCt. der Fälle; bemerkenswerth erscheint die grosse Anzahl — 67 — der beobachteten Fremkörper. Gomperz.

b) Rhinologische:

Ueber die Operation der adenoïden Vegetationen. Von Prof. Dr. O. Chiari in Wien. (Vortrag, gehalten auf dem 11. internationalen medicin. Congresse zu Rom.)

Die Ausführungen des Vortragenden stützen sich auf ein Material von 233 Fällen der Privatpraxis und von 152 aus der poliklinischen Ambulanz; dieselben machten circa 4 pCt. aller Hals- und Nasenkranken aus. Aus den statistischen Daten ist zu entnehmen, dass die adenoïden Vegetationen meistens bei Individuen über 20 Jahren beobachtet wurden, jedoch auch 16 Mal bei solchen unter 30 Jahren. Bezüglich der Aetiologie wird der Scrophulose, acuter Infectionskrankheiten Erwähnung gethan und besonders hervorgehoben, dass man häufig bei adenoïden Vegetationen abnorm weite Nasengänge, also geringer entwickelte Muscheln antrifft, als Zeichen einer constitutionellen Anomalie. Mehrmals war das Leiden bei mehreren Mitgliedern einer Familie vorhanden, so dass man dann von einer vererbten Disposition sprechen konnte.

Die Diagnose liess sich sehr häufig per rhinoscopiam anteriorem stellen, wurde aber fast immer auch per rhinoscopiam posteriorem gemacht, um genau die Grösse und den Sitz der Vegetationen zu bestimmen. Da zeigte sich nun, dass die Vegetationen niemals in der Rosenmüller'schen Grube oder an den Tubenwülsten sassen. Ferner ergab sich in den genau protocollirten 233 Fällen der Privatpraxis, dass die Vegetationen 64 Mal sehr klein, 142 Mal mittel oder sehr gross waren, aber fast immer zapfenartig nebeneinander vom Rachenbache herabhangen. Diffuse, kissenartige Vergrösserungen der Rachenmandel kamen nur selten vor.

Die Behandlung bestand fast immer in der Abtragung mit Hilfe der durch die Nase eingeführten kalten Stahldrachtschlinge, und ihr Erfolg wurde durch die Rhinoscopia posterior controlirt. In den 233 Fällen der Privatpraxis gelang so die Entfernung 163 Mal völlig; 46 Mal wurde die Operation nicht gestattet. In den übrigen 24 Fällen gelang sie nur theilweise oder gar nicht, und zwar hauptsächlich wegen Enge der Nase, Verbiegung der Scheidewand etc.

Die Daten über die poliklinischen Patienten sind unvollständig; es wird hier nur über 62 völlige Heilungen nach dieser Methode berichtet, welche geringe Zahl sich aus der mangelhaften Führung des Protocolls erklärt.

Die Operation wird nach vorhergehender Cocainisirung der Nase mit 20 pCt. Lösung fast schmerzlos vorgenommen, ist auch bei sehr kleinen Kindern (2 dreijährige, 2 vierjährige) leicht ausführbar, von keiner nennenswerthen Blutung oder Reaction gefolgt, meist in einer bis zwei Sitzungen zu vollenden; sie erfordert nur bei sehr widerspenstigen Kindern einige Assistenz.

Man kann damit auch sehr kleine, ganz oben an dem Rande der Choanen sitzende Wucherungen entfernen und durch Seitwärtsdrängen des Instrumentes auch die seitlich und hinter dem Septum gelegenen. Die zum Vergleiche angestellten Versuche mit den anderen Instrumenten, sowohl den zangenartigen, als den Ringmessern und scharfen Löffeln zeigten, dass sie alle stärkere Blutung und Reaction hervorriefen, auch öfter mehrere Sitzungen erforderten und nicht selten Verletzungen der umliegenden Schleimhaut setzten. Am besten bewährte sich noch Gottstein's Ringmesser, dem jedoch gerade die zapfenartigen Vegetationen sehr leicht auswichen. Die galvanocaustische Aetzung oder Schlinge wurde nie angewendet als unnöthig, sehr umständlich und auch gefährlich.

Es empfiehlt sich daher dringendst der Schlingenschwürer, weil er schonend arbeitet und fast immer anwendbar ist. Autoreferat.

Fremdkörper der Nase. (Corps étrangers du nez.) Von Dr. Martin. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Vier Fälle von Nasenfremdkörpern mit Retention und Fötor. Ein 2 Ctm. langes und 1 Ctm. dickes Stück Hollundermark, ein Stück Bindfaden, ein Kirschkern, ein zweiter Kirschkern bilden die Corpora delicti. Heilung. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Tumoren der Nasenscheidewand. (Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale.) Von DDr. Garel und J. Collet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Verf. geben die microscopische Beschreibung einer gewissen Zahl von ihnen beobachteter Nasenscheidewandtumoren, wozu die Angiome, die Naevi pigmentosi, die tuberculösen und lupösen Tumoren, die Papillome nebst einfachen Schleimpolypen, sowie die Myxo-Angiome zu rechnen sind. Dr. P. K.

Ueber chronische primäre Nasendiphtheritis. (Sur la diphthérie primitive chronique du nez.) Von Dr. Luigi Concetti. (Archivii italiani di laringologia, April 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Der pseudomembranöse Schnupfen, die Rhinitis fibrinosa chronica ist nur chronische Diphtheritis. In fünf vom Verf. beobachteten Fällen wurden zwei Mal die Löffler'schen Bacterien nachgewiesen, zwei Mal war Contagion und spätere Lähmung eingetreten, in dem fünften Falle

trat nachher Laryncroup ein. Alle fünf waren chronisch und scheinbar unschuldig. Man muss immer bedenken, dass solche Fälle eine Gefahr zur Autoinfection und zur Heterocontagion sind. Dr. P. K.

Syphillis des Nasenrachenraumes. Von Dr. Gerber. (Hierzu Tafel I.)
Aus Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkrankheiten in Königsberg. (Sonderabdruck aus Archiv für Dermatologie und Syphillis.)

Fälle von isolirter Syphillis des Nasenrachenraumes finden sich sehr spärlich in der Literatur, vielleicht nur, weil die Rhinoscopia posterior noch nicht Allgemeingut aller Aerzte ist. Solche Fälle sind bisher nur von Wendt, Michel, Zaufal und Verf. beschrieben. G. beobachtete nun einen neuen einschlägigen Fall an einer 29jährigen Pat., welche seit 4 Wochen über Halsschmerzen, nächtliche Trockenheit und morgendliche Verschleimung des Halses klagte. Sonst sei sie immer gesund gewesen. Die bisherige Behandlung mit Pinselungen und Einathmungen war erfolglos. Die Inspection der Mundhöhle und die Rhinoscopia posterior gestattete Anfangs nur die Diagnose: diffuser Retronasalcattarrh. Nach 3tägiger Anwendung der Nasenrachendouche und Pinselungen mit modificirter Lugol'scher Lösung war das vorher reichliche Secret verschwunden, und man entdeckte mit dem Spiegel ein Geschwür, dessen Haupttheil am Rachendache lag und das sich abwärts bis an die dem freien Rande des Velum entsprechende Stelle der Pharynxwand erstreckte. Seitlich erstreckte es sich von einem Tubenwulst zum anderen, den rechten einbeziehend. Das Geschwür war flach, scharfrandig, der Rand gewulstet, nur an den Choanen allmählig in die normale Schleimhaut übergehend, der Grund höckerig-ulcerös, speckig-gelb belegt. Ein circa linsengrosser solcher Belag und noch kleinere finden sich auf dem rechten Tubenwulst. Am Dache der linken Choane ein isolirter, kleiner, gelber Plaque. Diagnose:luetisches Geschwür. Der Rest einer Allgemeinerkrankung wurde nur noch in der Form eines Leucoderma an den unteren Partien des Halses gefunden. Patientin vervollkommnete auf nochmaliges Examen die Anamnese dahin, dass sie im April 1890 ein mit Flecken behaftetes Kind gebar, welches starb. Nach Gebrauch von 20 Gramm Jodkali, täglicher Jodoforminsufflation und 10 Einreibungen zu 40 Gramm Ung. ciner. ist das Geschwür ohne erkennbare Narbe geheilt. — Auf einer colorirten Tafel ist der rhinoscopische Befund dieses Falles der völlig normalen Mundrachenhöhle gegenübergestellt.

Hitschmann.

Die Electrolyse gegen die Missbildungen der Nasenscheidewand.
(L'électrolyse contre les déformations du septum nasal.) Von Dr. G. Strazza. (Bollettino delle malattie dell'orecchio, August 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. ist nicht so eingenommen von der Methode, wie Dr. Moure; man muss, einmal an die Knochensubstanz angelangt, sehr oft und lange behandeln; die Operation ist schmerzhaft; der Vorzug besteht in der Blutlosigkeit, dem Fehlen der Reactionerscheinungen und der Verwachsungen.

Dr. P. K.

Alumnol bei Nasen- und Halskrankheiten. (De l'alumnol dans les maladies du nez et de la gorge.) Von Dr. Mount Bleyer. (Congrès medical Pan-américain und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21, 1893.)

Ist dem Aluminium aceticum und dem Aluminium aceto-tartaricum vorzuziehen. Es besteht aus einer Verbindung von Aluminium und Naphtosulphat, 40procentig in kaltem Wasser löslich, wird dunkelbraun an der Luft, fällt das Eiweiss, löst letzteres aber bei grösserem Zusatz wieder auf. Verf. sah besonders gute Wirkung bei Zungencondylomen.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 7. Januar 1892 bis 1. Januar 1893.

Die Abfertigung der Kranken geschah im Sommersemester täglich von 9 bis 1 und 2 Uhr, in den Wintermonaten von 9 bis 12^{1/2} und 1 Uhr. Behandelt wurden 1037 Kranke mit 1231 Krankheitsformen, und zwar 429 Fälle von Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes, 342 von Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes, 241 von Haut- und Geschlechtskrankheiten, 105 von Ohrenkrankheiten und 114 Fälle von Krankheiten, welche an den Grenzgebieten der genannten Specialfächer liegen. In 209 Fällen wurden operative Eingriffe, davon 38 in Chloroform-, die anderen zumeist unter localer Anaesthesie, gemacht, 118 Zahnextractionen wurden ausgeführt. Die einzelnen Krankheitsformen und die vorgenommenen Operationen werden in Tabellen, jedoch ohne Angabe des Heilungserfolges angeführt. Im Anschlusse daran folgen therapeutische Mittheilungen. Die Schleimhautmassage der oberen Luftwege und die Versuche mit cantharidinsäuren Salzen erzielten Misserfolge. Hyperplastische Processe in der Nase und dem Nasenrachenraume wurden mit Trichloressigsäure, die in Crystallform mittels Jurasz'scher Sonden aufgetragen wurde, mit vorzüglichem Erfolge behandelt. Chirurgische Eingriffe bei Kehlkopftuberculose wurden möglichst selten gemacht, neben Milchsäure kam Perubalsam zur Verwendung. Die Erfahrungen mit der Bresgen'schen Nachbehandlung von Nasenoperationen berechtigten zur Empfehlung; Europhen bei trockenem Nasencatarrh und bei Lues und Jaenicke's Tetrabor bei uncomplicirter Otorrhoe bewährte sich gut. In der Dermatotherapie wurden von Salol und Dermatol, sowie bei Ulcus cruris vom Unna'schen Zinkleimverband gute Erfolge gesehen.

Dr. Hitschmann.

Zweiter Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 1. Januar 1893 bis 1. Januar 1894.

Die Krankenzahl wuchs in diesem Berichtsjahre auf 1477. Von diesen litten 1132 an Hals- und Nasenkrankheiten, 306 an Haut- und Geschlechtskrankheiten, 179 an Ohrenkrankheiten und 99 an verwandten Affectionen. Von 270 Operationen wurden 58 in Narcose ausgeführt, ferner wurden 268 Zahnextractionen vorgenommen. Die einzelnen Krankheitsformen und die Häufigkeit ihres Vorkommens, sowie die Arten der

Operationen giebt eine Tabelle ohne Erwähnung der Heilungsergebnisse an. Die Behandlung mit Trichloressigsäure wurde häufiger, die mit Galvano-caustik seltener angewendet.

Besondere Aufmerksamkeit wurde der Syphilis der oberen Luftwege, der Aetiologie der Ozaena und deren Beziehungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen zugewandt. Erwähnenswerth sind einige endonasale, bei 12—13jährigen Kindern gefundene Polypen, einige Fälle von Tuberculose des Rachens, der Nase und des Nasenrachenraumes, sowie ein Fall von Actinomyose der Wangenschleimhaut.

Dr. Hitschmann.

Penetrierende Halswunde bei Selbstmordversuch. (*Plaie pénétrante du cou par tentative de suicide.*) Von Dr. Müller, Dr. Cary und Dr. Paul Koch. (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx* No. 7, 1893.)

Ein 23jähriger Handschuharbeiter wollte sich die Kehle mittels eines Dolirmessers durchschneiden. Ungeheurer Blutverlust, quere Halswunde von einem Sternocleidomastoideus zum andern nebst quere Trennung dieser Muskeln, Blossliegen der Carotiden, Epiglottis ganz vom Larynx getrennt an der Zungenbasis haftend, Larynx selbst intact, Pharynx dermassen durchschnitten, dass auf beiden Seiten der Wirbelsäule nur ein kleiner Lappen als Rest seiner Wände blieb. Athmen normal, Stimme gestört. Bei diesen guten Verhältnissen wurde nur auf beiden Seiten des Larynx je eine Naht angelegt, antiseptisch verbunden und das Kinn dem Sternum genähert. Sondenernährung. Heilung ging rasch von statten, es blieb nur eine kleine Fistel übrig. Doch liessen die Folgen der Narbenretraction nicht lange auf sich warten. Das Laryngoscop zeigte die Epiglottis quer auf dem Aditus laryngis liegen. Die rasch sich mehrenden Erstickungsanfälle nöthigten plötzlich des Nachts unter sehr ungünstigen Verhältnissen zur Tracheotomie, welche in der Agone ausgeführt wurde; die Trachea war sehr schwer zu finden. Patient genas insofern, dass er die Canüle tragen muss. Dieser practisch und gerichtlich-medicinisch sehr interessante Fall führt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Es giebt tiefgehende Schnittwunden des Halses, welche sehr zur expectativen Behandlung einladen und wirklich sehr schön zu heilen scheinen; dies war hier der Fall; 2) die Heilung der Haut geht rasch von statten, wenn aber die Narbencontraction in der Tiefe vor sich geht, tritt Verschiebung der Weichtheile und Knorpeltheile ein, es entstehen nothwendiger Weise Erstickungsanfälle, welche das Leben des Patienten bedrohen; 3) die Halswunden, welche die Membrana hyothyroidea quer treffen, wie bei unserem Patienten, sind die bei weitem am meisten klaffenden; in der Tiefe dieser Wunden bemerkt man dann die mehr weniger abgetrennte Epiglottis; letztere soll entweder ganz amputirt oder genau an die Cartilago thyroidea angenäht werden. Da ferner die Narbencontraction unvermeidlich ist, soll man den Rath einiger neuerer Chirurgen nicht befolgen, sondern gleich die tiefe prophylactische Tracheotomie ausführen, eine grosse Canüle einführen, genaue tiefe und oberflächliche Nähte anlegen, dann antiseptisch verbinden, die vollständige Heilung und Narbenretraction abwarten, dann die mechanische Larynx- und Pharynxbehandlung einleiten und erst nach dem gesicherten Erfolge letzterer die Canüle entfernen. Letzteres gelingt in den wenigsten Fällen.

Man soll also nicht wie im vorliegenden Falle, sondern der altclassischen Methode nach verfahren; das Leben des Patienten ist dabei gesichert, man kommt nicht in die Lage, eine schwierige, oft zu späte Tracheotomie ausführen zu müssen.

Dr. P. K.

Klinischer Vortrag über den Werth der Nähte bei Halswunden und chirurgischen Operationen an den obersten Luftwegen. (Leçon clinique sur la valeur des sutures dans le traitement des coupures de la gorge et des plaies chirurgicales de la voie aérienne.) Von Dr. Henry Morris. (Lancet, December 1892 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 17, 1893.)

Verf. verwirft die classische Methode, welche darin besteht, die Halswunden durch Granulation und Narbenbildung heilen zu lassen und spricht der Naht das Wort. Man soll streng antiseptisch reinigen und dann ganz genau die getrennten Ränder eines jeden einzelnen Gewebes zusammennähen; Anlegen von Drainröhren an den geeigneten Stellen. Die Heilung per primam ist dann gesichert. Es findet keine Narbencontraction statt; bei sorgfältig zugenähter Trachea kann kein Hautemphysem entstehen und es kann kein Exsudat in die Luftwege dringen. Bei diesem Vernähen muss der Kopf einige Tage unbeweglich bleiben und muss Ernährung per anum stattfinden.

Wenn die Nähte gut ausgeführt sind, so ist die Heilung per primam sicher; während dieser kurzen Zeit kann die Mastdarmernährung ohne Beanstanden stattfinden und fällt die lästige Sondenernährung weg nebst allen ihren Nachtheilen; die mit Recht so gefürchteten Stricturen des Oesophagus und der Trachea fallen weg (?), es bleibt keine Fistel zurück.

Dr. P. K.

Innervation des Gaumensegels. (Innervation du voile du palais.) Von Dr. Livon. (Association française pour l'avancement des sciences, Besançon 1893 und Semaine médicale No. 51, 1893.)

Bei gehöriger Vorsicht in der Gegend des Bulbus kann man beim Präpariren die Theile des Pneumogastricus und des Accessorius Willisii, welche Theile dem Gaumensegel zukommen, von einander trennen. Reizung der Vaguswurzeln lösen Contractionen der Musculi palatostaphylinus und pharyngostaphylinus aus. Reizung der oberen Wurzeln des Accessorius Willisii lösen Contractionen der Musculi peristaphylini externus und internus aus. Also erhält der weiche Gaumen, wie Vulpian schon angedeutet hatte, eine doppelte Innervation (vom Vagus und vom Accessorius), ähnlich wie dies beim Facialis und Glossopharyngeus der Fall ist.

Dr. P. K.

Ueber den Einfluss des Ziehens an der Zunge auf gewisse nervöse Lähmungen. (De l'influence des tractions linguales sur certaines aphonies nerveuses.) Von Dr. C. M. Desvernine. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Das Ziehen an der Zunge ermöglicht gewisse Larynxtöne, welche man unter den gewöhnlichen Bedingungen durch Vocalisationsversuche nicht hervorbringen kann. (Dieses Phänomen beobachtet wohl jeder Practiker; es ist selbst den nervösen Patienten so auffallend, dass letztere

glauben, das Einführen des Laryngoscops sei eine Operation gewesen, welche plötzlich die Stimme wiedergegeben habe; die vermeintliche Heilung hört aber ebenso plötzlich wieder auf. Ref.) Die von Bruns eingeführte Larynxgymnastik, welche von Gottstein, Gouguenheim, Jurasz mit Erfolg angewandt worden ist, beruht wohl nicht einzig und allein auf dem psychischen Einfluss und auf Suggestion, sondern auch theilweise auf dem Ziehen an der Zunge. Auffallender Weise ist dieses mechanische Moment noch von keinem Autor erwähnt worden; das Ziehen an der Zunge „ohne“ Einführen des Laryngoscops bringt in den meisten Fällen denselben heilsamen Effect; es ist immer nur ein bestimmter Grad des Ziehens und immer derselbe, der den Ton hervorbringt. Verf. erzählt zwei Beispiele zur Erhärtung seiner Erklärung; ein von Jurasz beschriebener Fall bringt denselben Beweis. Das Phänomen findet übrigens seine Analogie in dem günstigen Einfluss der regelrecht ausgeführten Zungentraktionen auf die Belebung der scheinodten Kinder sowie der Ertrunkenen, wie Laborde selbe in jüngster Zeit anrath. Bei beiden Methoden entstehen ganz einfach Reflexbewegungen durch die Medulla. Die mechanischen, von Olliver, Wylie, Sherry und Jurasz angerathenen Larynxbewegungen scheinen übrigens dieselbe Wirkung zu haben, ohne dass genannte Autoren dieselbe Erklärung dafür geben. Verf. rath also, einstweilen die Theorie der psychischen Suggestion sub judice zu lassen und die mechanische Wirkung obiger Manipulationen mehr in Betracht zu ziehen, wie schon Westphal und Charcot angedeutet hatten.

Dr. P. K.

Instrument zum Hervorziehen der Zunge beim Laryngoscopiren. (Tire langue pour la laryngoscopie.) Von Dr. G. Ficano. (Gazzetta degli ospitali, Mai 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Für ungeschickte Patienten bestimmt. Das Instrument besteht in einer mit Gummi umkleideten Zange, welche die Zunge fasst und am Kinn mittels eines den Kopf umgebenden Bandes befestigt wird.

Dr. P. K.

Behandlung der tuberculösen Drüsengeschwülste. (Traitement des adénites tuberculeuses.) Von Dr. Marchand. (Société de chirurgie, Juli 1893 und Semaine médicale No. 42.)

Die verschiedenartigsten interstitiellen Einspritzungen können zu demselben Resultate führen und es ist schwer zu sagen, welchem Medicament der Vorzug zu geben ist und wie selbe wirken; selbe können nur in der ersten Periode wirken. Aber auch in dieser Periode, wo noch keine Eiterung eingetreten ist, zieht Verf. die Totalexstirpation vor; letztere ist leicht, es treten selten Blutungen ein; selbst bei vorhandener Eiterung erreicht man Heilung per primam; die einzigen unangenehmen Ereignisse können durch die Entzündung der umgebenden Capsel eintreten und diese sind noch gering. Dr. Moty gebraucht mit Erfolg das Camphornaphtol.

Dr. P. K.

Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome mit Demonstration von microscopischen Präparaten, Zeichnungen und Photographien. Von Prof. Dr. Ottokar Chiari in Wien. (Vortrag, gehalten am 11. internat. medicin. Congresse zu Rom 1894.)

Nach kurzer Besprechung der Untersuchungen und Angaben Eppinger's, welcher im Einklange mit den anderen Autoren diese Geschwülste als Fibrome erklärt, sucht Ch. nachzuweisen, dass dieselben als umschriebene Hypertrophien der oberflächlichen Antheile des Stimmbandes zu deuten sind und nicht als Fibrome, welche, aus der submucösen Schichte entspringend, die Schleimhaut ausstülpfen. Er stützt sich dabei zunächst auf die histologische Untersuchung von 38 Geschwülstchen der Stimmbänder, deren Ergebnisse er theilweise schon in der „Wiener Klin. Wochenschrift“ 1891, No. 52, und in der „Prager medicin. Wochenschrift“ 1892, No. 37, veröffentlichte; 16 derselben wurden erst seither untersucht. Alle diese, circa in der Mitte der freien Kante des Stimmbandes sitzenden, bis bohnergrossen Geschwülste zeigten eine grosse Gleichmässigkeit im Bau. Bedeckt waren sie von einem geschichteten Plattenepithel und bestanden aus einem faserigen Bindegewebe, welches manchmal dichter, gewöhnlich aber locker gefügt, zahlreiche Maschenräume enthielt. Dieselben waren theils länglich, theils rundlich, theils ganz unregelmässig gestaltet, mit oder ohne Endothel, und enthielten theils Blut, theils Gerinnsel, theils feinkörnige Massen, theils endlich waren sie leer.

Die Gefässe waren meist zahlreich, oft ausgedehnt; Pigment sah man häufig und ebenso die von Eppinger beschriebenen hyalinen Massen. Alle diese Erscheinungen muss man auf Stauungen zurückführen.

Eine scharfe Abgrenzung der oberflächlichen Schichte gegen die Hauptmasse der Geschwülste konnte aber nie nachgewiesen werden, so dass schon daraus das Unpassende der Bezeichnung Fibrom entnommen werden kann; vielmehr enthielten diese Geschwülstchen alle Bestandtheile wie das Stimmband, welches ja auch an der gewöhnlichen Ansatzstelle der Geschwülste keine Scheidung in Schleimhaut und submucöses Gewebe zeigt. Besonders deutlich zeigen sich zwei im Zusammenhange mit dem Stimmbande in frontale Serienschritte zerlegte Geschwülste als Hypertrophien aller oberflächlichen Antheile des Stimmbandes. Man sieht an den Präparaten und Zeichnungen unter mehreren kleineren hypertrophischen Wülsten einen nach und nach zu dem Polypen sich entwickeln. Dieser eine Wulst erscheint nämlich zunächst als unmittelbar aus dem Stimmbande hervorwachsende, ebenso wie das umliegende Stimmband zusammengesetzte kleine flache Kuppel, wächst dann allmählich in Breite und Höhe, namentlich in Folge des Auftretens von starker Ectasirung der Gefässe, die bald die Hauptmasse der Schwellung ausmachen, und wird endlich zu dem kugeligen oder birnförmigen Tumor, welcher durch seine Schwere den saumartigen Wulst des Stimmbandrandes an einer Stelle zu einem Stiele auszieht.

Diese aus der Betrachtung der Serienschritte (namentlich des einen Polypen) sich unmittelbar aufrägende Vorstellung von der Entstehung der Polypen wird auch unterstützt von der klinischen Beobachtung. Man sieht nämlich manchmal dünne rothe Säume am Stimmbandrande, manchmal mit einer knotigen Verdickung in der Mitte und öfters von

dem Stiele eines sogenannten Fibroms einen schmalen rothen Saum an der Stimmbandkante sich nach vorn und hinten fortsetzen. Der Nachweis von chronischer Entzündung des Stimmbandes in den beiden histologisch untersuchten Fällen, sowie die Häufigkeit chronischer Entzündung der Stimmbänder bei Polypenbildung macht auch die Entstehung letzterer in Folge Catarrhs sehr wahrscheinlich. Ihr Wachsthum wird gewiss in vielen Fällen fast nur auf die Stauung zurückzuführen sein, der sie durch oftmalige Quetschung häufig ausgesetzt sind, namentlich wenn sie an der Stimmbandkante sitzen; denn ausgedehnte Gefässräume, Bindegewebsmaschenräume, die mit Blut, Gerinnseln und mit feinpunktirter Masse (wahrscheinlich geronnenes Serum) gefüllt sind, machen die Hauptmasse der meisten sogenannten Fibrome aus, während das Bindegewebe sehr in den Hintergrund tritt. Demonstrirt wird dies besonders noch an einer cystischen Geschwulst des Stimmbandes, in welcher die Bildung macroscopischer Cysten auf seröser Erweichung des Gewebes beruhte.

Schliesslich wird noch durch Färbungs-Ergebnisse die Ansicht Eppinger's von der Abstammung der hyalinen Substanz vom Fibrin unterstützt.

Als Ergebniss der Untersuchungen folgt also, dass diese 38 sogenannten Fibrome des Stimmbandes sicherlich nur als Hypertrophien aller oberflächlichen Schichten des Stimmbandes aufzufassen sind und daher im Sinne Eppinger's Polypen genannt werden müssen. Wahrscheinlich gilt das auch für viele andere solche Geschwülstchen.

Autoreferat.

Neue Untersuchungen über die motorischen corticalen Larynxcentren.

(Nouvelles recherches expérimentales sur les centres moteurs corticaux du larynx.) Von Dr. G. Masini. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, Juli 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Gemäss seiner 1886 ausgeführten und jetzt nach einer anderen Methode ausgeführten Experimente kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) beim Hunde bestehen in der Gehirnrinde zwei bilaterale Centren, welche jedes für sich den Bewegungen der entgegengesetzten Larynxhälfte vorstehen; 2) diese Centren verschmelzen sich mit anderen Bewegungscentren, namentlich mit denen, welche in directer Verbindung mit den Glottisfunctionen stehen; 3) die Verletzung oder die Zerstörung des einen Centrum ist nicht von einer totalen Lähmung, sondern blos von einer Parese gefolgt, eben wegen der Kreuzung und der directen Verbindung der Fasern; 4) die doppelseitige Verletzung oder Zerstörung bewirken eine vollkommene Parese, aber keine absolute Lähmung. Dr. P. K.

Ueber Laryngitis hämorrhagica. (La laryngite hémorrhagique.)

Von Dr. Nogaro. (Société française d'otologie et de laryngol., Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 16, 1893.)

Gestützt auf einen Fall, dessen genaue Beschreibung er giebt, stimmt Verf. mit den Autoren überein, welche die quantitativ geringe Blutung betonen, auf die geringe Gefahr des Leidens aufmerksam machen, bei aufgefundem Herd im Larynx die Lungentuberculose glauben ausschliessen zu können. Dr. P. K.

Syphilitische Larynxstenose durch Excision eines Stimmbandes gehellt. (Sténose syphilitique du larynx guérie par excision d'une corde vocale.) Von Dr. Ewen C. Stabb. (Société clinique de Londres 28. April 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 16, 1893.)

Ein seit 9 Jahren inficirter Patient musste tracheotomirt werden es bildete sich Narbengewebe, welches die Laryngofissur erheischte; das medianstehende rechte Stimmband wurde mit dem Narbengewebe entfernt; Excision eines abgestorbenen Stückes der Cartilago thyroidea Heilung und sogar normale Stimme.

Dr. P. K.

Fall subglottischer Stenose. (Un cas de sténose sousglottique.) Von Dr. F. Massei. (Archive italiana di laringologia, April 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Eine 28jährige Dame hat seit einem vor 14 Jahren überstandener. sogen. Croup immer wachsende Dyspnoe. Unterhalb der Stimmbänder besteht eine quergespannte Membran mit centraler ovaler Oeffnung. Spaltung mittels des Schrötter'schen Laryngealmessers; nachfolgender Catheterismus. Heilung.

Dr. P. K.

Die Tubage bei hysterischer Larynxlähmung. (Le tubage dans la paralysie hystérique du larynx.) Von Dr. O. Ascento. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, November 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Adductorenlähmung des linken Stimmbandes. Die Pat., bei welcher alle gewöhnlichen Behandlungsweisen scheiterten, wurde durch Autosuggestion beigebracht, dass ein O'Dwyer-Egidirohr, in den Larynx eingeführt, während seines Verbleibens die Aphonie nicht heile, sondern sogar steigere, dass die Stimme aber gleich nach dem Entfernen des Rohres wiederkehre. Zwei solche Sitzungen brachten Heilung.

Dr. P. K.

Behandlung des Larynxkrebses. (Sur le traitement du cancer du larynx.) Von Dr. Jose Roquer Casadeus. (Revista di laringologia und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. ist gegen die Totalexstirpation. Alle Larynxkrebskranke sterben, sie mögen sich einer Operation unterwerfen oder nicht. Letztere sterben leichter und leben länger.

Dr. P. K.

Ein Fall von Larynxabscess. (Un cas d'abcès du larynx.) Von Dr. Moll. (Société des laryngologistes et otologistes belges, 4. Juni 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Ein starker Mann ist seit drei Tagen heiser, kein Schmerz und keine Dysphagie. Oedem am rechten Giessbeckenknorpel, leichte Entzündung und Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes. Unsichere Diagnose. Nach drei Tagen Eröffnung eines kleinen Abscesses am Processus vocalis. Heilung. Nachher ein Influenza-Anfall mit Pleuropneumonie; Heilung nach drei Wochen. Interessanter Fall, weil die Influenza hier mit laryngealen Erscheinungen anfang, während gewöhnlich das Umgekehrte stattfindet.

Dr. P. K.

Laryngitis bei Aussatz. (Laryngite lépreuse.) Von Dr. Ramon de la Sota y Lastra. (Archives internationales de rinologia et laringologia, October—December 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Eine 32 persönlich beobachtete Fälle enthaltende Monographie. Die Contagiosität ist nicht bewiesen. Die Localisation im Larynx ist nicht absolut tödtlich, der Tod durch Stenose ist selten. Zerstörung der Knoten mittelst Galvanocaustik hat sich am besten bewährt.

Dr. P. K.

Ueber die Eintheilung und die Therapie der Pachydermia laryngis.

Von Prof. Dr. O. Chiari. (Vortrag, gehalten auf dem XI. internationalen medicinischen Congresse in Rom 1894.)

Zunächst wird betont, dass ausser Besprechung bleiben werden die Papillome des Kehlkopfes, welche Virchow unter dem Namen Pachydermia verrucosa zur P. rechnen will, weil in klinischer Beziehung eine Zusammenfassung der Pachydermia diffusa und verrucosa unhaltbar ist.

Die beiden Formen der P. diffusa, die reine typische Form einerseits und die secundäre oder accessorische andererseits, unterscheiden sich, wie aus Literaturangaben, eigenen und fremden Beobachtungen hervorgeht, nur durch den Umstand, dass die erstere Form durch chronischen Catarrh, die letztere aber durch andere, spezifische Reize, als Tuberculose, Syphilis, Typhus, Lupus etc. hervorgerufen wird. Dafür spricht vor Allem die Thatsache, dass schon öfters Fälle gesehen wurden, in denen Tuberculose, Syphilis, Perichondritis etc. an den Processus vocales Wülste lieferten, die vollständig denen der P. typica glichen; dasselbe kam auch an der Plica interarytaenoidea vor. Ferner bestehen die durch chronische Reize, sei es Catarrh, Syphilis oder Tuberculose etc. bedingten Höcker und Wülste an den Stimmbändern und der Plica interarytaenoidea in gleicher Weise aus verdicktem, grosse Zapfen in die Tiefe sendendem Epithel und aus infiltrirtem Bindegewebe; ferner kommen geringe Grade von Epithelverdickung sehr häufig an den Stimmbändern und der Plica interarytaenoidea vor; endlich waren alle diese Veränderungen schon früher sowohl den Anatomen als den Laryngologen bekannt, ja selbst die Pachy. typica an den Processus vocales wurde schon beschrieben und abgebildet und nur anders benannt, gewöhnlich auch unrichtig, nämlich als Geschwür mit wallartigen Rändern gedeutet.

Man hat also unter Pachydermie nur ein Symptom zu verstehen und keine Krankheit.

Die Therapie der Pachydermie bezieht sich daher auf alle Formen der Epithelverdickung im Larynx, seien sie dünn oder dick, mit oder ohne Bethheiligung des Bindegewebes einhergehend, durch Catarrh oder andere Erkrankungen veranlasst. Es wird dann 1. die Behandlung der leichten Epithelverdickungen, besonders in der Plica interarytaenoidea, besprochen, 2. die Therapie der typischen Wülste an den Processus vocales, bei denen sich mehr die medicamentöse als die operative empfiehlt, während hingegen 3. bei den pachydermischen Infiltraten an der Plica interarytaenoidea, seien sie durch Catarrh oder Tuberculose oder Syphilis oder andere chronische Reize bedingt, mehr die Operation mit schneidenden oder galvanocaustischen etc. Instrumenten anzurathen ist.

Eine unbedingte Indication für die operative Behandlung geben aber jedenfalls sowohl die typischen als auch die accessorischen Wülste und Höcker, wenn sie die Stimme oder Athmung bedeutend stören.

Schliesslich wird die Electrolyse als sehr energisch und doch reizlos wirkend sehr für diese Operation empfohlen. Autoreferat.

Der Blutegel im Larynx. (La sangsue haemopis vorax dans le larynx.) Von Dr. Arturo Benjamino Leone. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, Juli 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. giebt die Krankengeschichte von zehn von ihm beobachteten Fällen. In Sizilien lebt in den Gewässern ein unter dem Namen des Pferdeblutegels, Haemopis vorax, bekannter Blutegel, dessen Saugnapfe nicht die Epidermis, wohl aber die Mucosa anzapfen können. Er ist höchstens 25—30 Millimeter gross, setzt sich Anfangs im Pharynx oder Aditus laryngis fest, um später, dem Inspirationsluftstrom folgend, sich im Larynx selbst anzusaugen. Fremdkörpergefühl, fortwährendes Husteln mit schleimig-blutigem Auswurf; diese Symptome werden ausgeprägter beim Heranwachsen des Thieres. Diagnose leicht, Prognose gut, Extraction leicht. Dr. P. K.

Ueber extralaryngeale Revulsion. (Sur la révulsion extralaryngée.) Von Dr. Luciano Baragas. (Archivos internacion. de rinologia, laringologia, November 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Zwei Fälle beweisen die Gefahr solcher Behandlungsweise; durch sie werden die zum Larynx gehörenden und in ihrem Verlauf theilweise subcutan gelegenen Arteriae thyrohyoidea und cricothyroideae mit Blut überfüllt und ebenso das Larynxinnere. Man soll also die alten Traditionen bei Seite setzen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von chronischem Croup. (Deux cas de croup chronique.) Von Dr. F. Egidi. (Archivi italiani di laringologia, Januar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Beide Fälle gehören zu dem chronischen, postoperativen Croup; seltene Fälle. Dr. P. K.

Ein Fall von totaler Larynxexstirpation ohne Tracheotomie; künstliche Herstellung der Stimme. (Sur un cas d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, avec rétablissement artificiel de la phonation.) Von Dr. Ch. Périer. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Ein 62jähriger Mann zeigte die Symptome eines genau abgegrenzten Larynxepithelioma's. Verf. giebt seine Operationsmethode. Das Microscop zeigt, dass das Epithelioma genau innerlich abgegrenzt ist, dass man es mit einem zur Operation günstigen, von den Franzosen Cancer intrinsèque genannten Falle zu thun hat; die das Epithelioma umgebenden Larynxgewebe, namentlich die Lymphgefässe waren intact.

Dieser Fall spricht zu Gunsten der frühzeitig auszuführenden Total-exstirpation. Ref. Dr. P. K.

Lähmung der Cricoarytanoidei postici in Folge einer Tracheotomie wegen Croup. (Paralysie des cricoaryténoidiens postérieurs après une trachéotomie pour croup.) Von Dr. G. Masini. (Bollet. delle malattie dell' orecchio, October 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893)

Electrisiren und Massage brachten Heilung nach zwei Monaten. Verf. glaubt die Lähmung von einer Inertie in Folge des leichteren Trachealathmens der Athmungsmuskeln des Larynx herleiten zu müssen. Die Adductoren gewinnen das Uebergewicht. Dr. P. K.

Ueber acute und subacute rheumatische Arthritis cricoarytanoidea. (Sur l'arthrite cricoaryténoidienne aigue et subaigue de nature rhumatismale.) Von Dr. C. Compaired. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, Januar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Verf. practicirt in einem Schwefelbad, wo viele Rheumatiker eintreffen; unter diesen hat er zwei Fälle von acutem und einen Fall von subacutem Rheumatismus der Cricoarytanoidealgelenke beobachtet. Schmerzen, 'autochthon sowohl als beim Schlingen und Sprechen, Schwellung der Aryknorpelgegend fehlen nie. Heilung constant. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Transformation gutartiger Neubildungen des Larynx in bösartige. (Contribution à la question de la possibilité de la transformation des tumeurs bénignes du larynx en malignes.) Von Dr. Sokolowsky. (Gazeta Lekarska No. 1—3, 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 15, 1893.)

Bei einem 64-jährigen Patienten wurde ein Polyp am hinteren Ende des linken Stimmbandes entfernt. Allgemeinbefinden ungestört. Nach 4 Jahren Recidive und galvanocaustische Zerstörung. Allgemeinbefinden immer gut. Nach 8 Monaten wurde der zuerst entfernte Tumor microscopisch untersucht und nach 5 Monaten noch einmal; die Diagnose lautete jedesmal: Adenocarcinom. Der Verlauf der Krankheit war nur der des Carcinoms. Wäre also in diesem Falle die zuerst entfernte Geschwulst nicht aufbewahrt worden, so hätte man die Transformation eines gutartigen Tumors in einen bösartigen annehmen können, und mit Unrecht. Dr. P. K.

Wirkung der totalen Thyroidectomie beim Affen. (Des effets de l'ablation du corps thyroïde chez le singe.) Von Dr. G. Murray.

Die ersten acht Tage traten keine Erscheinungen auf. In der zweiten Woche leichtes Zittern der Hände und Füße; rothe und weisse Blutkörperchen nahmen an Zahl ab; das Zittern nahm zu. Apathie trat ein nebst clonischen Zuckungen; leichtes Oedem der Augenlider. In der vierten Woche war die Apathie sehr gross, das Thier zeigte die Tendenz, nach rückwärts zu fallen, die Temperatur fiel unter die Norm. Nach einer gewissen Zahl von Einspritzungen von Thyroidealsaft wurde das Thier wieder gesund. Von dem Affen auf den Menschen schliessend, glaubt Verf., dass die Functionen der Schilddrüse besonders darin bestehen, einen Secretionssaft zu produciren, welcher ein Hauptelement des Blutplasmas bildet. Dr. P. K.

Genauere Prognose der Tracheotomie bei Croup. (Prognostic raisonné de la trachéotomie en cas de croup.) Von Dr. Castelain. (Bulletin médical du Nord No. 13, 1893.)

Wenn man, übereinstimmend mit den Autoren, auf 4—5 Fälle einen Erfolg den Eltern des Kindes verspricht, so ist dieses Versprechen noch nicht als absolut zu nehmen. St. Germain sagt: „Man muss den Eltern präcis und fest, aber nicht mit Anstössigkeit die absolut hoffnungslose Lage des Kindes auseinandersetzen, wenn nicht operirt wird; man muss den Eltern die Statistik vorlegen, auf fünf Fälle einen Erfolg versprechen; dann widersetzen die Eltern sich der Operation gewöhnlich nicht“. Der sogenannte Genius epidemicus, wenn er auch nicht mehr wörtlich zu nehmen ist, hat doch einen grossen Einfluss auf die Prognose; wenn z. B. bei Masern die Prognose gewöhnlich als ganz günstig zu stellen ist, so sehen wir bei einigen Epidemien, unter dem unbekanntem Einfluss des sogen. Genius epidemicus, alle damit befallenen Kinder sterben; eben dasselbe ist bei Diphtheritis der Fall, obschon die Krankheit an sich ernster Natur ist. Ausser dem Genius epidemicus ist das Alter der Patienten für die Prognose wichtig; den Statistiken gemäss ist das Alter von 6—10 Jahren das günstigste; die Fälle, wo ganz kleine Kinder durch die Tracheotomie gerettet werden, sind als Ausnahme zu betrachten: Scoutheten rettete durch die Tracheotomie sein eigenes 6 Wochen altes Kind!

Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.) Von Dr. Boewer und Dr. Paul Koch. (Société des sciences médicales de Luxembourg, séance du 23 Avril 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1893.)

Ein Arbeiter zerbrach den sein Mittagessen enthaltenden irdenen Topf, trank mit Begier den Rest aus den noch vorhandenen Trümmern und verschluckte einen Scherben, welcher, wie sich später herausstellte, 4, 3 und $\frac{1}{2}$ Ctm. in den drei Durchmesser hatte und 5,1 Gramm wog; selber wurde mit einem, dem von Graefe'schen Münzenfänger ähnlichen Instrumente entfernt. Merkwürdig dabei war, dass der Kranke Anfangs nichts spürte und erst am anderen Tage wegen grosser Schlingbeschwerden den Arzt aufsuchte.

Man soll bei Oesophagus-Fremdkörpern nie expectativ verfahren, sondern gleich die Extractionsversuche machen und wenn diese nicht gelingen, schnell die Oesophagotomia externa ausführen; letztere Operation ist wegen der Antisepsis und der neuen Schnittmethode bei Weitem nicht mehr so gefährlich wie sonst.

Dr. P. K.

III. Kritik.

Die Krankheiten der oberen Luftwege. Von Prof. Dr. Moritz Schmidt. (Berlin, Verlag bei Julius Springer. 1894.)

„Aus der Praxis für die Praxis.“ Mit diesen Geleitsworten entsendet der als einer der ältesten und gediegensten Laryngologen in und ausserhalb Deutschlands bekannte und geschätzte Verfasser sein Werk in die

Oeffentlichkeit, und selten wird ein Buch der von seinem Autor gefassten Tendenz in so hohem Maasse entsprechen, als es mit Schmidt's Werk der Fall ist.

Aus dieser Tendenz entspringen die grossen Vorzüge des durchaus originellen Werkes und vielleicht auch einige wenige Mängel, auf die übrigens Schmidt grösstentheils selbst aufmerksam macht. Bezüglich einzelner wäre er übrigens gegen sich selbst in Schutz zu nehmen. So gewinnt man nirgends den Eindruck, als hätte Schmidt die Verdienste und Prioritätsansprüche anderer Autoren zu wenig gewürdigt, etwas, worauf der Verf. in der Vorrede als möglicher Weise unbewusst geschehen aufmerksam macht. Im Gegentheil! Das Buch durchweht ein durchaus wohlthuender Geist der Gerechtigkeit und Anerkennung der Leistungen Anderer.

Ganz besonders eigenartig ist die Art der Eintheilung der einzelnen Krankheiten behufs ihrer Besprechung. Schmidt hält sich nicht an die topographische Eintheilung, sondern er bespricht — nur mit wenigen Ausnahmen — die einzelnen Krankheitsformen zusammen, wie sie sich in sämmtlichen Territorien der oberen Luftwege darbieten. So kommt die Perichondritis des Larynx gleich nach der der Nase zu Erledigung, um nach einer gemeinsamen Besprechung der Oedeme in Nase, Gesicht und Kehlkopf der Erörterung der Erkrankungen in den Nebenhöhlen der Nase Platz zu machen. Der Autor hat damit vor Allem das vermieden, was ihm zu erreichen offenbar am wenigsten am Herzen lag: seinem Werke den Character eines Lehrbuches zu verleihen. Dadurch konnte er sich ganz und gar dem Causerietone ergeben, und es lässt sich nicht leugnen, dass Schmidt's Buch seit Hyrtl, durch welchen diese originelle Schreibweise zuerst so glücklich in die medicinische Literatur eingeführt wurde, zu den erfolgreichsten in dieser Manier gehaltenen Werken gehört. Dadurch wurde es auch möglich, eine Fülle von praktischen Einzelheiten mit aufzunehmen, die dem Studirenden vielleicht als nebensächlich erscheinen würden, aber jedem im praktischen Leben stehenden Arzte eine Menge von Anregung und Befriedigung zu geben im Stande ist.

Die Abschnitte über Therapie im zur Besprechung gelangenden Buche sind eine Fundgrube wichtiger und beachtenswerther Winke, und man gewinnt gerade hier den Eindruck, als hätte der Autor sich bemüht, stets sein Bestes zu geben. Bei der Fülle des Gebotenen wird man selbstverständlich hier und da auf Manches stossen, womit nicht Jedermann einverstanden sein kann. So ist z. B. die Anwendungsweise des Liq. ferri sesquichlorati als Blutstillungsmittel in der Nasen- und Rachenhöhle (Seite 230, 231 u. 445) etwas, was von vielen Seiten wegen der Gefahren einer zu weit gehenden Thrombosirung perhorrescirt werden dürfte.

Besonders interessant ist die objective, wenn auch vorsichtige Art und Weise, in welcher sich Schmidt über die Tuberkel injectionen, welche er, wie es scheint, nicht ohne Erfolg verwendet, äussert.

Im Ganzen ist Schmidt's Buch ein Werk, auf welches sowohl der Autor als auch die Verlagsbuchhandlung, welche es nach jeder Richtung hin glänzend ausgestattet hat, stolz sein kann.

G. Kobler-Wien.

Notizen.

Versammlung von Otologen und Laryngologen.

Gelegentlich der Ausstellung in Antwerpen werden sich daselbst Otologen und Laryngologen am 17. Juni d. J. versammeln. Der Präsident Dr. W. Schleicher lässt hierzu die Einladung mit dem Bemerkten ergehen, dass am genannten Tag in 2 Sitzungen wissenschaftliche Vorträge gehalten, interessante Fälle vorgestellt und anatomische Präparate und Instrumente demonstriert werden sollen.

Anmeldungen von Vorträgen, sowie Theilnahme an einem zu veranstaltenden gemeinsamen Banquet wolle man vor dem 1. Juni bei oben genanntem Herrn in Antwerpen einsenden.

Im städtischen Krankenhause zu Cincinnati wurde eine Abtheilung für Laryngologie und Otologie eingerichtet. Zu dirigirenden Aerzten derselben sind die Doctoren Max Thorner und William Roads gewählt worden.

I N H A L T.

I. Originalien: Kaufmann: Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch. — v. Stein: Ein Fall von Gangraena faucium primaria. — Herzfeld: Zur Behandlung der Pharyngitis granulosa und lateralis. — Winokler: Zur Aufklärung eines Missverständnisses, welches mein Aufsatz über Stirnhöhlenbehandlung hervorgerufen hat. — II. Referate: a) Otologische: Kossel: Ueber Mittelohrweiterungen bei Säuglingen. — Fränkel: Ueber eigenartig verlaufene septico-pyämische Erkrankungen. — Schwabach: Ueber otitische Pyämie ohne Sinusphlebitis. — Corradi: Ueber die functionelle Wichtigkeit der Schnecke. — Schwendt: Ueber congenitale Missbildungen des Gehörorgans in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln. — Bolt: Drei Fälle von Otitis media acuta mit acuter Caries des Warzenfortsatzes nach Masern. — Hessler: Ueber Otitis bei Influenza. — Zwaardemaker: Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter. — Siebenmann: Die Metallcorrosion. — Gradenigo: Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgem. Poliklinik in Turin. — Bürkner: Bericht über die im Etatsjahre 1888/90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. — Marian: Bericht über die in den J. 1887—1890 behandelten Ohrenkranken. — b) Rhinologische: Chiari: Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen. — Martin: Fremdkörper der Nase. — Garel und Collet: Beitrag zur Lehre der Tumoren der Nasenscheidewand. — Concetti: Ueber chronische primäre Nasendiphtheritis. — Gerber: Syphilis des Nasenrachensraumes. — Strazza: Die Electrolyse gegen die Missbildungen der Nasenscheidewand. — Bleyer: Alumnol bei Nasen- und Halskrankheiten. — c) Pharyngo-laryngologische: Jahres-Bericht über Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkranke zu Königsberg i. Pr. pro 1892/93 und 1893/94. — Müller, Cary und Koch: Penetrirende Halswunde bei Selbstmordversuch. — Morris: Klinischer Vortrag über den Werth der Nähte bei Halswunden und chirurgischen Operationen an den oberen Luftwegen. — Livon: Innervation des Gaumensegels. — Desvernine: Ueber den Einfluss des Ziehens an der Zunge auf gewisse nervöse Lähmungen. — Ficano: Instrument zum Hervorziehen der Zunge beim Laryngoscopiren. — Marchand: Behandlung der tuberculösen Drüsengeschwülste. — Chiari: Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmband-fibrome. — Masini: Neue Untersuchungen über die motorischen corticalen Larynxcentren. — Nogarò: Ueber Laryngitis hämorrhagica. — Stabb: Syphilitische Larynxstenose durch Excision eines Stimmbandes geheilt. — Massei: Fall subglottischer Stenose. — Ascento: Die Tubage bei hysterischer Larynxlähmung. — Casadeus: Behandlung des Larynxkrebses. — Moll: Ein Fall von Larynxabscess. — Ramon de la Sota y Lastra: Laryngitis bei Aussatz. — Chiari: Ueber die Eintheilung und die Therapie der Pachydermia laryngis. — Leone: Der Blutegel im Larynx. — Baragas: Ueber extralaryngeale Revulsion. — Egidi: Zwei Fälle von chronischem Croup. — Pôrier: Ein Fall von totaler Larynxextirpation ohne Tracheotomie; künstliche Herstellung der Stimme. — Masini: Lähmung der Cricoarytanoidei postici in Folge einer Tracheotomie wegen Croup. — Compairé: Ueber acute und subacute rheumatische Arthritis cricoarytanoidea. — Sokolowsky: Beitrag zur Lehre der Transformation gutartiger Neubildungen des Larynx in bösartige. — Murray: Wirkung der totalen Thyroidectomie beim Affen. — Castelain: Genaue Prognose der Tracheotomie bei Croup. — Boewer und Koch: Fremdkörper im Oesophagus. — III. Kritik: Schmidt, Die Krankheiten der oberen Luftwege. — Notizen.

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

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Boscherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gempertz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Keck** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Ondt** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapfing** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

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

Dr. N. RÜDINGER

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTER

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ 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. XXVIII.

Berlin, Juni 1894.

No. 6.

I. Originalien.

Der electrolytische Schaum als Nebenschluss

(nach rhinologischen Untersuchungen).

Von

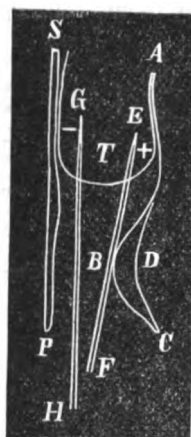
Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

Es ist zur Genüge bekannt, dass die Electrotherapie erst mit der Möglichkeit der Strommessung zu ihrer wissenschaftlichen Reife gelangt ist, und die Electrotherapeuten sind daher auch nicht wenig stolz auf ihre absolut geachteten Galvanometer. Während jedoch der Electrotherapeut im Stande ist, die an diesem Instrument abgelesenen Zahlen rechnerisch zu verwerthen, sind diese Daten bei der Electro- und Katalyse in vielen, in der Praxis gewiss recht oft vorkommenden Fällen nur mit äusserster Umsicht direct zu benutzen, denn man hat es zu oft mit Stromschleifenbildung in Folge von Nebenschliessungen zu thun, deren Existenz von den Autoren zwar zugegeben, deren quantitative Bedeutung jedoch entschieden unterschätzt, deren Entstehungsmodus zur Zeit noch nicht genügend beleuchtet und erkannt wird. Der dem Leser vorliegende Aufsatz hat den Zweck, ein Streiflicht auf diese Erscheinung zu werfen.

Für das Studium der electrolytischen Technik bietet der Nasenraum entschieden ein ganz besonders günstiges Feld. Eine Reihe eigenartiger Wirkungen, bedingt durch den Nervenreichthum der Nase und der angrenzenden Gebilde, weist oft, wie kaum auf einem anderen Gebiete, mit ausserordentlicher Genauigkeit auf die geringsten Fehler in der angewandten Technik hin. Bei der Electrolyse in der Nase kann der Kranke bei bereits 2—3 MA. starken Strömen mit Lichterscheinungen, Schmerz-, Schwindel- und Ohnmachtsgefühl auf unrichtige Applicationsweise des Stromes (Nebenschluss, Stromschleife) reagiren. Es wird sich hier in der Folge darum handeln, den Nachweis zu liefern, dass solche aus der Nasenhöhle abgeleitete Stromschleifen uns wichtige Fingerzeige abgeben können zum Studium, also Vervollkommnung der electrolytischen Technik.

Ich werde den Leser ersuchen, mich bei meinen folgenden Beobachtungen begleiten zu wollen.

Gegebenen Falles handelte es sich um einen Tumor in der Tiefe der linken Nase, dessen Ausgangspunkt für's Erste nicht zu bestimmen war. Das vordere Ende der unteren Muschel war cavernös geschwellt. Schematisch ist mit ABC der Schwellungszustand der Muschel bezeichnet, mit ADC der Zustand nach Abschwellung derselben in Folge von Cocainbepinselungen zwecks Erweiterung des Sehfeldes. SP bedeutet das Septum.



Es wurden in den Tumor (T) zwei einzelne electrolytische Nadeln, deren Pole mit Plus und Minus bezeichnet sind, eingestochen. Die Anodennadel FE wurde in der Höhe der unteren Muschel eingeführt, die zweite Nadel bedeutend höher. Beide Nadeln waren bis auf ihre Spitzen vollkommen mit Lack überzogen und kamen ausser an ihrer Applicationsstelle nirgends mit einem Gewebstheile der Nase in Contact,

indem sie mittels einer Vorrichtung in ihrer Lage sicher fixirt wurden. Ich stieg nun mit der Stromstärke langsam bis auf 28 MA. an. An beiden Polen trat bald die bekannte Gasbläschenbildung auf. Die Kranke hatte keine Klagen und die Sitzung wurde fortgesetzt.

Plötzlich erklärte die Kranke, sie bekomme Schwindel; sofort ging ich mit der Stromstärke zurück. Die Klagen dauerten jedoch fort, und ich war gezwungen, den Strom zu unterbrechen. Ich untersuchte nun das Operationsfeld und fand Folgendes. Das vordere Ende der unteren Muschel, welches sich unter Cocain retrahirt hatte, erschien wiederum stark geschwellt und legte sich an die Anodennadel bei B an. Da mir dieser Umstand jedoch bei guter Isolation der Nadel an sich wenig zu bedeuten schien, so schloss ich den Strom versuchsweise wieder bei unveränderter Lage der Electroden. Kaum war ich jedoch bei 3 MA. angelangt, als die Kranke ein so hochgradiges Ohnmachtsgefühl angab, dass ich schleunigst auf Null zurückgehen musste. Nun wurde das Operationsfeld einer genaueren Untersuchung unterworfen und an der Berührungsstelle B eine Gruppe von Gasblasen wahrgenommen.

In Folge dessen verbesserte ich die Lage der Anodennadel, indem ich dieselbe von B abhob, worauf die Sitzung bei 25 MA. ruhig zu Ende geführt werden konnte.

Und nun stehen wir vor der Deutung dieser Erscheinung. Das Einfachste wäre natürlich, eine Verletzung des Lacküberzuges bei B anzunehmen. Dieses war jedoch hier mit Bestimmtheit auszuschliessen. Nach sorgfältiger Prüfung der Sachlage war ich genöthigt, bei folgender Erklärung stehen zu bleiben.

Der Strom, der durch die Anode FE in den Tumor geleitet wurde, musste zu Beginn der Sitzung die Richtung zum negativen Pole nehmen und wurde durch die Nadel GH abgeleitet. Solches vertrug die Kranke, wie gesagt, ganz vorzüglich. Indessen war die Cocainwirkung verstrichen und die Muschel schwoll wieder zur Dimension ABC an, wobei sie mit der Nadel FE in Contact kam. Doch genügte, wie erwähnt, dieser Umstand allein nicht zur Erklärung der beobachteten Erscheinung. Es musste hier also noch Etwas vor sich gegangen sein, und zwar Folgendes. Die vom Anodenschaum entstandenen Blasen hatten sich längs der Nadel (also nach vorn) ausgebreitet, was vielleicht um so leichter zu Stande kam, als die Nadel bereits bei der Einführung durch Schleim feucht geworden sein konnte. In dem Moment, wo die Flüssigkeit bis zur Contactstelle B gelangt war, entstand ein Nebenschluss, d. h. während längs dem Metall der Nadel der Strom in der Richtung FE verlief und in den Tumor drang, theilte sich von hier eine Stromschleife ab und verlief, statt die gerade Richtung von E zu G zu nehmen, nach rückwärts, längs dem nassen Belage der Nadelisolation in der Richtung von E zu B und drang hier in die untere Muschel ein, um im Bogen die Nadel GH zu erreichen. Die Wirkung dieser Stromschleife kennzeichnete sich durch Schwindel- und Ohnmachtsgefühl.

Wie leicht zu ersehen ist, liegt der Schwerpunkt der angegebenen Erklärung in der Voraussetzung, dass hier der Nebenschluss durch Nasswerden der Nadelfläche zu Stande gekommen war. Solches bedarf des Beweises und machte ich zur Klärung dieser Frage folgende Experimente. Ich nahm meine gewöhnliche electrolytische Platinnadel, die bis auf die Spitze mit Lack gut isolirt war, tauchte die Nadel in reines Wasser, zog sie heraus, verband die Nadel schnell mit dem Pole einer starken Batterie und glitt mit dem anderen Pole über die Isolirungsschicht in der Richtung zur Spitze. Es erfolgte kein Ausschlag der Galvanometer-nadel. Ein solcher war auch nicht zu erwarten, denn einerseits ist Wasser ein sehr schlechter Leiter, andererseits haftet es auch schlecht an dem Lacküberzuge. Wenn wir dem Wasser jedoch Salze oder Säuren beimengen, Speichel, Schleim oder electrolytischen Schaum nehmen, so kann Stromschluss leicht zu Stande kommen. Diese Experimente nebst dem beschriebenen Beobachtungsfalle liefern für die Praxis das folgende wichtige Ergebniss: während einer electro- und katalytischen Sitzung kann sich der Strom unter gewissen Bedingungen längs der Nadel in situ in zwei Richtungen theilen: der Hauptstrom kann längs dem Metall der Nadel verlaufen, die Stromschleife längs der Isolirungsschicht der Nadel, wobei diese unbeabsichtigte Stromschleife klinisch entweder gar nicht manifest wird (und übersehen wird) oder aber Erschei-

nungen hervorruft, die unsere vollkommene Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen können.

Doch thun wir in dieser Richtung noch einen Schritt vorwärts und betrachten wir unsere von der Technik bereits seit Jahren sanctionirte Doppelnadel. Von diesem Instrument weist Gräupner*) Folgendes zu berichten: „wo man bipolar zerstören will, kommen auch die Doppelnadeln oder meine (Gräupner's) Doppelelectrode in Betracht, bei deren Verwendung Stromschleifenbildung fast gänzlich ausgeschlossen ist.“ Untersuchen wir eine beliebige Doppelnadel sofort nach einer electrolytischen Sitzung von nicht zu kurzer Dauer und mässiger Stromstärke, so sehen wir die Isolationsschicht an der Stelle, wo das blanke Metall unter dem Lacküberzuge unserem Auge entschwindet, stets mit anhaftenden Schaummassen bedeckt. Wenn wir nun darauf die nasse Doppelnadel mit der Batterie verbinden, so entsteht Stromschluss. Es ist Nichts leichter, als sich von der Richtigkeit dieser Beobachtung zu überzeugen. Was nun nach der Sitzung noch zu Stande kommt, muss im Verlaufe derselben unausbleiblich Geltung haben, denn wenn schon die geringen, der Nadel noch anhaftenden Schaummassen zur Nebenschliessung genügen, so ist die Annahme einer solchen im Verlaufe der Sitzung, wo beide Nadeln oft in dem confluirten Schaume verschwinden, noch weniger von der Hand zu weisen.

Wenn es uns gelungen ist, die Electroden regelrecht einzustellen, d. h. bei Beginn der Sitzung, und jeder Nebenschliessung aus dem Wege zu gehen, so können wir annehmen, dass das ganze Electricitätsquantum, welches wir am Galvanometer durch eine Zahl ausgedrückt finden, das zu zerstörende Gewebe trifft. Sobald jedoch auf diese oder jene Weise Nebenschluss zu Stande kommt, betritt der Strom auch neue Bahnen: es wird in der gewünschten Richtung schon nicht mehr das frühere Electricitätsquantum strömen, es wird sich solches vielmehr im umgekehrten Verhältniss zum Widerstande beider Bahnen theilen. Bei jedem Nebenschlusse geht also ein gewisser Theil der Electricitätsmenge verloren, will sagen, die Electricitätsmenge, die nun durch das bewusste Gewebe strömt, entspricht nicht dem Ausschlage der Galvanometernadel.

Hat aber Solches eine practische Bedeutung? Ist der Verlust an Electricität in der That so gross, dass die Dosirung des Stromes dadurch practisch in Frage gestellt werden könnte? Sollte diese Erscheinung den Arzt etwa ebenso interessiren, wie den Physiker? Diese Fragen wären als beantwortet zu betrachten, wenn wir eine Andeutung dafür hätten, wie viel im gegebenen Falle von der am Galvanometer abgelesenen Milliampèrezahl wirklich durch das Gewebe und wie viel durch den Schaum streicht. An der Hand einiger Beobachtungsfälle will ich hier der Lösung dieser Frage näher treten.

Die Basis zu den folgenden Berechnungen bildet die bekannte Schlussfolgerung aus der Ohm'schen Formel, nämlich, dass der Widerstand (W) einer Anzahl nebengeschalteter Leiter sich aus den Widerständen der Theile (W_1, W_2 u. s. w.) wie folgt berechnen lässt:

*) Gräupner, Electrolyse und Katalyse, Breslau 1891, S. 102.

$$W = \frac{W_1 W_2 \dots}{W_1 + W_2 + \dots}$$

Zur Strommessung wurde bei den folgenden Experimenten am Kranken eine Sinus-Boussole mit einem Widerstande von 0,13 Ohm benutzt. Angesichts des grossen Widerstandes des Gewebes können wir diese 0,13 Ohm, wie den Widerstand der Batterie selbst ignoriren. Zu Ende einer electrolytischen Sitzung mit einer Doppelnadel wurde in einem Falle die Stromstärke 22 MA. abgelesen. Dann wurde die Doppelnadel aus der Nase entfernt und durch Vermittelung der an derselben haftenden Schaummassen der Strom geschlossen, wobei 3 MA. notirt wurden. Die dabei benutzte Batteriespannung betrug in beiden Fällen 11,1 Volt. Bezeichnen wir nun mit W_1 den Widerstand des Gewebes, mit W_2 — den Widerstand des an der Nadel (im gegebenen Falle) haftenden Schaumes und recapituliren wir nochmals kurz den Befund.

Bei getheilter Strombahn durch Gewebe und Schaum hatte ich im letzten Moment der Sitzung 22 MA. nachgewiesen; bei der Circulation des Stromes durch den Schaum an der entfernten Doppelnadel allein, sofort nach der Sitzung — 3 MA. Mit Hilfe dieser Daten kann ich nun die beiden folgenden Gleichungen niederschreiben:

$$0,022 = \frac{11,1}{\frac{W_1 W_2}{W_1 + W_2}} \quad \text{und} \quad 0,003 = \frac{11,1}{W_2}$$

aus welchen sich $W_2 = 3700$ Ohm und $W_1 = 584,1$ Ohm berechnen lassen.

Da — wie bereits oben hingewiesen — die Electricitätsmenge sich im umgekehrten Verhältniss zum Widerstande beider Bahnen theilt, so erhalten wir das folgende Verhältniss:

$$J_1 : J_2 = 3700 : 584,1 = 6,33 : 1.$$

Mit anderen Worten: es strich im gegebenen Falle durch das Gewebe ein 6,33 Mal grösseres Electricitätsquantum, als durch den Schaum, und die beobachteten 22 MA. müssen in 19 MA. für das Gewebe und 3 MA. für den Schaum zerlegt werden.

Hiermit ging also im angeführten Beobachtungsfalle mindestens der siebente Theil des angewandten Electricitätsquantums unproductiv verloren. Doch entspricht in Wirklichkeit diese Berechnung durchaus nicht dem Gesamtverluste, und es ist ja klar, worin der Rechenfehler liegt. Es ist hier eben nur der Widerstand der an der Doppelnadel nach der Extraction haftenden Schaummassen berücksichtigt worden. Die confluirte Gesamtmasse des Schaumes, die die Electroden in situ umgab, musste natürlich bei grösserem Durchmesser dem Strome einen viel geringeren Widerstand entgegensetzen. Das durch die angeführte Berechnung gewonnene Zahlenverhältniss weist uns für diesen Fall nur das denkbare Minimum des Verlustes auf.

Um bei den Berechnungen den Widerstand des Schaumes, diesen in seiner Grösse variablen Factor, bei Seite zu lassen, basirte ich mich bei

meinen späteren Beobachtungen auf die Bestimmung des Widerstandes des Gewebes, indem ich den Schaum abspritzte.

Es wurde, ebenso wie früher, erst die Milliampèrezahl bestimmt, die das Gewebe und den Schaum zusammen passirte. Dann entfernte ich durch Abspritzen mit reinem Wasser den Schaum von der Doppelnadel in situ. Die Stromstärke musste natürlich fallen, weil durch Entfernung eines Theils der Leitung (des Schaumes) der Widerstand gesteigert wurde. Auf diese Weise konnte ich an der Sinus-Boussole die Strommenge, die ausschliesslich durch das Gewebe strich, einfach ablesen. Bei einer nach diesem Princip ausgeführten Beobachtung erhielt ich folgende Gleichungen:

$$\text{Für Gewebe und Schaum: } 0,0193 = \frac{12,9}{\frac{W_1 W_2}{W_1 + W_2}};$$

$$\text{für's Gewebe allein } 0,015 = \frac{12,9}{W_1}$$

Als Endresultat lieferte mir die Berechnung

$$W_2 : W_1 = 3000 : 860 = 3,5 : 1$$

$$\text{und } J_1 : J_2 = 3,5 : 1 = 15 \text{ MA.} : 4,3 \text{ MA.}$$

Mit anderen Worten: es strich hier durch die im Laufe der Sitzung angesammelten Schaummassen 22,3 pCt. der am Messapparat beobachteten, also gesammten, Milliampèrezahl. In diesem Beobachtungsfalle gingen hiermit von 19,3 MA. 4,3 MA. unproductiv verloren; um diese Zahl hätte ich mich auch geirrt bei unserem üblichen Beobachtungsmodus, wenn ich nicht zur Entfernung des Schaumes gegriffen hätte.

Diese Zahlen entnehme ich als Beispiel einer grösseren Beobachtungsreihe zum Beweise, dass wir im Laufe einer electrolytischen oder katalytischen Sitzung, besonders wenn in einem Hohlraume operirt wird, oft ganz ausser Stande sind, selbst mit den genauesten Messapparaten direct die Stromstärke anzugeben, die das betreffende Gewebe passirt.

Werden zu dergleichen Messungen medicinische Galvanometer benutzt, die meistens einen bedeutenden Widerstand (100—1000 Ohm) aufweisen, so lässt sich dieser nicht ignoriren, und wird die Stromstärke durch die Gleichung

$$J = \frac{E}{R + \frac{W_1 W_2}{W_1 + W_2}},$$

wo R = dem Widerstande des Galvanometers, E = Spannung der Batterie, ausgedrückt werden müssen.

Denken wir uns an Stelle des electrolytischen Schaumes einen Schleimklumpen, so bleibt die Sachlage dieselbe, mit dem Unterschiede, dass der Schleim, als grössere Masse bei gleichem Volumen, dem Strome wohl einen geringeren Widerstand entgegenzusetzen wird, und der Verlust an Electricitätsmenge um so bedeutender ausfallen kann.

Was die Form anbelangt, in welcher Stromschleifen klinisch möglich und manifest werden, so ist dieselbe selbstverständlich ausserordentlich verschieden. Die anatomischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten des Operationsfeldes, die Construction der Electroden, die Vollkommenheit unserer Technik — alles Dieses wird den Verlauf und die Folgen einer Sitzung beeinflussen.

Wenn der Hinweis auf die Bedeutung der Nebenerscheinungen uns einerseits neue technische Schwierigkeiten aufdeckt, so haben wir andererseits aus dieser Erfahrung wieder manchen Fingerzeig, wie dieselben zu überwinden, gewonnen. Eine neue Technik lässt sich nicht aus der Erde stampfen, aber die alte lässt sich läutern und mancher Stein lässt sich aus dem Wege räumen.

Zunächst glaube ich, dem Confluiren des Schaumes möglichst aus dem Wege gehen zu müssen. Das könnte geschehen: 1) wenn man überhaupt die Anwendung der Doppelnadel möglichst einschränkt und dieselbe durch zwei einzelne, möglichst weit auseinander stehende Nadeln ersetzt, sobald natürlich die Raumverhältnisse und die übrigen Bedingungen solches gestatten; 2) durch Wegschaffen des Schaumes an der Doppelnadel. Dieses könnte durch Abtupfen mittelst Watte oder Abspritzen ausgeführt werden. Doch muss Beides nicht brüsk geschehen, weil plötzlicher Ausfall des Nebenschlusses eine rapide Schwankung in der Stromstärke zur Folge hat, die der Kranke als Schmerz empfinden kann.

Lässt man den Schaum stehen, d. h. verzichtet man im Einzelfalle auf präzise Strommessung, so ist es nicht anzurathen, die Sitzung zwecks Steigerung des Effectes übermässig in die Länge zu ziehen. Physicalisch ist es ja ganz richtig, dass, wenn eine bestimmte Stromstärke während der Zeitdauer T eine bestimmte Quantität A einer Substanz zersetzt, dieselbe Stromstärke bei doppelter Zeitdauer ($2 T$) $2 A$ zersetzen wird. Im Verlaufe einer electrolytischen Sitzung ist jedoch dieses Gesetz ohne Weiteres nicht zu verwerthen. Je länger nämlich die Stromdauer, um so mehr Schaum; je mehr Schaum, um so geringer wird der Widerstand im Nebenschluss, und die Folge davon ist, dass von Minute zu Minute eine geringere Milliampèrezahl das Gewebe nützlich passirt. Der Effect, der vielleicht seitens des Kranken durch Schmerz etc. schwer erkaufte wird, würde demnach der Dauer der Sitzung nicht entsprechen.

Trotz dieses nachgewiesenen Uebelstandes wird die Doppelnadel in vielen Fällen doch nicht zu missen sein, namentlich wo es sich um reinste Electrolyse handeln wird, zumal in engen Räumen. Es ist auch nicht von Nöthen, die Doppelnadel abzuschaffen. Wir müssen uns nur klar machen, in welcher Richtung der Uebelstand zu suchen ist, uns namentlich nicht an die abgelesene Milliampèrezahl klammern, sondern immer im Auge behalten, dass bei Nebenschluss das Galvanometer einen Strom anzeigt, der dem das zu zerstörende Gewebe durchfliessenden nicht entspricht.

Den Nadeln schliessen sich diverse Sonden, Zangen und Pincetten an. Die letzteren, von Voltolini angegeben, sind durch ihre Dimensionen besonders geeignet, Nebenschluss zu vermitteln. Andererseits erscheinen mir diese Instrumente dazu geeignet, andere technische Schwierigkeiten zu überwinden, aus welchem Grunde ich dieser Volto-

lini'schen Idee für die Zukunft ein günstiges Prognosticon nicht versagen kann.

Bei Sondenapplication bildet meiner Anschauung nach ein anlagernder Schleim- oder Schaumklumpen eine Vergrößerung der Electrodenfläche, wodurch die Stromdichte mächtig beeinflusst werden kann (Gynäcologie).

Durch die richtige Erkenntniss einer Nebenschlussbildung vermittelt Schleim und Schaum lassen sich manche Erscheinungen aus der Praxis, die sonst ganz unverständlich erscheinen, erklären. Welchem Arzte, der die Höhlenelectro- und Katalyse Tag für Tag ausübt, werden wohl die Fälle entgangen sein, wo das erzielte Resultat auch nicht im Entferntesten weder der angewandten Stromstärke noch der Stromdauer entsprachen? Dieses ist sogar eine alltägliche Erscheinung. Solches lässt sich nur durch das Auftreten eines Nebenschlusses, durch den unproductiven Verlust eines oft immensen Electricitätsquantums erklären. Dass in jedem einzelnen dieser Fälle, namentlich wenn wir in engen Räumen operiren, es oft ausserordentlich schwer, ja unmöglich wird, die Entstehungsart dieses Nebenschlusses nachzuweisen, ist nicht zu läugnen. Des Weiteren trifft man in der Literatur oft Angaben, wo ein Autor seine Verwunderung darüber ausspricht, dass er unter angeblich gleichen Bedingungen bei Weitem nicht dieselbe hohe Stromstärke erreichen konnte, als dieser oder jener seiner Vorgänger. Auch hier kommt Nebenschluss in Frage. Einerseits konnte ein Autor abnorm hohe Stromstärken zur Anwendung bringen, weil diese hohe Electricitätsmenge wohl sein Galvanometer, nicht aber -- wegen Nebenschlusses -- das Gewebe durchströmte; andererseits konnte ein anderer Beobachter nur mit auffallend schwachen Strömen arbeiten, weil seine Technik in einer anderen Richtung mangelhaft war: Stromschleifen wirkten auf Organe oder Gewebe ein, die bei vollendeter Technik ganz bei Seite gelassen werden mussten, hier aber in den Wirkungskreis des Stromes gelangt waren und jede Steigerung der Stromstärke unmöglich machten. Mein zuerst angeführter Beobachtungsfall liefert dazu ein Beispiel.

Einem schweren, wenn auch erklärlichen Missgeschick ist die Electrolyse sowohl wie die Katalyse als Behandlungsmethoden in den vier Decennien verfallen. Wiederholt von kundigen Forschern auf die Höhe der Tagesfrage gebracht, wurden diese Methoden ebenso oft todtschwiegen. Todtschwiegen -- aber nicht zu Grabe getragen! Wäre das nicht schon ein Beweis für einen guten Kern der Sache? Und wie kam es, dass man diesem gesunden Kerne immer wieder jede Bedeutung für die Praxis absprach? Meiner Ansicht nach daher, weil man die Methode seit vier Decennien nach den Resultaten der zur Zeit höchst mangelhaften Technik beurtheilte.

In Gräupner's trefflichem, bereits citirtem Handbuche finden wir in Vorworte, versteckt angebracht, eine Forderung, die die elementaren Kenntnisse in der Electricitätslehre, Electrotherapie, ja selbst die Electrolyse als Vorbedingung für die Anwendung der Electro- und Katalyse hinstellt. Dieser Satz, der eigentlich im Texte an der Spitze eines Hauptartikels mit fetten Lettern prangen sollte, steht eigentlich in directem Widerspruch zu dem, was wir bei demselben Autor auf Seite 102 zu lesen bekommen. Hier steht es schwarz auf weiss: „Die Technik bei

Vornahme electrolytischer Operationen ist überaus einfach.“ Es kommt mir vor, als hätte Gräupner diesen letzten Satz, so zu sagen, unter dem Drucke der landläufigen Ansicht über die leichte Ausführbarkeit der Technik niedergeschrieben. Dieser Ansicht liegt der verhängnissvolle Fehler zu Grunde, dass man unter Technik nur die Application der Electroden verstanden haben will. Letztere ist allerdings einfach, denn dieselbe setzt bloß ein jedem Specialisten zugängliches mittleres Mass von Handfertigkeit voraus (Gynäcologie, Rhinologie etc.). Der Begriff der electrolytischen Technik hingegen wird keineswegs durch die Handfertigkeit gedeckt. Ja, man kann noch weiter gehen und sagen, dass nicht die Electro- und Katalyse an sich Handfertigkeit erfordern, sondern bloß der Raum, in dem diese Methoden ausgeübt werden. Unter electrolytischer Technik ist hauptsächlich die Anwendungs- und Durchführungsweise der im Gräupner'schen Vorwort aufgezählten Kenntnisse zu verstehen. Die Wahl der Stromesart, der Electroden, der Applicationsstelle derselben, die An- und Abschwellung der Stromstärke, die Höhe derselben, die Dauer der Sitzung und noch vieles Andere — bildet die Technik. Und es ist daher ein verhängnissvoller Fehler, namentlich einem Anfänger gegenüber, die Technik als einfach hinzustellen; man kann im Gegentheil nicht oft genug auf die Schwierigkeiten derselben hinweisen. Leider lassen sich manche Autoren von den technischen Schwierigkeiten bei der Höhlenelectrolyse gar Nichts träumen, und es wird oft mit einer Sicherheit operirt und geschrieben, als wenn Alles primitiv einfach wäre, und wenn später Etwas nicht klappt — nun, so ist das ja eben das „Mystische“ an der Methode.

Weil dem nicht so ist, weil die Technik der Electro- und Katalyse oft überaus schwierig, dabei in fortschreitender Entwicklung begriffen ist, vertrete ich die Ansicht, dass wir zur Zeit noch gar nicht berechtigt sind, die Methode selbst abzuurtheilen. Die Autoren, die da meinen, den Stab über die Methode — namentlich die Höhlenelectrolyse betreffend — gebrochen zu haben, sind gewaltig im Irrthume. Sie haben damit nur die von ihnen individuell geübte Technik unbewusst verurtheilt, und wenn es viel war, d. h. wenn der Autor ein gediegener Beobachter gewesen, so hat er höchstens die Technik eines Zeitabschnittes kritisch beleuchtet. Von hier bis zur Kritik der Methode, bis zur vollendeten Technik, liegt noch ein gut Stück schwerer Arbeit.

Meine persönliche Anschauung läuft darauf hinaus, dass die Methode an uns oft Forderungen stellt, gegenüber denen wir heutzutage technisch noch gar nicht gewachsen sind. Wer sich die Mühe giebt, die angewandte Technik von Fall zu Fall, von Sitzung zu Sitzung kritisch zu prüfen, wird wohl bald zu derselben Ueberzeugung gelangen. Gewisse positive Resultate bei der Electro- und Katalyse sind noch lange nicht beweisend für die Vollkommenheit unserer Technik, und man muss allezeit im Auge behalten, dass eine selbst im höchsten Grade unvollkommene Technik unter gewissen Bedingungen klinisch noch relativ günstige Ergebnisse liefern kann.

Ja, was ist denn aber überhaupt unter vollkommener Technik zu verstehen? Was strebt sie an?

Eine vollendete Technik liefert bei der Electrolyse eine in ihrem Umfange annähernd beabsichtigte Zerstörung mittelst des denkbar

geringsten Electricitäts-Quantums unter Berücksichtigung der electro-therapeutischen Grundsätze. Dieses „denkbar geringste Electricitäts-Quantum“ schliesst nämlich jede Möglichkeit des Nebenschlusses aus, denn Nebenschluss kann nur durch Verschwendung des Stromes gedeckt werden. Es handelt sich dabei natürlich nicht um die paar Decigramm Zink, die dabei unnützer Weise verbrannt werden, sondern darum, dass der Nebenschluss jede Strommessung illusorisch machen kann und, wenn die Bahn des Nebenschlusses durch gesundes Gewebe führt, solches der Stromwirkung unnützer Weise ausgesetzt wird, was ja entschieden vermieden werden muss.

Beitrag zur Casuistik der nasopharyngealen Tumoren.

Von

Dr. Johann Sendziak in Warschau.

W., 53 Jahre alt, Arbeiter, kam in meine Poliklinik am 6. Decbr. 1893 und klagte über Schnupfen und Obstruction der Nase, welche schon ein paar Jahre dauerte. In der letzten Zeit konnte der Kranke gar nicht durch die Nase athmen, schlief unruhig und hatte manchmal heftige Anfälle von Dyspnoe. — Er klagt auch über Geräusch im linken Ohre, welches schon einige Monate anhält. Vor einem Jahre hatte er rechtsseitige Otorrhoe, welche nach Exstirpation mehrerer Nasenpolypen aufhörte. Sonst gesund, keine Missbräuche, weder in Venere noch in Baccho. Bei der Untersuchung fand ich Folgendes: Der Kranke gut gebaut — ziemlich schwach genährt — athmet mit offenem Munde, da die Nase vollständig verstopft ist. In den innerlichen Organen nichts Anormales. Im linken Ohre Einziehung des Trommelfells.

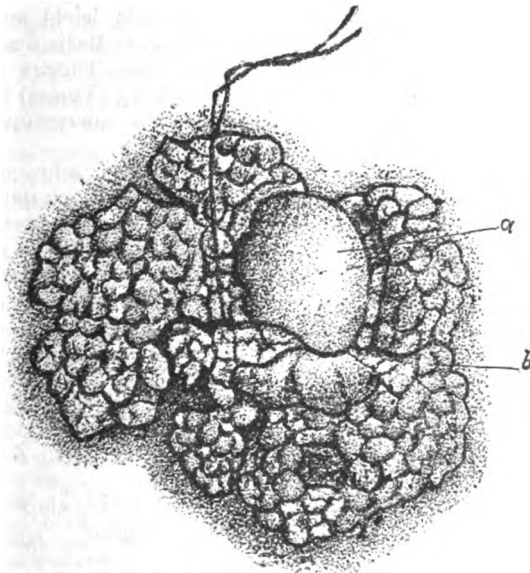
Bei „Rhinoscopia anterior“ fand ich beide Hälften der Nase (besonders die linke) durch mehrere gewöhnlich aussehende (myxomatöse) Polypen ausgefüllt. — Bei der Untersuchung der Mundhöhle bemerkte ich, dass das „Palatum molle“ ungewöhnlich stark nach vorne gewölbt und der Eingang zum Nasenrachenraum ausserordentlich weitträumig ist. Nach Herausziehen des weichen Gaumens bemerkte ich hinten, hauptsächlich aber an der linken Seite einen Theil eines colossalen Tumors, welcher den ganzen Nasopharynx ausfüllte. Der Auswuchs sah ziemlich blass und weich aus, von ungleicher Oberfläche, wenig blutend bei Berührung mit der Sonde und Finger. — Der Ansatz des Tumors konnte nicht ganz sicher mit Hilfe des Fingers bestimmt werden wegen seiner ungewöhnlichen Grösse; er schien jedoch nicht von der Phornix des Pharynx seinen Ursprung zu haben, wie es am meisten bei solchen Tumoren der Fall ist.

Nach sorgfältiger Reinigung der Nasenhöhlen und des Nasopharynx mit 1 procentigem Creolin (wobei die Flüssigkeit gar nicht durch die Choanen drang), schritt ich ohne vorherige Cocainisirung, welche ich für ganz zwecklos hielt, zur Extraction des Tumors. Zu diesem Zwecke

wählte ich den Weg durch die Mundhöhle, weil die beiden Nasenhöhlen ganz undurchgängig waren, um den Tumor zu extirpieren (nach der Methode, welche ich schon mehrere Mal in ähnlichen Fällen mit Erfolg angewandt habe).

Mit der Hartmann'schen speciellen Schlinge für den Nasopharynx drang ich bis zur Basis des Tumors, indem ich mit dem Zeigefinger der linken Hand bei der Einführung des horizontal nach vorne gebogenen Drahtes so hoch wie möglich nachhalf. Auf diese Weise konnte ich den ganzen Tumor ohne grosse Schwierigkeit entfernen. Der Schmerz war dabei unbedeutend -- Blutung zu meiner Verwunderung ziemlich gering (nur wegen Mangels der galvanocaustischen Schlinge wandte ich die kalte an, obgleich ich ziemlich starke Blutung bei der Operation fürchtete; für jeden Fall hatte ich mich der Hilfe des Chirurgen versichert). Der extrahirte Tumor, von unregelmässiger Form und colossaler Grösse (mehr als 6 Ctm. im Längendurchschnitt, 5 Ctm. im Querschnitt und $2\frac{1}{2}$ Ctm. dick), war ziemlich blass, weich, von unebener Oberfläche, aus grösseren und kleineren Lappchen zusammengesetzt, so dass er das Aussehen eines Stück Gehirnes hatte. In der Mitte des Tumors und etwas nach oben sah man zwei Knötchen (der eine wie eine Haselnuss, der andere, ovale, etwas kleiner), welche sich durch ihr Aussehen von dem Rest des Tumors unterschieden. Sie sahen nämlich wie gewöhnliche Schleimpolypen aus.

Am besten illustriert übrigens das oben Gesagte die möglichst naturgetreue Zeichnung (Fig. 1), welche den ganzen Tumor (der kleine Theil

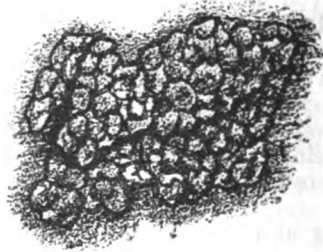


Figur 1.

des Tumors — Fig. 2 — $3\frac{1}{2}$ Ctm. lang, 2 Ctm. breit, fiel später bei der Irrigation der Nasenhöhlen ab) zusammen mit dem abgeschnittenen Drahte, der zur Operation gedient hatte, darstellt.

Die Wirkung der Operation war ausgezeichnet: der Kranke fühlte sich wie „neugeboren“ (seine Worte) und konnte zum ersten Mal seit zwei Jahren ganz frei durch die Nase athmen.

Bei der Einspritzung in die Nase drang die Flüssigkeit jetzt ohne Hinderniss durch beide Hälften (besonders durch die rechte). Der Kranke warf dabei noch einen Theil des Tumors aus, wahrscheinlich ein separates Lappchen, welches gleichzeitig von der Schlinge durchschnitten worden war. Sein Aussehen war identisch mit der Masse des ersten Tumors. Die Blutung war, wie ich schon bemerkt habe, unbedeutend.



Figur 2.

Bei Rhinoscopia posterior, welche jetzt sehr leicht ausführbar war, konnte man sich sehr leicht überzeugen, dass die Basis des Nasopharynx absolut frei war und dass der breite Ansatz des Tumors sich am Ende der linken unteren Muschel und seiner Umgebung (Vomer) befand. Beide Tumoren wurden in Alcohol aufbewahrt (zu microscopischen Untersuchungen¹⁾).

Der Kranke fühlte sich nach der Operation sehr wohl, kam am nächsten Tage wieder in meine Poliklinik, wobei ich mehrere Nasenpolypen mit kalter Schlinge exstirpirte. Die Blutung war sehr gering, der Schmerz jedoch viel heftiger, als bei Exstirpation des ersten grossen Tumors des Nasopharynx. Diese Polypen wurden auch von mir microscopisch untersucht. Der Kranke war gezwungen, Warschau zu verlassen, er versprach aber, sich so bald wie möglich wieder vorzustellen. Die gründliche Ausbrennung der Reste des Tumors wurde deshalb nicht ausgeführt.

Bei meinen Untersuchungen zeigten die Tumoren Folgendes:

1) Der Tumor des Nasopharynx zeigte in der allgemeinen Masse das typische Bild der Papillome mit einer geringen Zahl von Blutgefässen.

2) Zwei centrale Knötchen (*a* und *b*) zeigten sich als weiche Fibrome. Endlich dasselbe Bild (i. e. Fibroma molle) zeigten

¹⁾ Sie wurden in der Sitzung der Medicinischen Gesellschaft in Warschau demonstrirt.

3) Nasenpolypen (Stroma myxomatös, sparsame Blutgefässe, keine Drüsen).

Diese Untersuchungen wurden gütigst durch die bekannten hiesigen Professoren Brodowski und Przewoski bestätigt.

Der obige Fall verdient aus verschiedenen Gründen Beachtung:

1) Was vor Allem die Grösse des Tumors anbetrifft, so übersteigt derselbe um Vieles die gewöhnlich vorkommenden Tumoren des Nasopharynx, obgleich die letzteren im Allgemeinen zu den bedeutenden gehören (einer von solchen Tumoren des Nasopharynx — 5 Ctm. lang, 3 Ctm. breit, $1\frac{1}{2}$ Ctm. am Ansatz — ist beschrieben in meiner Arbeit über Galvanocaustik²⁾).

2) Um vieles wichtiger ist der Character unseres Tumors. Wie bekannt, sind die Tumoren des Nasenrachenraums in benigne und maligne eingetheilt. Von den ersteren sind die häufigsten Fibrome (Fibromata dura), dagegen die Papillome im Allgemeinen und speciell von solcher Grösse, wie in unserem Falle, gehören zu den allergrössten Seltenheiten. Bensch z. B., Verfasser der ausgezeichneten Monographie über nasopharyngeale Tumoren³⁾, erwähnt unter 120 solcher Tumoren keinen einzigen Fall von Papillom. In der That trifft man relativ oft papillomatöse Veränderungen der Muscheln, hauptsächlich der unteren (nämlich deren vorderen und hinteren Enden). Ich selbst hatte nicht selten Gelegenheit, solche Fälle zu beobachten und zu operiren (mittels der galvanocaustischen Schlinge). — Bei Schech⁴⁾, sowie auch bei Grünwald⁵⁾ finden wir auch Zeichnungen solcher papillomatösen Veränderungen der hinteren Enden der unteren Muschel. Aber ich kann mich nicht entsinnen, irgendwo in der Literatur von wirklichen, so colossalen Papillomen wie in unserem Falle gelesen zu haben.

Jurasz allein in seinem Handbuche⁶⁾ auf Seite 211 beschreibt und illustriert zu gleicher Zeit einen sehr interessanten und unserem ziemlich ähnlichen Fall. Er betraf einen 13jährigen Knaben, bei welchem der Verfasser den Tumor des Nasenrachenraumes exstirpirte (es ist schade, dass nicht bemerkt wurde, wo sein Ursprung war). Der Tumor bestand aus 3 Theilen, einem oberen fibrösen und zwei von ihm ausgehenden anderen, welche das Aussehen von Himbeeren hatten. Diese letzteren zeigten sich unter dem Microscope als typische Papillome. Die Grösse dieses Tumors war jedoch nicht so bedeutend, wie in unserem Falle (der eine Theil war 3 Ctm. lang, $1\frac{1}{4}$ Ctm. breit, der andere $1\frac{1}{4}$ Ctm. lang und 2 Ctm. breit). In der Nase befanden sich ebenfalls gewöhnliche Polypen. Es verdient Beachtung, dass nach Entfernung des Tumors (mittels der galvanocaustischen Schlinge) das Asthma verschwand.

3) Endlich ein paar Worte über die Behandlungsmethode, welche ich in meinem Falle anwandte. Gewöhnlich exstirpire ich die Tumoren des Nasopharynx mit Hilfe der galvanocaustischen Schlinge, und betrachte

²⁾ „Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach garata, krtani, nosa i uszu.“ Kronika Lekarska 1892.

³⁾ Vide Voltolini's „Die Krankheiten der Nase etc.“ 1888.

⁴⁾ „Die Krankheiten der Mundhöhle etc.“ 1890.

⁵⁾ Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 1894.

⁶⁾ Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1892.

ich diese Methode als die passendste⁷⁾. Ich habe schon oben erwähnt, warum ich diesmal von diesem Grundsatz abwich. Ich betrachte auch die Methode der Operation solcher Tumoren durch die Mundhöhle als die entsprechendste, welche ich schon mehrere Male mit Erfolg angewandt hatte (u. a. wurde das obengenannte Fibrom des Nasopharynx mit dieser Methode i. e. mit horizontaler, nach vorne gebogener Schlinge von mir operirt).

Welche Prognose kann man in diesem Falle aufstellen? Es scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen, dass in diesem Falle wegen der Unterlassung (was jedoch nicht von mir abhing) der radicalen Verbrennung der Reste des Tumors die Recidive, und wahrscheinlich sogar in kurzer Zeit, eintreten wird. Die Frage ist nur, wird der recidivirende Tumor (bei microscopischer Untersuchung) ebenfalls benignen Characters sein oder, was in Anbetracht des hohen Alters des Kranken wahrscheinlicher ist, schon etwas Malignes an sich haben?

Ueber Metallspiegel.

Von

C. Ziem.

Dass ich thatsächlich der Ansicht sei, man müsse auf den Standpunkt der vorrhinoskopischen Zeit zurückkehren und die Spiegel-Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraums gänzlich aufgeben, das ist wohl nur von ganz vereinzelt Autoren angenommen worden: in Wahrheit habe ich nur gegen die Uebertreibungen derjenigen Specialisten mich ausgesprochen, welche die Spiegeluntersuchung für jedweden Fall als unerlässlich ausgeben und die so viel einfachere und in der grossen Ueberzahl der Fälle vollständig ausreichende Palpation fast grundsätzlich und so gut wie gänzlich vernachlässigen: aber niemals habe ich in Abrede gestellt, dass in einem so und so grossen Bruchtheile der Fälle, wie vornehmlich auch zur Constatirung von Geschwürsprocessen im Nasenrachenraum die Spiegeluntersuchung nach wie vor unersetzlich ist. Zur Ausbildung der Palpation bin ich meinerseits besonders auch durch die Erkenntniss hingeführt worden, dass die Desinfection der gewöhnlich benutzten Glasspiegel eine durchaus unzuverlässige und ungenügende ist. Seine Hände kann man natürlich gründlich desinficiren, auch ohne sie ausgekocht zu haben, so durch tüchtiges Bürsten und Abseifen in warmem Wasser und Frottiren mit dem Lufah der Egyptianer oder auch in anderer Weise; die Glasspiegel kann man so aber nicht behandeln, ohne sie dem Verderben auszusetzen, und wenn nach neuestens von Prof. Miller in Berlin angestellten Versuchen¹⁾ es sogar nothwendig ist, gebrauchte Glasspiegel nach gründlichem Abseifen und Abbürsten noch 5—10 Minuten in concentrirte Carbollösung einzulegen, so ist leider nicht

⁷⁾ L. c. (vide meine Arbeit).

¹⁾ Vergl. „Die Microorganismen der Mundhöhle“. 2. Aufl. 1892. S. 269.

hinzugefügt worden, wie lange die Spiegel eine solche Behandlung aushalten. Es haben denn neuerdings auch schon verschiedene Autoren: Flatau, Avellis, Killian, Zarniko u. A., Vorrichtungen und Verfahren angegeben, um die Spiegel in verlässlicher Weise zu desinficiren. So hat Zarniko Spiegel empfohlen, bei denen der Silberbelag durch einen galvanoplastisch erzeugten Kupferbelag geschützt ist, so dass die Spiegel nun nach jedem Gebrauch mehrere Minuten in Sodalösung ausgekocht werden können: die meisten dieser Spiegel sind nach seiner Mittheilung, obwohl seit Monaten benutzt, „unversehrt“ oder sie haben doch so wenig gelitten, dass sie „vollkommen brauchbar“ sind und nur wenige haben sich beim Auskochen getrübt²⁾. Auch der Spiegel von Killian und Fischer, den ich übrigens nur aus einem Prospect, nicht aus der Originalmittheilung kenne und bisher auch nicht in Händen gehabt habe, soll das Auskochen gut vertragen, doch geht schon aus dem Wortlaute der Ankündigung hervor, dass eine Erneuerung des Spiegels öfters nothwendig wird. Zugegeben jedoch, dass man durch dieses oder jenes schon angewendete oder auch noch zu erfindende Verfahren im Stande sei, das Eindringen von Wasser zwischen Spiegel und Fassung beim Kochen vollständig und auf die Dauer zu verhindern, so muss ein derartiger Spiegel nach so und so langer Zeit dennoch und trotz alledem unbrauchbar werden, aus dem einfachen, von einem Fachmanne mir angegebenen Grunde, weil der Ausdehnungscoefficient des Glases ein anderer ist als der der Folie, so dass letztere bei öfterem Erwärmen sich mehr und mehr ablöst — ganz ebenso wie bei den sog. Spionen, den vor den Fenstern angebrachten Winkelspiegeln, ein Ablösen der Folie und ein Blindwerden des Spiegels schliesslich eintritt schon unter dem Einflusse der Temperaturdifferenzen des Sommers und Winters. Manchen Spiegel habe ich auch selbst verdorben dadurch, dass ich ihn, nachdem er abgewaschen und abgetrocknet war, nun über die Flamme gehalten habe, um nämlich das zwischen die Fassung eingedrungene und wenn dort verbleibende, den Spiegel verderbende Wasser herauszutreiben, ein Verfahren, das ich vor 8 Jahren einmal mitgetheilt habe³⁾, bei dem es aber leicht vorkommt, dass der Spiegel zu stark erwärmt wird, „gebraten“ nach dem Ausdrucke eines Optikers, und unbrauchbar ist: der Scylla entgehend, verfällt man der Charybdis. Uebrigens hat schon Voltolini Verderben der Glasspiegel beim Erwärmen beobachtet und auf eine Art „Dampfbildung“ bezogen⁴⁾.

Durch Kochen sterilisirbare Spiegel erhält man jedoch einfach durch **Vernickelung** von Metallspiegeln. Obschon Voltolini bereits vor 22 Jahren dargelegt hat, dass die Metallspiegel den Glasspiegeln deshalb vorzuziehen sind, weil sie nur eine reflectirende Fläche besitzen und zu irrthümlicher Diagnose, durch Verdoppelung kleinerer Excrescenzen und dergl. daher nicht Veranlassung geben, so wie das bei den Glasspiegeln vorkommen kann und selbst Voltolini begegnet ist —, und obschon er zu gewissen Untersuchungen, vornehmlich auch zu der des Nasenrachenraums mittels der Doppelspiegel die Anwendung der Metallspiegel

²⁾ Die Krankheiten der Nase u. s. w. 1894. S. 86 und 114.

³⁾ Diese Monatsschrift 1886, No. 5.

⁴⁾ Rhinoscopie u. s. w. 1879. S. 179.

auch deshalb empfohlen hat, weil der so besonders zähe Schleim der Nasenrachenschleimhaut, zwischen die Fassung sich hineinziehend, den Spiegel verderbe⁵⁾: so ist er trotz klarer Erkenntniss der Vorzüge der Metallspiegel auffallender Weise doch nicht auf den Gedanken gekommen, das von ihm so gefürchtete Rosten der nach seinem Ausdruck sonst „unverwüstlichen“ Metallspiegel durch Vernickelung derselben unmöglich machen zu lassen. Auch der bekannte stellbare Rachenspiegel Michel's ist übrigens vernickelt, doch habe ich denselben bisher noch niemals auskochen lassen, aus Besorgniss, ihn vielleicht doch zu verderben: denn in reinem Wasser könnte man ihn nicht kochen, ohne dass die Stellvorrichtung an demselben rosten würde, ein Zusatz von Soda, das ich beim Kochen von Metallinstrumenten sonst immer benutze und schon im Jahre 1887, also bereits vor Schimmelbusch hierzu empfohlen habe⁶⁾, würde jedoch der Politur wahrscheinlich schaden und den Spiegel gelb machen. Zwar könnte man an diesem Spiegel alle Metalltheile vernickeln lassen, doch bleibt das Einfachste wohl auch hier das Beste und ich meinerseits ziehe vor, eine Anzahl einfacher Metallspiegel zu benutzen, die in verschiedenen Winkeln ein für allemal abgebogen sind. Denn selbstverständlicher Weise wird man an Metallspiegeln nicht viel herumbiegen, da ihr Werth in der vollkommen ebenen Beschaffenheit liegt, die beim Biegen leicht verloren geht. Voltolini hat Metallspiegel empfohlen, die er aus Wien bezogen hat, mir selbst sind durch Vermittlung des hiesigen Optikers V. Lietzau gute Metallspiegel für einen mässigen Preis aus Paris geliefert worden. Es hat etwas Beruhigendes, Instrumente zu besitzen, die man gründlich abreiben und abseifen oder auch kochen und dann für alle Kranke ohne Gefahr anwenden kann. Unter Benutzung der Metallspiegel dürfte die Spiegeluntersuchung, da wo sie nöthig ist, nun auch den practischen Aerzten im Allgemeinen leichter zugänglich werden: denn einige Metallspiegel mag wohl Jedweder sich anschaffen, keineswegs aber Dutzende oder Haufen von Glasspiegeln, je für tuberculöse, für syphilitische, für sonst verdächtige, für anscheinend gesunde Personen, um dann schliesslich doch in der Wahl der Spiegel so und so oft sich zu versehen oder zu irren. Der einzige Nachtheil, den die Metallspiegel besitzen, ist der einer etwas geringeren Helligkeit, so dass in besonderen Fällen, in denen es um sehr helle Belichtung sich handelt, die Glasspiegel allerdings mehr am Platze sind. Die Politur der Metallspiegel, die sich nach so und so langer Zeit natürlich abnützt, wenn auch nicht in der früher⁷⁾ von mir befürchteten Ausdehnung, schon nach jedem Auskochen, lässt man dann um ein paar Groschen erneuern.

⁵⁾ Die Galvanocaustik u. s. w. 1872. S. 75 und 148. Rhinoscopie, S. 23 und 178.

⁶⁾ In meiner Arbeit über Genese der Gesichtsrose. Deutsche medicin. Wochenschrift 1887, No. 19.

⁷⁾ In meiner Arbeit über die sog. Tornwaldt'sche Krankheit. Therapeut. Monatshefte, December 1892.

II. Referate.

a) Otologische:

Die Pressions centripétales von Gellé, ihre diagnostische Bedeutung und ihr Verhalten zu anderen otiatrischen Untersuchungsmethoden.
Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde von Basilius Argentowsky aus Ufa, Russland. Zürich 1893.

Die 1881 von Gellé angegebene Untersuchungsmethode der „pressions centripètes“ ist bisher nur von Rohrer eingehend berücksichtigt worden. Aus 5000 Krankengeschichten Rohrer's hat nun Verfasser 375 Fälle, wo dies Verfahren angewendet wurde, ausgewählt und seiner Arbeit zu Grunde gelegt. Das Wesen der pressions centrip. besteht darin, dass das Ende eines gewöhnlichen Auscultationsschlauches luftdicht in den äusseren Gehörgang des zu Untersuchenden eingefügt und das andere Ende mit einem Kautschukballon verbunden wird. Lässt man eine Stimmgabel auf dem Scheitel klingen, so tritt bei normalem Ohre bei jedem Drucke auf den Ballon eine Abschwächung, bei Nachlass des Druckes Wiedererscheinen der vorherigen Intensität des Stimmgabeltones auf. Mittels eines gegabelten Auscultationsschlauches kann der Untersucher jederzeit den Effect der Pressionen kontrolliren. Von der Voraussetzung ausgehend, dass die Contacttöne zuerst vom Felsenbein zur Paukenhöhle gelangen, die Gehörknöchelchen in vibrirende Bewegung versetzen und auf dem Wege der Steigbügelplättchen der Labyrinthhöhle mitgetheilt werden, während ein Theil der Schallwellen durch das Trommelfell in den äusseren Gehörgang hinausgeht, erklärt G. die Abschwächung der Contacttöne in Folge centripetaler Pressionen durch plötzliche, vorübergehende Immobilisirung des Steigbügels und seines Plättchens, wodurch ein Auslöschen der Vibration resp. Verminderung der Amplitude hervorgerufen wird.

Ist der Steigbügel oder das Steigbügelplättchen schwer- oder unbeweglich durch Adhäsionen oder bei ungenügender Aeration der Paukenhöhle in Folge von Stenose der Tuba Eustachii, so tritt auf die centripetalen Pressionen keine Reaction ein, der Stimmgabelton gelangt ganz zur Perception. Dasselbe gilt für schwer bewegliche (sclerotische, indurirte) Trommelfelle. Auch die Luftleitung während der centripetalen Pressionen prüfte Rohrer, indem er die klingende Stimmgabel am spitzen Ende des Ballons, wo der Auscultationsschlauch angesetzt ist, aufsetzt.

Die Ergebnisse, welche Verfasser mit dieser Untersuchungsmethode erzielte, sind dann, nach Krankheitsgruppen geordnet, auf's Genaueste verzeichnet und neben die Resultate gestellt, welche die sonst üblichen Untersuchungsmethoden ergaben. Eine grosse Anzahl von Tabellen giebt eine knappe Uebersicht.

Die Schlüsse, welche Verfasser aus dieser Arbeit zieht, sind folgende:

1) Der negative Ausfall der Gellé'schen Pressions centripètes findet sich zumeist bei sclerotischen und ädhasiven Formen des Mittelohrcatarrhes.

2) Der negative Ausfall deutet bei beweglichem Trommelfell auf Unbeweglichkeit resp. Schwerbeweglichkeit der Steigbügel oder dessen Plättchen.

3) Das Trommelfell spielt nicht die Hauptrolle in der Abschwächung der Contacttöne. Nur wenn es in Folge von sclerotischer Entartung dem Drucke der Pressionen nicht nachgiebt, kann der Ausfall der Pressionen negativ sein, ohne dass Steigbügel oder Steigbügelplättchen unbeweglich sind.

4) Bei negativem Ausfalle der centripetalen Pressionen ist die Hörweite für Politzer's Hörmesser, Flüster- und Conversationssprache mehr als bei positivem herabgesetzt.

5) Die Knochenleitung ist mehr reducirt bei negativem als bei positivem Ausfall der Pressionen.

6) Der Rinne'sche Versuch ist in 58,9 pCt. der Fälle mit positivem Ausfall der centripetalen Pressionen positiv, in 41,1 pCt. negativ; in 22,1 pCt. der Fälle mit für die Knochenleitung negativem Ausfall der centripetalen Pression positiv, in 77,9 pCt. negativ; in 9,5 pCt. der Fälle mit negativem Gellé für die Knochen- und Luftleitung positiv, in 90,5 pCt. negativ.

7) Die Perception hoher Töne ist bei negativem Ausfall der centripetalen Pressionen mehr herabgesetzt als bei positivem.

8) Subjective Geräusche von tiefer und hoher Qualität kommen häufiger bei negativem als bei positivem Ausfall der centripetalen Pressionen vor.

9) Paracusis Willisii kommt in 6,9 pCt. der Fälle mit negativem, in 2,2 pCt. der Fälle mit positivem Gellé vor.

10) Vom Standpunkte Gellé's aus ist es in Bezug auf die Wege der Knochenleitung ein gutes prognostisches Zeichen, wenn der Weber'sche Versuch nach der Seite lateralisirt, welche einen negativen Ausfall der centripetalen Pressionen zeigt, weil dieser Umstand auf eine verminderte Beweglichkeit deuten soll.

Dr. Hitschmann.

b) Rhinologische:

Ein neues wirksames Mittel gegen die localen pyogenen Processe des Ohres, der Nase und des Halses. Ein zweites wirksames Mittel, besonders für die Armenpraxis berechnet, gegen die pyogenen infectiösen Processe des Ohres. (Un nouveau remède très efficace contre les processus infectieux locaux et surtout pyogéniques de l'oreille, du nez et de la gorge. Un autre remède, pour les indigents, employé seulement dans les processus infectieux locaux pyogéniques de l'oreille.) Von Dr. V. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Das Microcidin, eine Verbindung von Naphthol mit Natrium causticum, leistet die besten Dienste in den oben angegebenen Fällen. Das chemisch reine Natrium chloratum wird in der Armenpraxis bei Ohrenleiden in 10 — 20 procentiger Lösung in den oben erwähnten Fällen mit Erfolg angewandt.

Dr. P. K.

Neue antiseptische, blutstillende Medication bei spontanen und chirurgischen Blutungen des Nasenseptums, der Nasenmuschel und des Ohres. (Nouvelle médication hémostatico-antiseptique dans les hémorrhagies spontanées et chirurgicales du septum nasal, des cornets et de la cavité auriculaire.) Von Dr. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Die Trichloressigsäure (Acid. trichloraceticum) ist allen anderen blutstillenden Mitteln vorzuziehen; man nimmt 1:30 bis 80 bis 100 Wasser; besser als Antipyrin, Ferrum sesquichloratum und Acid. chromicum; man kann die Eisenchloridwatte durch die Trichloracetalwatte ersetzen.

Dr. P. K.

Ueber Knochenzysten der mittleren Nasenmuschel. (Les kystes osseux des cornets moyens.) Von Dr. Beausoleil. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Wenn selbe klein sind, so werden sie gar nicht erkannt; von sehr grossem Umfange, werden sie oft mit Neoplasmen verwechselt und ebenso behandelt. Seltene Fälle. Verf. giebt zwei Krankengeschichten. Auffallend ist, dass diese Cysten nur bei Erwachsenen, und zwar nur bei erwachsenen Frauen beobachtet worden sind; Heredität kann also ausgeschlossen werden; das Befallensein der Frauen allein scheint nur ein Zufall zu sein, man müsste denn die von Zuckerkanal beschriebene und beim weiblichen Geschlechte mehr vorkommende ampullenartige Erweiterung der Nasenmuschel als Ursache der Cystenbildung ansehen. Gewöhnlich von blassrother Farbe, sind diese Cysten meist von polypösen Schleimhautwucherungen bedeckt; unilocular oder multilocular findet man oft Kalkablagerungen darin; die Pathogenese scheint in einer Wucherung der die Innenwand der Knochenzellen auskleidenden Mucosa zu sein, welche die Knochenwandungen auseinandertreibt und, wenn sie nicht secernirt, eine Cyste mit Luftinhalt, wenn sie aber Schleim bildet, eine Cyste mit schleimig-serösem Inhalt bildet. Die Symptome sind die der gewöhnlichen Nasentumoren. Die Radicaloperation ist die einzige logische Behandlungsweise.

Dr. P. K.

Zur Kenntniss der Nasensteine. Von Dr. Gerber. Aus Dr. Gerber's Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkrankheiten in Königsberg. (Sonderabdruck aus der „Deutschen medic. Wochenschrift“ 1892, No. 51.)

Die Kerne der meisten Nasensteine werden von Fremdkörpern gebildet. Welche Rolle bei der um dieselben stattfindenden Concrementbildung Spaltpilze oder Algen (*Leptothrix buccalis*) spielen, ist noch strittig.

Vorliegende Arbeit ist als Beitrag zur Beantwortung dieser Fragen gedacht. Der aus der rechten Nasenhöhle eines 7jährigen Knaben entfernte Stein, welcher der Untersuchung zu Grunde lag, mochte ca. 2 Ctm. im Längs- und 1–1,5 Ctm. im Querdurchmesser haben. Seine Extraction machte Chloroformnarcose nöthig und gelang erst nach Zerstückelung. Die chemische Analyse ergab als wesentlichen Bestandtheil phosphorsauren Kalk, daneben Spuren von kohlensaurem Kalke. In der Mitte des Concrementes lag eine faserig verfilzte, watteähnliche Masse. Microscopisch waren wirr sich durchkreuzende Baumwollfasern, Fasern mit

Tüpfelzellen und zahlreiche Concrementkrümel zu unterscheiden. Sämmtliche Fasern färben sich mit Jod und H_2SO_4 blau. Die Concrementtheile erwiesen sich als zumeist aus verkalkten Bacterien bestehend, deren Art sich nicht feststellen liess, weil die Färbung nach der Entkalkung nicht mehr gelang. Morphologisch war man vielfach an Leptothrix erinnert, besonders bei den radiär in der Art von Actinomyces gruppirten, aber nicht mit Keulen versehenen Pilzfäden. Dass der Stein jedoch nicht ausschliesslich der Leptothrix buccalis sein Entstehen verdankte (Klebs), beweist die Anwesenheit zahlreicher Coccen und Bacterien und die chemische Analyse, welche ausser dem bei Leptothrix-Steinen allein vorkommenden kohlensauren Kalk auch noch phosphorsauren Kalk ergab.

Hitschmann.

Adenoide Vegetationen. (Végétations adénoïdes.) Von Dr. A. Michel Dansac. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1893.)

Verf. betont, dass das Studium der adenoiden Vegetationen bis jetzt nur von Specialisten betrieben wurde, während die Symptome des daraus entstehenden Allgemeinleidens vernachlässigt sind. Nachdem Verf. die Anatomie des Waldeyer'schen Ringes und der Lymphgefässe des Nasenrachenraumes gegeben, beschreibt er die adenoiden Vegetationen im Ganzen sowohl, als ihre microscopischen Untersuchungsmethoden (nebst Illustrationen), giebt deren Unterschied bei Kindern, Erwachsenen, Scrophulösen und Syphilitischen, ebenfalls mit Illustrationen.

Dr. P. K.

Ueber Nasenstenose und ihre Behandlung mittels einfacher und rascher Dilatation mit Bougies. (De la sténose nasale et de son traitement par la dilatation simple et rapidement progressive au moyen de bougies.) Von Dr. Bouffé. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 22, 1893.)

Verf. giebt zwei geheilte Fälle an, welche das Unangenehme und oft Schädliche des Auskratzens und des Ausbrennens darlegen.

Dr. P. K.

Ueber die Behandlung der Fibromyxome des Nasenrachenraumes. (Du traitement des fibromyxomes nasopharyngiens.) Von Dr. Wagnier. (Société des otologistes et laryngologistes belges, Juni 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 22, 1893.)

Trotz ihres Gestielteins sind selbe schwer zu entfernen. Bei verschiedenen Versuchen, die galvanocaustische Schlinge um den Stiel anzulegen und bei der dazu nöthigen Manipulation fiel es Verf. auf, wie sehr der Tumor durch diese Malaxation reducirt wurde. Der Autor kam daher auf den Gedanken, die Malaxation als Heilmethode in solchen Fällen zu empfehlen. Der Arzt muss selbst den Kopf fixiren durch seine linke Achselhöhle, den bewaffneten linken Zeigefinger zwischen die Zahnreihen legen und mit der anderen Hand massiren; nur im äussersten Fall soll man bei jugendlichen Individuen das Chloroform anwenden.

Dr. P. K.

Mucocele des Sinus frontalis. (Mucocèle du sinus frontal.) Von Dr. W. Spencer Watson. (Lancet, Mai 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Gestützt auf einen bei einer 20jähr. Frau beobachteten und mittels Borsäure nebst Eisen und Chinin behandelten Fall kommt Verf. zu dem Schluss, dass man in solchen Verhältnissen expectativ verfahren soll, da öfters Heilung mit Resorption, noch ehe es zu Eiterbildung kommt, eintreten könne.

Dr. P. K.

Die interne Massage bei Nasen- und Rachen-Krankheiten. Von Dr. W. Freudenthal, New-York. (Aus der „New-Yorker Medicinischen Monatsschrift“, August und September 1893. Nach einem am 24. Mai 1893 vor der New-York Academy of Medicine gehaltenen Vortrage.)

Der physiologische Effect der Massage ist die Regulirung der localen Circulation des Blutes und indirect die Resorption von normalen und pathologischen Gewebsflüssigkeiten. Die von Mich. Braun in die Rhinologie eingeführte manuelle Vibrationsmassage wurde bisher in mehreren nur durch lange Uebung zu erlernenden Methoden ausgeführt. Von den zu diesem Zwecke construirten Instrumenten befriedigte keines die gestellten Ansprüche. F. stellte sich nun ein nach dem Modelle eines Herrn Spiro verfertigtes Instrument her, welches durch Electricität getrieben wird und nach dem Principe des in der Zahnheilkunde zum Eintreiben der Füllungen in die Zahnhöhlen benutzten „electric mallet“ construiert ist. Die genaue, durch eine Abbildung erläuterte Beschreibung des Instrumentes ist im Originale einzusehen. Der durch die Vibration hervorgebrachte Ton entspricht dem tiefsten Tone der Bratsche und macht in der Secunde 132 Schwingungen! Anfangs massirt F. nur 10 Secunden bis 1 Minute, treten Nies- oder Würgebewegungen auf, so wird die Sonde sofort entfernt. Später wird die Zeit verlängert und möglichst alle Theile der Nase und des Rachens vibrirt. Daneben wurde meist nur 5 pCt., selten 10 pCt. Cocainlösung angewendet. Die aus dem übrigen Apparate entfernbare Sonde wird vor und nach dem Gebrauche desinficirt.

Die experimenti causa behandelten 10 Fälle acuter Coryza bluteten stärker, ein Vorzug vor anderen Methoden ergab sich nicht. Gleich Reibmayr hält F. die Massage bei allen parasitären und Infectionskrankheiten für contraindicirt. Desgleichen bei solchen chronischen Hypertrophien, wo Galvanocaustik nur kleine Narben setzen würde. Wo aber zu erwarten ist, dass umfangreiche Vernarbung und damit Vernichtung der physiologischen Function der Schleimhaut Folge der galvanocaustischen Behandlung sein wird, hat die Vibrationsmassage an deren Stelle zu treten. Diese Thesen werden durch mehrere Krankheitsgeschichten belegt.

Auch atrophische Prozesse werden durch die Massage gebessert. Die anscheinend paradoxe Behauptung, dass Hypertrophien und Atrophien durch dasselbe Heilverfahren gebessert werden können, erklärt Verfasser damit, dass in die Venen- und Lymphbahnen während der Massage und kurz darauf mehr Inhalt passirt, also auch mehr arterielles Blut nachfolgt und die Ernährung gehoben wird.

Fälle von Heufieber zeigten bei **Massage** insofern eine günstige Beeinflussung, als die Behandlungsdauer sehr abgekürzt wurde.

F. resumirt endlich dahin, dass die innere Schleimhautmassage ein Mittel ist, das sobald nicht wieder aus dem Schatze unserer therapeutischen Hilfsmittel verschwinden wird.

R. Hitschmann.

Internal Massage in Diseases of the Nose and Throat. By W. Freudenthal, M. D. New-York. — Reprinted from the Medical Record, July 22, 1893. (Read before the Section in Laryngology and Rhinology of the New-York Academy of Medicine, May 24, 1893.)

Diese Arbeit ist eine fast wörtliche Uebertragung der oben referirten, und erscheint daher eine gesonderte Besprechung derselben unnöthig.

Hitschmann.

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber angeborene ectodermatische Pharynxpolypen. (Des polypes nasopharyngiens congénitaux d'origine ectodermique.) Von Dr. Chapoy. (Association française pour l'avancement des sciences, Besançon 1893 und Semaine médicale No. 49, 1893.)

Zwei Fälle, bei einem Neugeborenen und bei einem 6 monatlichen Kinde, wurden beobachtet und mit Erfolg operirt. Diese von den gewöhnlichen Pharynxneubildungen verschiedenen Tumoren sind dermoepidermischer Natur; man kann selbe „angeborene ectodermische Polypen“ nennen, sie sind embryonalen Ursprunges. Anfangs besteht Cyanose, später langsame Dyspnoe. Man soll also immer den Pharynx genau untersuchen, wenn Cyanose bei einem Neugeborenen besteht; Prognose günstig bei einmal gestellter Diagnose. Einfache Traction und Torsion genügen zur Operation.

Dr. P. K.

Retropharyngealabscesse beim Kinde; ihre Behandlung. (Absès rétropharyngiens chez l'enfant; leur traitement.) Von Dr. G. Phocas. (Semaine médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Ein ängstlicher Arzt kommt bei der Operation nicht zu seinem Zweck, ein zu eifriger Chirurg geht zu weit. Es giebt dreierlei Gefahren: 1) Blutungen; die Carotis interna ist nach innen, wenn unteraponeurotische Ganglien in Eiterung übergegangen sind und so auf der äusseren Fläche der Carotiden ruhen; bei anämischen Kindern, besonders nach Anstrengungen kann venöse Blutung auftreten. 2) Erstickung durch Eitereindringen in die Trachea. 3) Septicämie; Pneumonie, die schwer zu vermeiden ist; Antisepsis ist unmöglich; der Abscess verschliesst sich leicht so, dass man von Neuem öffnen muss. Alle diese Gefahren werden vermieden, wenn man von aussen öffnet. Verf. führt die Erfolge an, welche de St. Germain, Burkhard, Pollard und Watson Cheyne mit dieser Methode hatten.

Dr. P. K.

Grosser Cystentumor des Os ethmoideum. Fall von totalem Verschluss der oberen Pharynxhöhle. (Un gros tumeur kystique de l'ethmoide. Un cas d'occlusion complète de la cavité pharyngienne supérieure.) Von Dr. G. Strazza (Bollettino delle malattie dell'orecchio, März 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Rechter Exophthalmus und Deformation des Gesichts bei einer 20jährigen Dame; rechtes Nasenloch erweitert und von einem Tumor angefüllt; die Punction ergibt eine dem Ovariencysteninhalt ähnliche Flüssigkeit. Exstirpation. Heilung.

Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand, wahrscheinlich specifischen Ursprungs. Heilung mittelst Galvanocaustik.
Dr. P. K.

Einfluss gewisser Diathesen auf die Prognose der Halsoperationen.

(Influence de certaines diathèses sur le pronostic des opérations de la gorge.) Von Dr. D. Bryson Delavan. (New-York medical Journal, November 1892 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 22, 1893.)

Morbus Basedowi, Lymphadenom, Struma, rheumatische und hämorrhagische Diathese werden der Reihe nach erörtert. Vor jeder Halsoperation soll man erörtern: 1) ob keine Hämophilie besteht; 2) in solchem Fall ist jede nach den gewöhnlichen Methoden ausgeführte Operation zu verwerfen; 3) da dennoch in solchen Fällen manchmal operirt werden muss, so muss man eine andere Methode finden.

Dr. P. K.

Zahnvariationen in ihrer Form bei den verschiedenen Menschenrassen.

(Variations dans la forme des dents suivant les races humaines.) Von Dr. F. Regnault. (Société de biologie de Paris, Séance du 2 Décembre 1893 und Semaine médicale No. 60, 1893.)

Bei Negern gehen die seitlichen Ränder der Schneidezähne nicht parallel; der obere Rand ist doppelt so gross als der Halsrand; beim Milchzahn der Kinder zeigt sich dasselbe Verhältniss; ebenso ist der Unterschied in der Breite des oberen Augenzahnrandes und dem des Collum viel bedeutender bei Negern als bei Weissen.
Dr. P. K.

Rhythmische Zungentraktionen bei Scheintod der Neugeborenen.

(Tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés.) Von Dr. Bécour. (Bulletin médical du Nord No. 22, 1893.)

Eclampsie bei einer 20jährigen Primipara; ausgeprägtes Oedem des ganzen Körpers und namentlich der Schamtheile, Steisslage, Muttermund noch nicht ganz geöffnet. Extraction. Scheintod. Zehn Minuten lang rhythmische Zungentraktionen mit der Schnelligkeit des Pulses des Erwachsenen, indem die Zunge zwischen Zeigefinger und Daumen bald von oben und unten, bald seitlich gefasst wurde. Das tottgegläubte Kind kam ganz zum Leben zurück.
Dr. P. K.

Rhythmische Zungentraktionen bei Scheintod der Neugeborenen.
(Des tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie avec mort apparente des nouveau-nés.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, Séance du 19 Décembre und Semaine médicale No. 72, 1893.)

Verf. bringt vier neue Fälle als Beleg seiner Methode; letztere gelingt immer, wenn es sich um einen primären oder secundären Stillstand des Athmens handelt; in jedem Falle von Scheintod besteht nämlich eine latente Periode, während welcher die Reizbarkeit des Bulbus noch fortbesteht. Verf.'s Methode, besser als alle anderen, besteht nun darin, diese Reizbarkeit wieder wachzurufen. Verf. bringt 64 Fälle, von denen einer fünf Viertelstunden scheinotdt war, als Beleg. Die anderen Methoden, namentlich die in letzter Zeit angewandten Morphiuminjectionen, besonders bei Erwachsenen, sind nicht zu verwerfen. Dr. P. K.

Epithelioma der Uvula und des linken Arcus palatopharyngeus.
(Epithélioma de la luette et de l'arc palatin gauche.) Von Dr. Schiffers. (Société belge de laryngologie et d'otologie, Gand, Juni 1893 und Revue de laryngologie No. 14, 1893.)

Subjective Symptome gering. Klinische und microscopische Diagnose leicht. Heilung. Dr. P. K.

Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit dem Pharynx. Trennung, prothetischer Apparat. Heilung. (Adhérence des piliers postérieurs au pharynx. Libération. Appareil prothétique. Guérison.) Von Dr. Albertin. (Société des sciences médicales de Lyon, Lyon médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verwachsungen, welche nach Variola entstanden waren, wurden mittelst eines rechtwinklig gebogenen Messers getrennt. Um neue Verwachsungen zu vermeiden, wurde ein prothetischer Apparat, welcher aus zwei rechtwinklig zu einander stehenden Platten bestand, eingelegt; die eine Platte lag an der hinteren Pharynxwand an, die andere legte sich über die hintere obere Gaumenfläche. Heilung nach einem Monat.

Dr. P. K.

Congenitale Anomalie des Gaumensegels. (Note sur un cas d'anomalie congénitale du voile du palais.) Von Dr. Broeckaert. (Quatrième Réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Juni 1893 und Revue de laryngologie No. 15, 1893.)

Nachdem Verfasser die Literatur der wenigen bis jetzt beobachteten Fälle durchgegangen, hebt er die Leichtigkeit der Diagnose hervor: die ünversehrten, mit der übrigen Mucosa gleichfarbigen Ränder, das Fehlen jeder Narbe und das symmetrische Vorhandensein schliessen alle anderen frischen und geheilten Prozesse aus. Es ist ganz einfach eine Bildungshemmung, deren wissenschaftliche Ursache noch nicht festgestellt ist. Verf. hat einen solchen Fall beobachtet, wo die beiden vorderen Gaumenbögen durch zwei symmetrisch gelegene, 14 Millimeter Höhe auf 4 Millimeter Breite messende ovale Oeffnungen von den nach aussen gelegenen

Theilen getrennt waren; die Ränder dieser Oeffnungen sind ebenfalls glatt, ohne Narben, von derselben Colorirung wie die übrige Mucosa. Mandeln kaum entwickelt.

Dr. P. K.

Mandelsarcom mit Uebergreifen an das Gaumensegel und die Zungenbasis; Exstirpation, Heilung. (Sarcome de l'amygdale avec propagation au voile du palais et à la base de la langue; extirpation, guérison.) Von Dr. Verneuil. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 29 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 60, 1893.)

Ein 20jähriger Mann wurde am 12. November operirt: Ein Hautschnitt vom Mundwinkel bis zum Angulus maxillae inferioris; die Tiefe des Schnittes geht bis zur Mucosa, ohne die Mundhöhle zu eröffnen; Unterbindung der Maxillaris externa. Schnitt in der Regio suprahyoidea mit Exstirpation der Gländula submaxillaris und der Lymphdrüsen, Unterbindung der Arteriae lingualis und Carotis externa. Eröffnung der Mundhöhle durch die beiden geführten Hautschnitte. Entfernung des Tumors. Heilung.

Dr. P. K.

Ueber die Functionen der Mandeln und den Nachtheil der Amygdalotomie. (Du rôle des amygdales et des inconvénients de leur ablation.) Von Dr. H. Geschwind. (Semaine médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Mandeln dienen als Hemmungsmittel ebenso wie die Nase mit ihren Haaren, Muscheln, Schleim- und Luschka'scher Drüsen. Diese zwei „lebenden Schwämme“ mit der Uvula halten alle sehr feinen Schädlichkeiten zurück; man soll also nie (?) eine Amygdalotomie ausführen.

Dr. P. K.

Septische Phlegmone der Suprahyoidalgegend (Ludwig'sche Angina), Phlegmone des Mediastinum und Trepanation des Sternum. (Phlegmons septiques sushyoïdiens (Angine de Ludwig), phlegmon du médiastin et trépanation du sternum.) Von Dr. Nélaton. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Ein junger Soldat bekam nach Ausziehen eines Weisheitszahnes eine Ludwig'sche Angina. Senkung in das vordere Mediastinum; die Trepanation mit Resection des Sternum und eine streng durchgeführte Antisepsis brachten Heilung. Die Ursache des Leidens ist hier interessant; der Fall beweist, dass die genaue Definition der Ludwig'schen Angina nicht gegeben ist.

Dr. P. K.

Ueber sublinguale infectiöse Phlegmone. (Des phlegmons infectieux sous-lingaux.) Von Dr. Schwartz. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. erzählt drei Fälle, welche man fälschlich als Ludwig'sche Angina bezeichnet hat und welche besser mit dem Namen der „sublingualen infectiösen Phlegmone“ bezeichnet würden, weil damit der genaue Anfangsitz des Leidens unter der Zunge und oberhalb des

Musculus mylohyoideus angedeutet wird. Dieses Leiden hat ganz genau bezeichnete Symptome: Doppelseitige, steinharte Schwellung der ganzen Regio suprahyoidea; Aufgedrängtsein des Bodens der Mundhöhle gegen den Gaumen; schwere Respirationsstörungen; tief gestörtes Allgemeinbefinden. Seltener spontane Eröffnung in den Mund; man muss durch 6 — 7 Centimeter tiefe Einschnitte bis in die Abscesshöhle gelangen, welche gewöhnlich sehr wenig Eiter enthält.

Dr. P. K.

Contagiosität der acuten Amygdalitis und ihre Behandlung. (La contagiosité de l'amygdalite aigue et son traitement.) Von Dr. Ch. Eloy. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

An der Ansteckung der acuten Amygdalitis und an deren parasitären Ursprung ist nicht zu zweifeln; alle atmosphärischen Einflüsse sind als nichtig zu betrachten. Die Ansteckung macht sich nicht durch das Wasser, sondern durch die Luft. Isolirung der Kranken, interne Antisepsis; schon Trousseau, Rilliet und Barthez haben die Isolirung der Kranken empfohlen, ohne die Bacteriologie zu kennen und ohne deshalb zu wissen, warum.

Dr. P. K.

Amygdalotomie als Präventivbehandlung der Diphtheritis. (De l'amygdalotomie comme traitement préventif de la diphtérie.) Von Dr. Lanery. (Journal des sciences médicales de Lille und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. hat Diphtheritis fast nur bei hypertrophischen Mandeln gesehen; die Erblichkeit dieser vergrößerten Mandeln erklärt die Erblichkeit der Disposition zur Diphtheritis. Sobald ein Fall von Diphtheritis in der Familie ist, sollen alle Kinder mit hypertrophischen Mandeln operirt werden.

Dr. P. K.

Die sogenannte „Tornwaldt'sche Krankheit“ in Königsberg. Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz: Ueber Palpation des oberen und unteren Rachenraumes sowie des Kehlkopfes. Von Dr. Ziem in Danzig. („Therap. Monatshefte“ 1892, August.) Von Dr. Gerber. (Sonder-Abdruck aus „Therap. Monatshefte“ 1892, November.)

Diese Bemerkungen berichtigen ein Citat Ziem's aus Gerber's Arbeit: Der Retronasalcarrh und seine Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung des „Morbus Tornwaldtii“, aus welchem man schliessen konnte, dass G. und Michelson die Tornwaldt'sche Krankheit als rein örtliche Erkrankung der Bursa pharyngea anerkennen. G. protestirt hiergegen mit Berufung auf den Titel der genannten Arbeit, die derselben zu Grunde liegenden anatomischen Arbeit, welche die Existenz dieser Bursa vernichten, und auf mehrere wörtlich wiedergegebene Stellen. G. erklärt also seine Anschauungen als mit den allgem. jetzt herrschenden und vor Kurzem von Chiari präcisirten vollkommen identisch.

Hitschmann.

Behandlung des Myxoedem. (Sur le traitement du myxoedème.)
Von Dr. Murray. (Association médicale britannique und Semaine méd.
No. 48, 1893.)

Verf. stellt eine Patientin vor, welche durch subcutane Injectionen von Extractum thyroideae mit Glycerin nebst innerlichem Gebrauch des Corpus thyroideum gänzlich geheilt war; er zeigte die Photographien zweier auf dieselbe Weise geheilter Patienten vor. Dr. Oliver zeigte in derselben Sitzung einen durch subcutane Injectionen von Extractum thyroideae geheilten Kranken. Dr. Allison und Dr. Dyce Duckworth haben ebenfalls gute Resultate mittels obiger Behandlungsweise vorzuzeigen.

Dr. P. K.

Behandlung der Psoriasis durch inneren Gebrauch des natürlichen Corpus thyroideum oder dessen Extract. (Traitement du psoriasis par l'administration interne de corps thyroïde en nature ou en extrait.) Von Dr. Byron Bramvell. (Association médicale britannique und Semaine médicale No. 48.)

Gestützt auf die Wirkung, welche sich auf der Haut äussert, wenn man Schilddrüsenextract bei Cretinismus und Myxödem anwendet, wandte Verf. dieselbe Behandlung bei Psoriasis an. Ein 18jähr. Mädchen, mit einer jeder Medication trotzendes Psoriasis behaftet, nahm täglich den vierten Theil einer Schafsthyroidea in Oblaten zu sich, wurde gebessert und schliesslich geheilt. Eine 38jährige Frau wurde gänzlich geheilt, nachdem selbe täglich 5 Tropfen Extractum thyroideae zu sich genommen hatte. Viele andere Patienten wurden merklich gebessert, zwei blieben ungeheilt.

Dr. P. K.

Die Diphtheritis in Belgien. (La diphtérie en Belgique.) Von DDr. Godart und Kirschner. (Journal de médecine et de chirurgie partique et de pharmacie, Juli 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1893.)

Von allen Städten Europa's zeigen die belgischen Städte die geringste Mortalität an Diphtheritis. In ganz Belgien stellt die Diphtheritis 7,7 auf 10000 Einwohner und 3,7 pCt. aller Todesfälle. Diese Statistik ist günstiger als die anderer Länder. Die Diphtheritis ist in Belgien häufiger auf dem Lande als in den Städten; am häufigsten ist sie in dem flämischen Theile Belgiens.

Dr. P. K.

Behandlung der diffusen Pachydermie der Stimmbänder. (Traitement de la pachydermie diffuse des cordes vocales.) Von Dr. Moll. (Société française de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngol. et d'otologie No. 15, 1893.)

Wenn auch nicht als eigentliche Erkrankung für sich zu betrachten, so ist sie doch von Bedeutung wegen der ihr speciell zukommenden Behandlungsweise. Man kann also den Namen Pachydermie beibehalten, ohne jedoch damit die Idee eines speciellen Krankheitsbildes zu verbinden. Es ist also ein dermoides Leiden der Mucosa, welches am hinteren Ende der Stimmbänder beider Apophysen sitzt. Verf. hat bei der Behandlung die besten Erfolge von der Electrolyse gesehen.

Dr. P. K.

Ueber abnorme Muskel und verschiedenartige Gestaltung der normalen Kehlkopfmuskel beim Menschen und der entsprechenden beim Thiere. (Des muscles anormaux et des divers modes de conformation des muscles normaux du larynx dans l'espèce humaine et de leurs homologues dans la série animale.) Von Dr. Le Double in Tours. (Arch. internat. de Laryngologie etc. Bd. VII, No. 2. März/April 1894.)

Vergleichend anatomische Studie zwecks weiterer Klarstellung der Ansichten über die Stimmbildung überhaupt, insbesondere aber der Frage, ob die Existenz eines überzähligen Kehlkopfmuskels oder die Absonderung oder abnorme Insertion eines normalen Kehlkopfmuskels nicht einen markanten Einfluss auf die Stimme haben muss. Beschorner.

Ueber Larynxabscesse. (A propos des abcès du larynx.) Von Dr. Moll. (Société belge de laryngologie et d'otologie, Juni 1893 und Revue de laryngologie No. 14, 1893.)

Influenza, mit einem Abscess der rechten Larynxseite im Innern beginnend, was selten vorkommt; dann kamen erst die Influenzasymptome mit Pleuropneumonie; das rechte Stimmband blieb während der ganzen Zeit entzündet. Heilung. Der Fall ist als selten zu betrachten.

Dr. P. K.

Kehlkopf-Epitheliom bei einem 23jährigen jungen Manne. — Tracheotomie. — Kehlkopf-Exstirpation. — Sofortiges Recidiv in der Wunde. (Epithéliome du larynx chez un jeune homme de 23 ans. — Tracheotomie. — Exstirpation du larynx. — Recidive immédiate dans la plaie.) Von Dr. Luc. (Archiv internat. de Laryngologie etc. Bd. VII, No. 1. Januar/Februar 1894.)

Bei einem 23jährigen Handlungsbeffissenen war die laryngoscopische Diagnose auf tuberculöse Infiltration der rechten Kehlkopfhälfte, mit Perforation der rechten Schildknorpelplatte, und Bestand eines zweiten Herdes ausserhalb desselben gestellt worden. Die histologische Untersuchung des exstirpirten Kehlkopfes indessen lehrte den Bestand eines Epithelioms. Erst 4 Monate nach der Operation zeigten sich Drüsen-schwellungen am Halse und erst 5 Monate danach das dem Carcinom-Kranken eigene charakteristische cachectische Aussehen.

Beschorner.

Ueber die Ursache der Larynxpolypen. (Sur l'étiologie des polypes du larynx.) Von Dr. H. Lavrand. (Société française de laryngologie et d'otologie und Revue de laryngologie et d'otologie No. 15, 1893.)

Gestützt auf sieben eigene Beobachtungen, sowie auf die Ansichten anderer Autoren kommt Verf. zu dem Schluss, dass fortwährend ausgeübte Reize auf die Larynxschleimhaut als die gewöhnliche Ursache anzusehen sind; Catarrh kann vorhergehen oder erst später die Polypen begleiten.

Dr. P. K.

Eversion der Larynxventrikel und neue Behandlung derselben. (Cas d'éversion des ventricules du larynx et nouvelle méthode de traitement.) Von Dr. Walter F. Chappell. (Medic. Record 1893 und Revue de laryngologie No. 1, 1894.)

48jährige syphilitische Frau hat Husten, Cephalalgie, Heiserkeit, Gefühl von einem sich bewegenden Fremdkörper während eines sehr starken Hustenanfalles; von nun an vollständige Heiserkeit mit Dyspnoe. Das Laryngoscop zeigt das Hervorgestülptsein der Morgagni'schen Taschen, so dass selbe sich berühren. Inspirium pfeifend, Exspirium frei. Intubation nutzlos. Amputation beider Ventrikel mittelst Guillotine. Scheinbare Heilung. Nach 6 Monaten Erstickungsanfälle, Tod während der Tracheotomie. Die Section ergab ein Carcinom der rechten Larynxhälfte.

Dr. P. K.

Tertiäre Larynxsyphillis mit Stenose, durch progressive Dilatation gebessert. (Sur un cas de laryngopathie tertiaire avec sténose, améliorée par la dilatation progressive.) Von Dr. Audubert. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1893.)

Schwellung und polypoide Vegetationen am Larynxeingang bei unversehrten Stimmbändern; Stimme normal; inspiratorischer Stridor. Interne Behandlung mit methodischer, mechanischer Erweiterung nebst Galvanocauter brachten Heilung.

Dr. P. K.

Syphillis. Tertiäre Erscheinungen. Necrose der Maxillares superiores. Schleichender Verlauf. Unsichere Diagnose. Operation. Entfernung eines grossen Stückes der Maxillares superiores. (Syphilis. Accidents tertiaires. Nécrose des maxillaires supérieures. Marche insidieuse. Diagnostic incédis. Opération. Elimination d'une portion notable des maxillaires supérieurs.) Von Dr. Anthelme Combe. (Revue de laryngologie No. 17, 1893.)

Der Titel sagt Alles. Heilung. Tragen eines prothetischen Apparates.

Dr. P. K.

Nervenleiden bei der tuberculösen Arytänoiditis. Pseudoneuroma im Larynx tuberculöser Natur. (Lésions des nerfs dans les ary-ténoidites tuberculeuses. Pseudonévrome tuberculeux laryngé.) Von Dr. Michel Dansac. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Arytänoidalgegend ist die Lieblingsstelle der tuberculösen Localisation im Larynx; alle neueren Arbeiten über das Thema beweisen, dass der Name „Oedema glottidis der Tuberculösen“ zu verwerfen ist, weil es sich um einen wirklichen tuberculösen, bacillären Process handelt. Wenn nun die tuberculöse Larynxaffection genau vom wahren Oedema glottidis durch die neueren Untersuchungen getrennt ist, so ist aber die pathologisch-anatomische Basis der Larynxerscheinungen, nämlich der Dysphagie und der Dyspnoe nicht gegeben; die Untersuchungen von Gougouenheim, Balzer, Tissier und Héлары scheinen zu beweisen, dass es sich um eine Perineuritis der in dem neugebildeten pathologischen submucösen Gewebe eingebetteten Nervenendigungen handelt; aus einer solchen Perineuritis allein lassen sich auch nach Héлары

(Hélary, Thèse inaugurale, Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, Paris 1893) die Natur und Entwicklung der tuberculösen Dysphagie und Dyspnoe, sowie die Erfahrung erklären, dass nämlich die Exstirpation der infiltrirten Arytänoidalmassen das einzige radicale Mittel zur Beseitigung der ungeheuren Qualen des Kranken ist. Die Arbeiten des Verf.'s führen zu dem Resultate, dass diese locale Hyperästhesie und Hyperexcitabilität nur von einer pathologischen Nervenregeneration herühren kann, dass es sich also vielmehr um eine Nervenproliferation als um eine Nervendegeneration handelt; die sehr gelungenen microscopischen Präparate beweisen letzteres; so ist denn die pathologische Anatomie ganz im Einklang mit der Physiologie, der Klinik und der chirurgischen Therapie. Der Ausspruch der Autoren, „dass bei der tuberculösen Larynxinfiltration die Nervenendigungen comprimirt werden, das Nerven-neurilemma verdickt ist durch Proliferation embryonaler Zellen, das Myelin sich zerstückelt und endlich verschwindet, dass der Axencylinder gänzlich zerstört wird“, ist Dank der neueren Untersuchungsmethode als gänzlich falsch hinzustellen; die directe Fixation des noch lebenden Gewebes in die picrochromo-salpetersaure Flüssigkeit und der Gebrauch des Chlorgoldes lassen bis jetzt nicht geahnte Nervenveränderungen erscheinen. Verfasser beschreibt seine Untersuchungsmethode, welche statt Nervenzerstörung eine bedeutende, der Infiltration angemessene Nervenhyperplasie erkennen lässt. Verf. giebt in zwei microscopischen Bildern, welche von horizontal mit dem Verlauf der Stimmbänder geführten Schnitten aus der Spitze der Arytänoidalegend herrühren, das genaue Bild dieser neugebildeten Nervennetze und beschreibt letzteres genau; letztere Beschreibung wird am besten im Original nachgelesen. Verf. kommt am Ende seiner Abhandlung zu folgenden Schlüssen: 1) die tuberculöse, embryonäre Infiltration der Arytänoida, von den neueren Autoren mit Recht von Oedema glottidis getrennt, ist in Fällen von Dysphagie und Dyspnoe immer mit nervöser Hyperplasie, das heisst mit Neubildung von hypertrophischen Nerven und perinervöser Sclerose, in welcher Sclerose hypertrophische Axencylinder vorherrschen, verbunden. 2) Es besteht in der Phthisis laryngea also keine parenchymatöse Neuritis mit atrophischer und interstitieller Perineuritis, sondern es sind wuchernde hyperplastische Neuritiden, welche ihrem anatomischen Character und ihrer anatomischen Entwicklung nach unter die Neurome zu zählen sind. 3) Ihre Abhängigkeit von dem Grade der sclerösen Infiltration, sowie ihr bacillärer, entzündlicher Ursprung unterscheiden sie aber von den wahren Neuomen; sie stellen bacilläre tuberculöse Pseudoneurome dar. 4) Die Hyperplasie und namentlich die Hyperplasie des Axencylinders als hauptsächlichster physiologischer Bestandtheil des Nerven erklärt die Wohlthat der chirurgischen Behandlung; der nach der Operation übrigbleibende Stumpf hat nur mehr eine narbige Sclerose ohne Nervenreubildung. Klinik, Therapie und pathologische Anatomie stimmen also vollständig überein. 5) Aus dieser Hyperplasie der sensibelen Nerven kann man ja auch alle Erscheinungen, welche man auf Rechnung des Oedema glottidis schrieb, erklären; der Spasmus glottidis kann an sich allein schon, wegen seines überaus leichten Eintretens, die Dyspnoe erklären.

Dr. P. K.

Fall von primärem Lungensarcom; diagnostische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare (Sur un cas de sarcome primitif du poumon; valeur diagnostique du ganglion susclaviculaire.) Von Dr. Ferrand. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 1 Décembre 1893 und Semaine médicale No. 60, 1893.)

Bei einer mit einem linksseitigen Lungensarcom behafteten 20jähr. Frau fand man bei der Section Schwellung der Axillardrüsen, aber keine Schwellung des Ganglion supraclaviculare, wie Troisier es angiebt; keine Metastasen. Dr. Bourcy hat einen Fall beobachtet, bei welchem das angegebene Symptom aber bestand. Dr. Troisier bemerkt, dass die Schwellung des Ganglion supraclaviculare nicht immer bestehe, dass es überhaupt bei allen visceralen Sarcomen und Carcinomen bestehen kann und in zweifelhaften Fällen als diagnostisches Hilfsmittel bei visceralen und namentlich latenten Krebsen von Werth ist; Dr. Troisier giebt die genaue Beschreibung des zwischen den beiden Ansätzen des Sternomastoideus gelegenen Ganglion; manchmal ist es doppelseitig, meistens links wegen des dabei eine Rolle spielenden Ductus thoracicus; Dr. Troisier und Dr. Polaillon machten einmal, auf dieses linksseitige Ganglion gestützt, die Diagnose auf einen nicht zu findenden visceralen Krebs.

Dr. P. K.

Diagnostischer Werth des Ganglion supraclaviculare. (Valeur diagnostique du ganglion susclaviculaire.) Von Dr. Comby. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 8 Décembre 1893 und Semaine médicale No. 73, 1893.)

Verf. stellte die Diagnose auf Pleurakrebs bei einer 57jähr. Frau durch Vorhandensein des Ganglion supraclaviculare derselben Seite; bei cachectischen Kranken, wo man keine bestimmte Diagnose stellen kann, lässt die Gegenwart eines harten, angeschwollenen Ganglion supraclaviculare an ein viscerales Krebsleiden denken. Dr. Vidal fand bei der Section eines an Pyloruscarcinom, welches nicht sicher diagnosticirt war, zu Grunde gegangenen 60jährigen Patienten hinter dem Sternocleido-mastoideus ein erweichtes Ganglion, ohne dass sonst ein Zusammenhang desselben mit dem bestehenden Magencarcinom durch die Lymphbahnen nachgewiesen werden konnte.

Dr. P. K.

Reflexkrampf des Oesophagus bei Lebercarcinom. (Sur un cas de spasme reflexe de l'oesophage consécutif à un cancer du foie.) Von Dr. Mayo Collier. (Société de laryngologie et de rhinologie de Londres und Semaine médicale No. 72, 1893.)

Die Sonde ging leicht in den Magen hinein. Die Sondenernährung ging gut von Statten, der Kranke erholte sich; eine intercurrente Pneumonie endete letal. Es ist dies der achte bekannte Fall von Oesophaguskrampf bei Lebercarcinom mit intactem Magen und Oesophagus.

Dr. P. K.

Ueber die Accumulatoren in der medicinischen Praxis. (Les accumulateurs dans la pratique médicale.) Von Dr. Darzens. (Société française d'otologie et de laryngologie, Congrès de 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 22, 1893.)

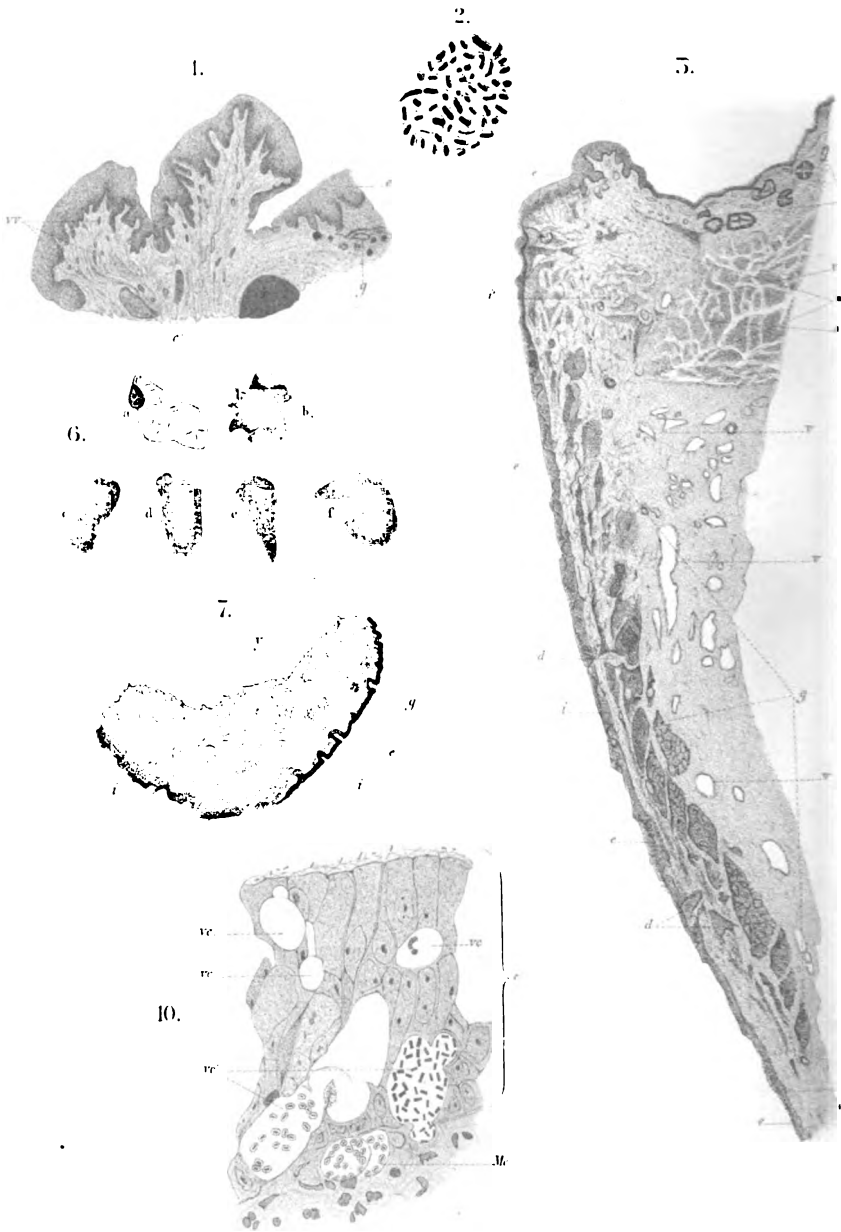
Verf. giebt die Beschreibung eines leicht hantirbaren und besonders nicht theuren Apparates. Dr. P. K.

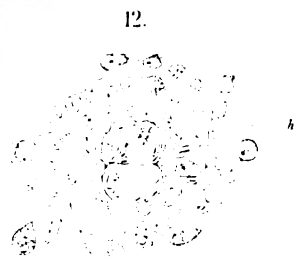
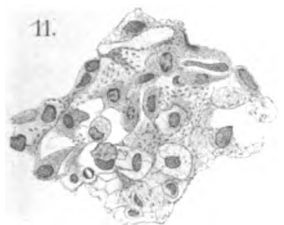
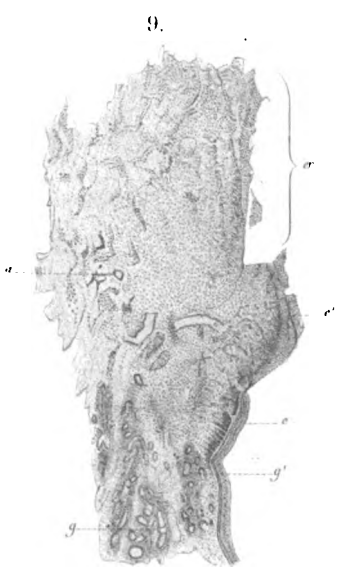
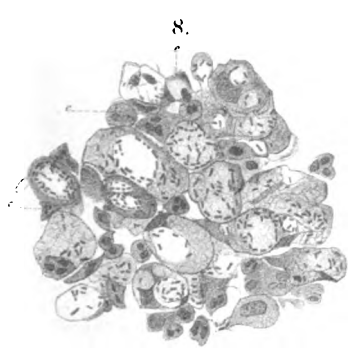
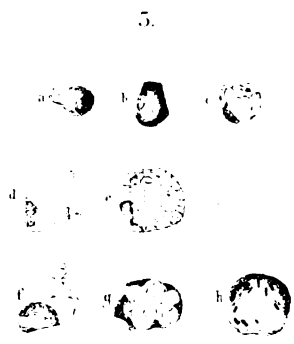
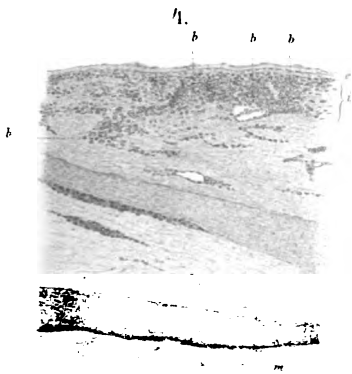
I N H A L T.

I. Originalien: Lamann: Der electrolytische Schaum als Nebenschluss. — Sendziak: Beitrag zur Casuistik der nasopharyngealen Tumoren. — Ziem: Ueber Metallspiegel. — II. Referate: a) Otologische: Argentowsky: Die Pressions centripétales von Gellé, ihre diagnostische Bedeutung und ihr Verhalten zu anderen otischen Untersuchungsverfahren. — b) Rhinologische: Cozzolino: Ein neues wirksames Mittel gegen die localen pyogenen Prozesse des Ohres, der Nase und des Halses. Ein zweites wirksames Mittel, besonders für die Armenpraxis berechnet, gegen die pyogenen infectiösen Prozesse des Ohres. — Cozzolino: Neue antiseptische, blutstillende Medication bei spontanen und chirurgischen Blutungen des Nasenseptums, der Nasenmuschel und des Ohres. — Beausoleil: Ueber Knochenzysten der mittleren Nasenmuschel. — Gerber: Zur Kenntniss der Nasensteine. — Dansac: Adenoide Vegetationen. — Bouffé: Ueber Nasenstenose und ihre Behandlung mittels einfacher und rascher Dilatation mit Bougies. — Wagner: Ueber die Behandlung der Fibromyxome des Nasenrachenraumes. — Watson: Mucocoele des Sinus frontalis. — Freudenthal: Die interne Massage bei Nasen- und Rachen-Krankheiten. — Freudenthal: Internal Massage in Diseases of the Nose and Throat. — c) Pharyngo-laryngologische: Chapoy: Ueber angeborene ectodermatische Pharynxpolypen. — Phocas: Retropharyngealabscesse beim Kinde; ihre Behandlung. — Strazza: Grosser Cystentumor des Os ethmoidaleum. Fall von totalem Verschluss der oberen Pharynxhöhle. — Delavan: Einfluss gewisser Diathesen auf die Prognose der Halsoperationen. — Regnaud: Zahnvariationen in ihrer Form bei den verschiedenen Menschenrassen. — Bécour: Rhythmische Zungentraktionen bei Scheintod der Neugeborenen. — Laborde: Rhythmische Zungentraktionen bei Scheintod der Neugeborenen. — Schiffers: Epithelioma der Uvula und des linken Arcus palatopharyngeus. — Albertin: Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit dem Pharynx. Trennung, prothetischer Apparat. Heilung. — Broeckkaert: Congenitale Anomalie des Gaumensegels. — Verneuil: Mandelсарcom mit Uebergreifen an das Gaumensegel und die Zungenbasis; Exstirpation, Heilung. — Geschwind: Ueber die Functionen der Mandeln und den Nachtheil der Amygdalotomie. — Nélaton: Septische Phlegmone der Suprahyoidalgegend (Ludwig'sche Angina). Phlegmone des Mediastinum und Trepanation des Sternum. — Schwartz: Ueber sublinguale infectiöse Phlegmone. — Eloy: Contagiosität der acuten Amygdalitis und ihre Behandlung. — Lancry: Amygdalotomie als Präventivbehandlung der Diphtheritis. — Gerber: Die sogenannte „Tornwaldt'sche Krankheit“ in Königsberg. — Murray: Behandlung des Myxoedem. — Bramvell: Behandlung der Psoriasis durch inneren Gebrauch des natürlichen Corpus thyroideum oder dessen Extract. — Godart und Kirschner: Die Diphtheritis in Belgien. — Moll: Behandlung der diffusen Pachydermie der Stimmbänder. — Le Double: Ueber abnorme Muskel und verschiedenartige Gestaltung der normalen Kehlkopfmuskel beim Menschen und der entsprechenden beim Thiere. — Moll: Ueber Larynxabscesse. — Luc: Kehlkopf-Epitheliom bei einem 23jährigen jungen Manne. Tracheotomie. Kehlkopf-Exstirpation. Sofortiges Recidiv in der Wunde. — Lavrand: Ueber die Ursache der Larynxpolypen. — Chappell: Eversion der Larynxventrikel und neue Behandlung derselben. — Audubert: Tertiäre Larynx-syphilis mit Stenose, durch progressive Dilatation gebessert. — Combe: Syphilis. Tertiäre Erscheinungen. Necrose der Maxillares superiores. Schleichender Verlauf. Unsichere Diagnose. Operation. Entfernung eines grossen Stückes der Maxillares superiores. — Dansac: Nervenleiden bei der tuberculösen Arytänoiditis. Pseudoneuroma im Larynx tuberculöser Natur. — Ferrand: Fall von primärem Lungensarcom; diagnostische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare. — Comby: Diagnostischer Werth des Ganglion supraclaviculare. — Collier: Reflexkrampf des Oesophagus bei Lebercarcinom. — Darzens: Ueber die Accumulatoren in der medicinischen Praxis.

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

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





Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofer (Prag), Docent Dr. Gempers (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurass (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Witzsburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfing (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weill (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

e. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER

e. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTTER

e. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2 $\frac{1}{2}$ 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. XXVIII.

Berlin, Juli 1894.

No. 7.

I. Originalien.

Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms.

Von

E. M. Stepanow, Privatdocent in Moskau.

(Nebst einer Tafel und vier Zeichnungen.)

Als Material folgender Untersuchung dienten zwei von mir im Alten Catharinen-Spital zu Moskau beobachtete Fälle von Sclerom. Einer dieser Kranken ging an Lungentuberculose zu Grunde und die vorgenommene Autopsie setzte mich in den Stand, alle afficirten Regionen einer sorgfältigen microscopischen Untersuchung zu unterziehen, wobei besondere Aufmerksamkeit den Veränderungen der Nasenhöhle zugewandt wurde.

Ausserdem verdanke ich der Liebenswürdigkeit meines Collegen, Dr. Boëff, einige Gewebstücke aus seinem Fall, die ich sowohl zur Gewinnung von Reinculturen der Sclerombacillen, als auch für die microscopische Untersuchung verwandte.

Der erste Fall. P. O. lag im Spital mehrmals; zuerst von August bis October 1886, dann von Juli bis August 1887, darauf von März bis August 1888 und zuletzt von Mitte October bis zum 6. December 1889, an welchem Tage Patient verstarb.

Das erste Mal constatirte man beim Kranken einen chronischen Schnupfen und polypöse Vegetationen der rechten Nasenhöhle (entfernt durch die Schlinge). Am Naseneingang war ein leichtes Eczem, durch die reichliche, dickflüssige, zu Borken eingetrocknete Secretion bedingt; so wenigstens suchte ich mir damals alle Erscheinungen von Seiten der Nase zu erklären. Im Larynx dieselben Borkenauflagerungen an den Rändern und unmittelbar unter denen der Stimmbänder, diffuse Schwellung derselben wie auch der hinteren Wand; Farbe der Stimmbänder dunkelroth. Das Ganze bot das exquisite Bild der Laryngitis sicca dar; am Isthmus faucium und Cavum pharyngo-nasale nichts Besonderes. Nach zweckentsprechender Behandlung wurde der Larynx borkenfrei; das Athmen, welches früher durch die Borken behindert gewesen, wurde leicht und die Stimme ziemlich rein; dagegen persistirten eine gewisse Verdickung der Stimmbändermucosa sowie auch der hinteren Wand.

Das zweite Mal trat der Kranke in einem viel schlechteren Zustand ein. Die Athembeschwerden waren jetzt durch die in ihrer ganzen Ausdehnung stark geschwellten Stimmbänder, vorzüglich ihres unteren inneren Abschnittes so bedeutend, dass man zur Erweiterung des Larynx durch englische Catheter schreiten musste.

Auch dieses Mal verliess der Kranke das Spital bedeutend gebessert, wenngleich nicht in dem Masse wie ehemals.

Zum dritten Mal liess er sich im März 1888 aufnehmen, wiederum wegen starker Athembeschwerden, Aphonie und Schnupfens.

Pat. stammt aus einem der Stadt Moskau nahe gelegenen Dorfe; in der Stadt seit seinem 11. Jahre; der Beschäftigung nach Bäcker; hat nie eine schwere Krankheit durchgemacht. Kurze Zeit (August 1886) vor seiner ersten Vorstellung im Spital will Pat. die ersten Erscheinungen von Seiten des Larynx und der Nase bemerkt haben. Luem negat.; auch waren nirgends irgend welche Anzeichen einer überstandenen zu constatiren.

Pat. ist von mittlerem Wuchs, kräftiger Constitution, stark entwickeltem Knochenbau, Musculatur und gut genährt. An den inneren Organen nichts Besonderes, es sei denn ein oberflächlicher, trockener Husten und vereinzelte, trockene, nicht immer nachweisbare Rasseln.

Nasenathmen unmöglich, weil die Nasenhöhle nahe am Eingange durch polypöse, beim Sondiren leicht blutende Vegetationen verlegt ist; Secret schleimig-eitrig, sehr zähe, trocknet leicht zu Borken ein; letztere bedecken die erodirte und nässende Haut des Naseneinganges.

Am Pharynx und Cavum pharyngo-nasale nichts Besonderes; mässige Larynxstenose; Epiglottis dunkelroth, am Rande verdickt, nach hinten geneigt und hufeisenförmig in transversaler Richtung gebogen; die Mucosa im Bereiche der Rima glottidis mit grau-weisslichen Borken, nach deren Entfernung die Schleimhaut stark gewulstet, dunkelroth erscheint. Die Stimmbänder von wallartig gewulsteter Form, bedingt durch Verdickung derselben unter der Schliessungslinie. Excursionen nach aussen stark beeinträchtigt; die stark gewulstete, grossfaltige hintere Wand erschwert ihre Annäherung bei der Phonation. Besichtigung der Trachea unmöglich.

Ordination: Pulverisiren und Tubage; Polypen durch die Schlinge entfernt; innerlich Jodkali.

Im Juni wird zuerst der wirkliche Character des Leidens vermuthet. Die microscopische Untersuchung (Dr. Nikiforoff) eines kleinen Gewebspartikels bestätigt vollkommen unsere Voraussetzung. Jetzt untersuchte man den Kranken von einem neuen Gesichtspunkte aus und es ergab sich allem zuvor eine gänzliche Abwesenheit irgend welcher Verhärtungen an den knorpeligen Theilen der Nase. Innen, etwa ein Centimeter vom Rande des Naseneinganges, an der äusseren Wand des Nasenknorpels bemerkte man eine gleichmässig verbreitete, dunkelroth gefärbte Verdickung, einer excoriirten Schleimhautstelle ähnlich, welche sich bis zu den vorderen Rändern der unteren Muscheln hinzog. Am Septum, am Naseneingange hatten die Decken ein weisslich sehnes Aussehen.

In der Tiefe der Nase rechts fand sich nichts Besonderes an der mittleren Muschel und dem sichtbaren Theil des mittleren Nasenganges. Links war die Besichtigung der tiefer liegenden Theile durch eine Verkrümmung des Septums erschwert.

Die Mucosa des Cavum pharyngo-nasale ist etwas injicirter und succulenter als normal. Zur bereits früher gemachten Beschreibung des Kehlkopfes ist nichts hinzuzufügen.

Gleich nach erfolgter Diagnose „Sclerom“ wurden durch beide Nasenlöcher möglichst grosse Gewebspartikel entnommen behufs Anfertigung microscopischer Präparate sowie auch zum Herstellen von Kulturen. Züchtungen auf Gelatine, Serum und Agar-Agar ergaben echte Kulturen von Frisch'schen Bacillen. Züchtungen sind wiederholt und auch später nach Ablauf einer gewissen Zeit angelegt worden. (Taf. Fig. 2).

Das Athmen durch die Nase wurde nach wiederholten Excisionen bei Weitem leichter; die Irritationserscheinungen der Haut am Naseneingang liessen nach. Die weitere Therapie bestand in Pinselungen der afficirten Partien mit 40–80procentigen Milchsäurelösungen.

Im Mai litt Pat. an einer durch Perforation der Membrana tympani complicirten Otitis purulenta dextra, von welcher er genes. Im August verliess er das Spital, um im October 1889 von Neuem einzutreten.

Der locale Nasenbefund war nicht schlechter geworden, am Naseneingang dieses Mal keine Eczemerscheinungen. Nasenathmen möglich, die Larynxstenose dagegen so stark, dass sie als wichtigstes Symptom hervortrat. Ganz wie ehemals auf den Stimmbändern eine Menge fest anhaftender Borken; hartnäckiger, trockener, stossweiser, oberflächlicher Husten.

Am 20. October mässige Hämoptoe. An den Lungen nirgends eine Dämpfung; das Athmungsgeräusch durch das Stenosengeräusch verdeckt. Am 21. October die Hämoptoe stärker; von nun an beginnt eine bis an's Lebende anhaltende Febris hectica; rascher Verfall der Allgemeinernährung; im Sputum spärlich Tuberkelbacillen. Haemoptoe trat noch ein Mal kurz vor dem Exitus auf; am 6. November verschied Pat. (24. a. n.).

Section am nächsten Tage durch Herrn Dr. Kolly ausgeführt.

Sectionsprotocoll: Schädelknochen von normaler Dicke, Dura leicht abziehbar; Hyperaemia durae matris; in den Sinus flüssiges Blut, geringes Hirnödem; beim Anschneiden der Pia Flüssigkeit reichlicher als normal; unbedeutendes Ventrikelödem; im 4. Ventrikel nichts Be-

sonderes. Arteria fossae Sylviae beiderseits etwas geschlängelt und sclerosirt. Die graue Substanz überall von der weissen gut differenzirbar.

Stand des Diaphragma rechts an der 4., links an der 5. Rippe; Lage der Baueingeweide normal. Beiderseits Pleuraadhäsionen; im Pericard etwas helle, seröse Flüssigkeit.

Linke Lunge vergrössert, consistenter; Pleuraoberfläche mit schwer abziehbaren Auflagerungen bedeckt, nach deren Entfernung man diffuse gelbliche, rundliche Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse sieht. Auf Durchschnitten ist die Lunge fast in ihrer ganzen Ausdehnung von zerstreut liegenden Knötchen durchsetzt; dieselben sind theils confluit und zerfallen, in Folge dessen sich Höhlen von Erbsen- bis Haselnussgrösse gebildet haben; im Bereiche des unteren Lappens eine bronchoectatische Caverne von der Grösse einer Haselnuss.

Rechte Lunge etwas kleiner, fühlt sich weich an, für Luft durchgängig; beim Ausdrücken tritt eine geringe Menge schaumiger Flüssigkeit hervor. Im Bereiche des unteren Lappens kleine Verdichtungen von der Grösse einer kleinen Cedernuss; am Durchschnitt von dunkelrother Farbe mit deutlich hervortretenden halbdurchsichtigen Knötchen, kleiner als ein Stecknadelkopf. In der Lungenspitze ein wallnussgrosser, sich derb anführender Knoten, der auf dem Durchschnitt käsig Massen in gut entwickeltem bindegewebigem Gerüst darstellt.

Speiseröhre frei, Mucosa blass, Epiglottisrand verdickt; die falschen Stimmbänder leicht ödematös, die wahren verdickt, blass-graulich, derb; hintere Wand stark verdickt, in Längsfalten, beim Anfühlen derb. Die Beweglichkeit der Aryknorpel bedeutend beschränkt. Die Trachealschleimhaut von grünlich brauner Farbe, theilweise erodirt und leicht zerreisslich; diese Veränderungen (Verdickung, Erosionen) trifft man an der ganzen Ausdehnung der Trachea bis zur Bifurcation.

Herz von normaler Grösse, linker Ventrikel contrahirt, rechter etwas dilatirt; Arterien der Oberfläche stark geschlängelt, Ostien durchgängig; auf den Aortenklappen kleine weissliche Excrescenzen, kleiner als Stecknadelköpfe; an den Mitralklappen ebensolche Auflagerungen, jedoch etwas grösser. Die Klappen der Tricuspidalis und der Pulmonalis bieten nichts Besonderes dar. Herzmuskel blass.

Milz stark vergrössert ($1\frac{1}{2}$ mal), dunkelroth, haftet leicht dem Messer an. Die Malpighi'schen Körperchen treten nicht stark hervor; Bindegewebe mässig entwickelt; Blutgehalt mässig (der Grösse nicht entsprechend).

Linke Nierencapsel schwer abziehbar, verdickt; Nieren von normaler Grösse; Corticalschicht verdünnt, blass; Pyramiden heben sich nicht deutlich ab; Kelche frei. Die rechte Niere von normaler Grösse, blass; Capsel adhärent, aber schwächer als links; Nierenoberfläche glatt; Corticalis ebenfalls verdünnt; Arterien auf dem Durchschnitt starr.

Mesenterialdrüsen stark vergrössert, nicht besonders derb; auf dem Durchschnitt von grau-weisslicher Farbe.

Dünndarm in der Nähe der Bauhin'schen Klappe stark hyperämisch und die Peyer'schen Plaques verbreitert; hier befindet sich ein silbernes Fünfkopekenstück entsprechend grosses Ulcus, das blos nur bis zur Muscularis reicht.

Die Mucosa des Magens verdickt, mit viel Schleim bedeckt, anämisch.

Leber etwas hyperämisch, auf dem Durchschnitt an den tieferen Schichten ein Anflug von Muscatnussleber.

Gallenblase nicht erweitert, mit gelber Galle gefüllt.

Harnblase dilatirt; Mucosa blass. Retroperitonealdrüsen vergrößert, auf dem Durchschnitt hyperämisch.

Der zweite Fall. M. Sch., Jude, 42 a. n., trat in's Spital am 1. September 1889. Pat. stammt aus dem Mohilew'schen Gouvernement; ohne bestimmte Beschäftigung. Die Schwellung der Nase will Pat. vor etwa sieben Jahren zuerst bemerkt haben. Pat. ist von hohem Wuchs, mittlerer Constitution, Allgemeiner-nahrung gut. Anzeichen einer überstandenen Lues lassen sich nirgends nachweisen; verheirathet und hat gesunde Kinder.

Der knorplige Theil der Nase ist gleichmässig vergrößert. Die Nasenspitze kolbenartig verdickt. Hautfarbe nicht verändert, aber die Haut stark gedehnt und glänzend; sie ist von kleinen venösen Gefässen durchfurcht, die nach verschiedenen Richtungen hinziehen.

Beim Befühlen ist die ganze knorplige Nase charakteristisch hart; Nasenflügel von derselben Härte; ein Andrücken derselben an das Septum narium ist rein unmöglich. Septum membranaceum stark verbreitert, hart und ganz unbeweglich. Gleich hinter den Nasenlöchern sieht man an den Nasenwänden und dem Septum eine dunkelrosa gefärbte, entblösste, dem Aussehen nach granulirende Masse, welche sich nach innen zu verdickt; sie verengt die Meatus der Nase und verleiht ihr eine trichterartige Form. Eine kleine Oeffnung befindet sich an der Spitze dieses Trichters und führt in die Nasenhöhle (beim Sondiren nachweisbar).

Uvula fehlt. Weicher Gaumen verkürzt, nach oben gerückt; die hinteren Bogen nach unten, liegen der hinteren Wand des Pharynx an. Bogen und Gaumen fühlen sich brethhart an. Das Einführen des Fingers in das Cavum pharyngo-nasale ist unmöglich, weil die Oeffnung in dasselbe eng, als auch in Folge der absoluten Undehnbarkeit des Gaumengewebes. An Stelle der Uvula, im Bereiche des anliegenden Gaumenabschnittes, im oberen Bezirk der linken Bogen und auch etwas auf den rechten befindet sich eine dem Anscheine nach granulirende Fläche, von einem blassen, flachen, narbenartig aussehenden Wall umgeben. Die Inspection des Cavum pharyngo-nasale ist unmöglich.

Kehlkopf unverändert. Das den Nasenlöchern entnommene Gewebe bestand fast durchweg aus Mikulicz'schen Zellen mit einer Masse Bacillen. Züchtungen ergaben echte Culturen der Frisch'schen Bacillen. Die Behandlung bestand in Pinselungen der Nasenlöcher mit Milchsäure-Lösungen. Wenngleich die Nasenlöcher auf diese Weise sich auch erweiterten, so trat doch allmählich eine Perforation der knorpligen Nasenscheidewand ein und die Nasenspitze senkte sich merklich nach unten.

Am 13. Januar 1890 verliess Pat. das Spital.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen der Nasenhöhle des ersten Pat.

Behufs ausführlicher Untersuchung wurde der fast die ganze Nasenhöhle (nebst den anliegenden Höhlen) enthaltende Theil des Schädels herausgesägt: das Cavum pharyngo-nasale mit den Tubae Eustachii und Gehörorganen, weicher Gaumen mit den Tonsillen und ein Theil der

hinteren Pharynxwand; desgl. Larynx und Trachea, leider nur bis zum VI. Knorpel incl. Die Gewebe wurden in 90° Alcohol gelegt, in welchem sie auch die ganze Zeit hindurch aufbewahrt wurden.

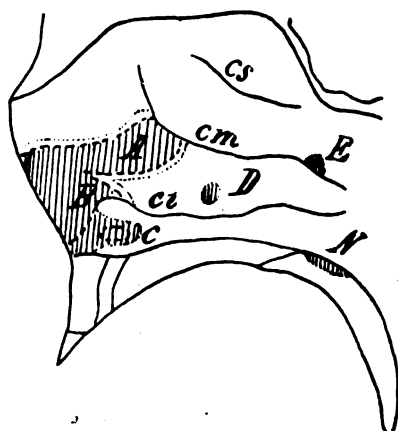
Fast der ganze knorpelige Theil der Nase musste an der Leiche zurückbleiben.

Beim Inspiciren der Nasenhöhlen am Spirituspräparate (verticale Durchsägung und nach Entfernung der Scheide) sah man in den vorderen Abschnitten einige weniger oder mehr bedeutender und tiefer Substanzverluste der Schleimhaut, rechts ausgedehnter als links.

Da es sich bei der späteren Untersuchung herausstellte, dass diese Defecte den am intensivsten vom specifischen Process befallenen Stellen entsprachen, so ist es angezeigt, auf ihre Vertheilung genauer einzugehen.

Der bedeutendste Defect der Schleimhaut der rechten Nasenhöhle nimmt den grössten Theil der äusseren Wand des Vestibuli nasi, Atri meati narium medii und des vorderen Abschnittes des mittleren Nasenganges ein (cfr. Fig. 1, das Bereich des Defectes A ist punctirt). Ein Theil des Defectes ist durch den vorderen, unteren freien Winkel der

I.



mittleren Muschel gedeckt; seine obere Grenze befindet sich nur wenige Millimeter vom Rande des Hiatus semilunaris entfernt. Dieser Defect ist am deutlichsten nach hinten und oben; im vorderen Abschnitte sind seine Grenzen nicht scharf ausgesprochen.

Der zweite kleine und oberflächliche Defect befindet sich auf der inneren Fläche des vorderen Endes der unteren Muschel und confluiert nach vorne mit dem ersten (Fig. 1 B).

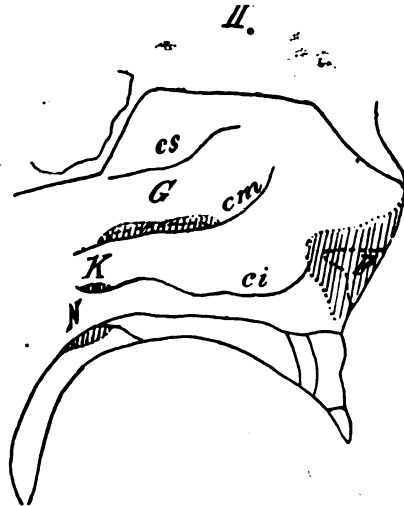
Der dritte hat seinen Sitz an der äusseren Wand des unteren Nasenganges; er ist von ovaler Form und sein Längsdurchmesser beträgt etwa 1 Ctm. Der vordere Theil, welcher sich fast unmittelbar unter dem vorderen Ende der unteren Muschel befindet, ist ziemlich tief mit untermirnten, steil abfallenden Rändern.

Endlich die letzte grosse und tiefe Erosion befindet sich am Septum, hauptsächlich im Bereiche der *Cartilago quadrangularis* (Fig. III *L*); sie zieht sich als gewundener Streifen nach oben und hinten, ihr hinterer, verbreiteter Theil (etwa 1 Ctm. im Durchmesser) überschreitet die Ausdehnung des Knorpels nach oben; im vorderen Abschnitte beträgt die Breite einige Millimeter, die Ränder derselben sind unregelmässig, gleichsam als ob abgerissen.

Schliesslich muss noch eines abgerundeten, am hinteren Ende der mittleren Muschel von der Grösse eines Hirsekorns sich befindlichen Knötchens gedacht werden (Fig. I *E*).

Die linke Nasenhöhle ist an zwei Stellen verengt: vorne durch die Krümmung der Knorpelscheidewand nach links; hinten durch einen nicht hohen conischen Vorsprung im hinteren Bereiche des Vomer.

Eine ziemlich grosse, nicht scharf conturirte Erosion liegt auf der Seitenwand der Vestibuli und vor dem vorderen Ende der unteren Muschel (Fig. II *F*).



Eine zweite schmale und lange Erosion nimmt den hinteren Abschnitt des freien Randes der mittleren Muschel ein (*G*).

Endlich eine dritte viel tiefere, aber kurze befindet sich am Septum ungefähr gegenüber dem vorderen Ende der unteren Muschel (Fig. IV *K*).

Der hintere Rand des Septums scheint nach unten etwas verdickt, wiewgleich diese Verdickung nicht die Grenzen der normalen Schwankungen in Bezug auf die Dicke dieses Abschnittes des Septums überschreitet (Fig. III *M*).

Die *Mucosa* des *Cavum pharyngo-nasale*, des weichen Gaumens, der Bogen und der Tonsillen bietet nichts von der Norm Abweichendes dar. Die *Tubae Eustachii* sind kaum für die geknöppte Sonde No. 3 der *Charrière'schen Scala* (in den *Isthmus*) durchgängig.

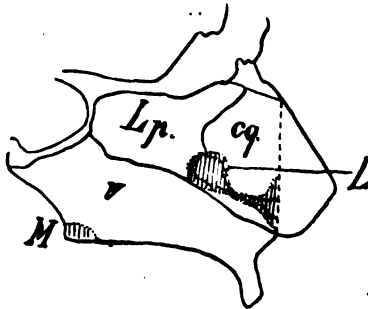
Die Nebenhöhlen (*Sinus maxillaris, frontalis, sphenoidalis*) sind frei von pathologischen Producten. Um nicht wiederum auf dieselben zurückkommen zu müssen, sei hier bemerkt, dass nach sorgfältiger macro- und microscopischer Untersuchung der Mucosa dieselbe vollständig frei von jeglichen Veränderungen befunden worden ist.

Man löste durch künstlich in den Wandungen der Höhlen angelegte Löcher die Mucosa vorsichtig in toto vom Knochen ab und beförderte sie nach aussen.

Beim Betrachten der halbdurchsichtigen, dünnwandigen Säcke im durchfallenden Lichte constatirte man auf ihnen minimale Verdickungen und Knötchen, die man ausschälte und einer sorgfältigen microscopischen Untersuchung unterzog; sie erwiesen sich als Gruppen von kleinen Drüsen; eine etwas grössere Verdickung in der Highmorshöhle als Cyst.

Nur durch systematische microscopische Untersuchungen vielfacher Schleimhautpartikelchen, die man eins nach dem andern im Bereiche der Choanen, Wandungen der einzelnen Nasengänge

III.



entfernt hatte, konnte man ein genaues Bild über die Vertheilung des pathologischen Processes in der Nasenschleimhaut gewinnen. Man verfuhr dabei wie folgt: ein gewisses Territorium der Mucosa wurde gewöhnlich von allen Seiten bis auf den Knochen in Form eines schmalen, langen Rechteckes mit scharfem Skalpell oder Rasirmesser abgeschnitten, vom Knochen abgelöst (das gelang immer leicht und fast stets ohne Beschädigung des Partikelchens) und alsdann auf gewöhnliche Weise in Celloidin eingebettet, oder (viel seltener) auf einem Gefriermicrotom zerkleinert. Man sah sich nie veranlasst, den darunterliegenden Knochen auszusägen und zu untersuchen, da der pathologische Process ausschliesslich sich auf der Mucosa bald oberflächlicher, bald tiefer localisirte und nie sich so weit vertiefte, dass man ein Uebergreifen auf den Knochen hätte constatiren können.

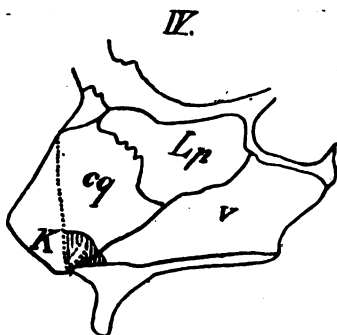
Die Schnitte wurden gewöhnlich mit Hämatoxylin tingirt, welches ja, wie bekannt, die Sclerom bacillen genügend färbt; auch kamen zur Verwendung Anilinfarben nach den verschiedensten Methoden, die von den Autoren in Vorschlag gebracht worden waren. Wir wollen gleich hier bemerken, dass in unserm Fall die besten Resultate mit der Löffler-

sehen Methylenblaulösung im Laufe von 24^h und vorsichtigem Entfernen des Farbenüberschusses durch schwache Essigsäure und dem Entwässern durch Alcohol erzielt wurden. Lag ein Präparat in der tingirenden Flüssigkeit nur kurze Zeit ($\frac{1}{2}$ —2^h), so vermied man sogar die Anwendung von absol. Alcohol, geschweige die der Essigsäure, weil wir uns überzeugt hatten, dass die kleinsten Microorganismen und selbst die Kapseln der grösseren oft bei diesem Verfahren entfällt wurden.

Bei der microscopischen Untersuchung fand man:

1) dass die specifischen Infiltrate in der Nasenschleimhaut in Form von isolirten Herden verschiedener Grösse hauptsächlich in den vorderen und hinteren Abschnitten der Nase localisirt, eingestreut lagen;

2) dass alle oben angeführten Defecte und Erosionen — Defecte und Erosionen einer specifisch infiltrirten Schleimhaut darstellen und bis zu einem gewissen Grade durch die Localisation, die Verbreitung der Infiltrate bestimmen. An Stellen, wo die Erosionen im Be-



reiche der eigenen Schleimhaut zu liegen kommen (mit Flimmerepithel bedeckt), überschreiten die Infiltrate sehr wenig die Grenzen der Erosionen; an den vordersten Theilen der knöchernen Nase, wo dieselbe mit mehrschichtigem Epithel bedeckt ist, nehmen die Infiltrate eine viel grössere Ausdehnung ein, als die ihnen entsprechenden Erosionen (cfr. Fig. I—IV).

3) dass es kleine Infiltrate der Mucosa gebe, welche mit unbewaffnetem Auge nicht sichtbar und nur durch das Microscop festgestellt worden sind.

In beiden Nasenhöhlen betraf die specifische Affection nur die unteren und mittleren Nasengänge, die untere und mittlere Muschel sowie auch das Septum narium. Die oberen Gänge und Muscheln blieben frei.

Die grössten Infiltrate befinden sich zu beiden Seiten, am Eingang in die knöcherne Nase, im Vestibulum des mittleren Nasengangs, zum Theil in ihm selbst (Fig. II F, Fig. I A, B, C), sowie auch am Septum cartilag. der Nase (Fig. III und IV K L). Der untere Nasengang ist nur rechts und in geringer Ausdehnung betroffen.

Die kleinen Infiltrate liegen am hinteren Ende der mittleren Muscheln (Fig. I E und Fig. II G), am hinteren Theil der linken unteren Muschel (Fig. II H) und im rechten mittleren Nasengang (Fig. I D). Das Infiltrat G zieht sich als schmales Streifchen fast bis zur Hälfte der linken mittleren Muschel und stellt eine lange, macroscopisch sichtbare Erosion dar. Das Infiltrat E tritt deutlich als knotenförmige Verdickung der Mucosa hervor. Die beiden übrigen Infiltrate (D und H) fand man nur bei microscopischer Untersuchung der betreffenden Abschnitte der Mucosa.

Bemerkenswerth ist der Umstand, dass die vorderen Enden der beiden mittleren Muscheln nicht ergriffen waren, trotz der unmittelbaren Nähe der grössten Scleromherde.

Man studirt am bequemsten den microscopischen Bau der Infiltrate, wenn man mit den kleinsten, an den hinteren Theilen der Muscheln sich befindenden beginnt, da eben sie dem Initialstadium des Scleroms entsprechen.

Bei geringer Vergrößerung sieht man, dass diese Infiltrate aus eng gehäuften, rundzelligen Elementen, die unmittelbar unter dem Epithel die obere Schicht der Mucosa einnehmen, bestehen. Die Dicke der kleinen Infiltrate schwankt von $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Mmtr. (cfr. Tafel, Fig. 7 ii). Im Centrum sind sie gewöhnlich am dicksten; zur Peripherie hin verjüngen sie sich allmählig, indem sie in das normale oder leicht infiltrirte Gewebe der Mucosa übergehen. Die untere Grenze der Infiltrate ist ziemlich deutlich ausgesprochen, wengleich man sie nicht als scharf conturirt bezeichnen kann. Das ursprüngliche Gewebe der Mucosa ist vollständig durch das Infiltrat ersetzt; nur an peripherischen Theilen sieht man zuweilen Drüsenüberbleibsel in Form von einzelnen Acini oder Ausführungsgängen.

Die peripherischen Abschnitte des Infiltrats sind mit fast normalem Flimmerepithel bedeckt, ausgenommen das Auftreten von Vacuolen hier und da in den Epithelzellen. Je näher dem Centrum, desto dünner wird die Epithelschicht, veranlasst durch ein Kürzerwerden der Epithelzellen, wobei das Protoplasma sich allmählig trübt.

Die Flimmerzellen verlieren ihre Härchen, werden oval, runden sich ab oder werden auch fast spindelförmig, gleichsam abgeplattet; unter ihnen sieht man runde Zellen, polynucleare Leucocythen, zuweilen Zellen, die an epithelioide erinnern.

Das Centrum ist oft epithelfrei, wobei oft sogar die oberflächlichen Zellen und ganze Schichten des Infiltrates selbst untergehen.

Im ersten Fall traf man auf der entblösten Oberfläche des Infiltrats stellenweise kleine Inselchen veränderten Epithelüberzuges an; die unversehrt gebliebenen entsprachen den Ausführungsgängen der zerstörten Drüsen. Das Infiltrat ist stellenweise nur mit einer Schicht von Zellen, die sehr ähnlich den Ersatzzellen aussehen, bedeckt. Zuweilen beobachtete man, dass, je näher dem Centrum, das Cylinderepithel sich ziemlich rasch in mehrschichtiges, dem mehrschichtigen Pflasterepithel ähnliches verwandelte.

Die Reste des Epithelüberzuges und die runden Zellen des Infiltrats sind stellenweise so eng mit einander vermischt, dass man sie unmöglich von einander trennen kann.

Den wesentlichen Bestandtheil der Infiltrate bilden die rundzelligen Elemente, dann Zellen mit Bacterien, sogen. Mikulicz'sche Zellen, freie Gruppen von Bacterien, hyalin degenerirte Zellen und hyaline Körper.

Der grösste Theil der zelligen Elemente nähert sich seinen Eigenschaften nach den epithelioiden Zellen, zwischen ihnen liegen eingestreut ziemlich viel kleine runde Zellen mit intensiv und gleichmässig tingirten Kernen und spärlichem Protoplasma. Ziemlich häufig findet man zellige Elemente mit eigenthümlicher Vertheilung des Chromatins: hart an der Peripherie des Kerns sind 1, 2, 3 und 4 stark tingirte, mehr oder weniger regelmässige Halbmonde zu sehen.

In der unteren Peripherie des Infiltrats, im Bereiche des ursprünglichen Bindegewebes, trifft man in ziemlich grosser Menge spindelförmige Elemente mit spindelförmigen Kernen verschiedener Grösse an.

Das ursprüngliche Gewebe ist im Centrum durch das Infiltrat ganz ersetzt. Massenhafte Capillaren durchziehen dasselbe nach verschiedenen Richtungen; in kleinen Infiltraten verlaufen die Gefässe meistens senkrecht zur Oberfläche; die derselben am nächsten gelegenen übertreffen die normalen um das 3—4fache an Breite und strotzen von Blut; dagegen sind die Capillaren an der Basis des Infiltrats fast immer von gewöhnlichem Kaliber. Niemals traf man irgend welche Veränderungen an den Zellen der Gefässwandungen und zwar keine Mitose (an den Spiritus-Präparaten) an.

Arterien und Venen etwas grösseren Kalibers findet man sehr selten in den Infiltraten jüngeren Ursprungs; die Adventitia der Gefässe ist gewöhnlich stark infiltrirt.

Im Centrum des Infiltrates waren keine Drüsen anzutreffen; an der Peripherie weniger oder mehr zurückgebliebene Reste derselben — einzelne Acini, Ausführungsgänge; die der äussersten Grenze der Peripherie zunächst liegenden Drüsen waren noch heil, nur dass im Zwischengewebe derselben die Infiltration bereits begonnen hatte.

In der Vertheilung Mikulicz'scher Zellen des Infiltrates zeigt sich eine gewisse Regelmässigkeit; sie liegen in den oberflächlichen (sub-epithelialen) Schichten oft dicht an einander gedrängt, nur hie und da durch Zwischenschichten von runden Zellen längs der Capillaren getrennt. Ihre Zahl ist, im Gegensatz zur Winzigkeit der Infiltrate selbst, sehr gross. In den tieferen Schichten des Infiltrats trifft man die Mikulicz'schen Zellen und freien Häufchen von Bacillen vereinzelt, selten zu Gruppen geordnet an; überhaupt ist ihre Zahl nach der Peripherie und Tiefe hin stark vermindert. Einzelne Gruppen derselben jedoch konnte man nahe der untersten Grenze der Infiltrate antreffen.

Hyalin degenerirte Zellen und Haufen hyaliner Kugeln sind ziemlich selten. Endlich sind hie und da unbedeutende Ablagerungen von Blutpigment anzutreffen.

Das nächste, spätere Entwicklungsstadium des Scleröms sind Infiltrate mit oberflächlichen Substanzverlusten, welche mit blossem Auge sichtbar sind. Solchen Characters sind die Infiltrate *G* (Fig. II), die hinteren Abschnitte *C* und *A* (Fig. I) und zum Theil *J* (Fig. III), d. h. diejenigen Abschnitte derselben, welche im Bereiche der mit Flimmerepithel bedeckten Mucosa liegen (Taf., Fig. 9).

Was die Erosionen und Ulcerationen auf der Oberfläche der genannten Infiltrate betrifft, so muss gleich hier bemerkt werden, dass bei ihrer Entstehung eine nicht unbedeutende Rolle die anhaltenden Pinselungen mit conc. Milchsäurelösungen, noch mehr aber die wiederholten Entfernungen von Gewebspartikeln in den vorderen Abschnitten der Nase gespielt haben.

Aber selbst an den ersten Gewebspartikeln, also noch vor der Behandlung mit Milchsäure, war das Epithel bloss an den Randpartieen anzutreffen, mithin fehlte der Epithelüberzug schon damals am afficirten Gewebe. Die Erosion im Verlaufe des Randinfiltrates an der linken mittleren Muschel (*G*) ist nicht das Resultat unserer Eingriffe, weil bei Lebzeiten des Pat. man hier an eine spezifische Affection nicht dachte und andererseits das Vordringen in diese Region in Folge der bedeutenden Verengerung des linken Nasenganges durch den stark entwickelten Vorsprung am Septum unmöglich war. Dasselbe gilt auch von der Erosion *C* im Bereiche des rechten unteren Nasenganges, denn sie war von oben und vorn durch den vorderen Rand der unteren Muschel gut geschützt.

Diese Infiltrate sind von grösseren Dimensionen, wobei sie mehr in die Tiefe der Mucosa als die der ersten Kategorie eindringen. Uebrigens herrscht keine Proportionalität zwischen der Flächen- und Tiefen-Ausdehnung der Infiltrate, mit anderen Worten, die Vergrösserung greift hauptsächlich in die Breite und nicht in die Tiefe.

Die Erosionen sind hier nicht nur durch Zerstörung der Epithel-, sondern zum Theil auch der oberflächlichen Schichten des Infiltrats selbst entstanden und können somit als scleromatöse Ulcerationen bezeichnet werden. Ihre Ränder überragen mehr weniger das Niveau des Ulcerationsgrundes, welcher durch Infiltrationsüberbleibsel gebildet wird. Zuweilen bestand dieser letztere nur aus der unteren Grenzschicht, dessen rundzellige Elemente zwischen den Fasern des an spindelförmigen Elementen reichen Bindegewebes eingelagert waren; diese so wie auch Uebergangsformen zwischen ihnen und den runden konnte man hier ziemlich häufig antreffen. Mikulicz'sche Zellen und Bacillenhäufchen waren hier in geringer Zahl. Solche Bilder boten der Defect *L* an der Nasenscheidewand und die centralen Partieen des Defects *A*, welche am meisten den Eingriffen ausgesetzt gewesen (Pinselungen mit Milchsäure, zum Theil Entfernung von Gewebspartikeln), dar. In den Infiltraten *G* und *C* bestand die entblösste Oberfläche stellenweise durchweg aus Mikulicz'schen Zellen.

An einigen Stellen der Infiltrate *A*, *B* und *L*, hauptsächlich an den Rändern, war die übrig gebliebene Schicht noch ziemlich dick und an der Oberfläche mit Mikulicz'schen Zellen und Bacillenhäufchen reichlich besät. Die tiefen, unter den Infiltraten der ersten Kategorie fast unveränderten Schichten der Mucosa waren hier an vielen Stellen vom Process stärker ergriffen (cfr. Taf. Fig. 9). So stiess man hier auf ziemlich viel zerstreut liegende spindelförmige Elemente; hier zogen nach verschiedenen Richtungen schmale lange Streifen eines rundzelligen Infiltrats längs der Capillaren; hier und da inselförmige Häufchen von runden Zellen; einzelne Bindegewebsbüschel drangen mehr weniger tief von unten nach oben in das Infiltrat selbst ein.

Die hier verlaufenden kleinen Arterien und Venen waren von dichten Haufen runder Elemente, welche die Adventitia und Media infiltrirten, umgeben.

Auf Drüsen stiess man selten an der Peripherie in Form von Resten der Ausführungsgänge oder einzelner Acini mit gut erhaltenem Epithel (cfr. Taf. Fig. 9). An den Drüsen der noch gesunden Umgebung sah man Beginn der Infiltration des intraacinösen Bindegewebes.

Hyalinmassen traf man hier etwas mehr als in den vorhergegangenen an.

Im Bereich des knöchernen Naseneinganges, von wo man wiederholt Gewebstücke herausgeschnitten hatte, blieb vom specifischen Infiltrat, und auch nicht überall, blos die untere Grenzschicht übrig.

Die tiefen Schichten haben hier das Aussehen einer massiven, bindegewebigen Verdickung, welche durch Zwischenlagen von Infiltraten den Capillaren und kleinen Gefässen entlang durchfurcht wird; hier und da trifft man in der Tiefe ziemlich grosse Herde von rundzelligen Elementen. Adventitia und Media der kleinen Arterien und Venen sind stark infiltrirt.

Zu beiden Seiten des Septums befanden sich verhältnissmässig ziemlich tiefe, aber schmale scleromatöse Defecte; die Ränder derselben schienen oft unterminirt und überragten den Defectgrund.

Auch in diesem Fall entstanden die Ulcerationen durch Schwund des Epithels und der oberflächlichen Infiltratschichten; allem Anscheine nach war dies hauptsächlich bedingt durch die Milchsäure-Pinselungen (vom Septum waren keine Gewebspartikelchen entfernt worden). Es scheint, als ob das Plattenepithel den infiltrirten Partien viel adhärenter anhaftet, sich langsamer und nicht in so grossen Dimensionen abstösst, als das Flimmerepithel an der Schleimhaut; deshalb ist die Verbreitung der Infiltration jenseits der Ulcerationsränder viel weiter als auf der Mucosa.

Das Epithel der Defectränder unterscheidet sich nur dadurch vom normalen, dass zwischen seinen Zellen auch mono- und polynucleäre Leucocythen vorkommen. Betrachtet man den Geschwürsgrund dieses Abschnittes, besonders an den steil abfallenden Rändern, so stösst man zuweilen auf eine solche grosse Menge von Bacillen, frei und in Zellen eingebettet, wie wir nur selten in den Erosionen der früheren Gruppe anzutreffen Gelegenheit hatten.

Die nach Angabe vieler Autoren stärkere Entwicklung intrapapillärer Epithelialzapfen war in unserem Falle nur schwach ausgesprochen.

Es muss mit einigen Worten nur eines einzigen kleinen, an dem hintern Rande der rechten mittleren Muschel befindlichen geschwulstartigen Infiltrats gedacht werden. Das Epithel bietet alle die früher bereits angeführten Veränderungen der Zellen dar, es ist überall erhalten geblieben, stellenweise macht es den Eindruck, als ob es aus einer Schicht Ersatz-Zellen bestehe. Die obere Schicht des Gewebes selbst zeichnet sich erstens durch die reiche Fülle prächtig entwickelter Mikulicz'scher Zellen, zweitens durch eine bedeutende Menge von Capillaren aus; kleine Arterien und Venen trifft man hier häufig an, sie liegen zwischen dicht gehäuften Massen runder Zellen, welche die Adventitia derselben infiltriren. Wenngleich das Infiltrat von geringer Ausdehnung und allem Anscheine nach erst kurz entstanden, so findet man doch in seinen unteren Abschnitten viele dicke, in die Tiefe eindringende Bindegewebsbüschel.

Das Cavum pharyngo-nasale. Die bereits oben angeführte unbedeutende Verdickung im Bereiche des hinteren Randes des Septum narium erwies sich als Scleromherd und hing unmittelbar mit dem Infiltrat am weichen Gaumen zusammen, weshalb auch hier von ihm die Rede sein soll.

Das Infiltrat nimmt den hinteren unteren Rand des Septums in einer Ausdehnung von 5—6 Mm. ein und überschreitet etwa 3 Mm. die rechte Seite des Septums (in der rechten Nasenhöhle). Seine Hauptmasse befindet sich in der Dicke des fibrösen Gewebes und ist vom Epithel durch eine unbedeutende Schicht desselben separirt. Das ursprüngliche Gewebe ist bei weitem nicht vollständig durch das Infiltrat ersetzt, denn zahlreiche gewundene Büschelchen und grössere Büschel des Gewebes dringen in die Dicke des Infiltrats ein und zwar fast immer parallel der freien Oberfläche der Mucosa. In ihm befinden sich eine grosse Menge Mikulicz'scher Zellen und Gruppen freier Bacillen, die in der Mitte ziemlich gleichmässig vertheilt sind. Von diesem Hauptinfiltrat dehnen sich nach hinten, parallel der Oberfläche des weichen Gaumens, im Bereiche der Schleimhaut und der fibrösen Schicht, Zellen-Zwischenschichten bald mehr, bald weniger weit aus. Hier findet man stets ein Capillargefäss, eine kleine Arterie oder Vene, denen entlang sich runde Zellen ablagern; am allermeisten nach hinten erstreckt sich die oberflächlichste subepitheliale Schicht; letztere ist sehr dünn, stellenweise fast unterbrochen, stellenweise wird sie jedoch dicker und sendet in die Tiefe Sprösslinge, die wiederum ihrerseits dünne Bälkchen nach hinten und vorne, der Gaumenoberfläche parallel, von sich schicken.

Das Infiltrat, welches an der vorderen Grenze der oberen Gaumenschicht der Drüsen endet und sogar einen Theil der nächstliegenden ergreift, zieht sich nach hinten bis etwa 1 Ctm. von der Basis des Septums und erreicht nicht den Eingang in die Tubae Eustachii. Links von der Medianlinie ist die afficirte Gaumenoberfläche etwas kleiner als rechts. Unweit von der hintern Grenze des Infiltrats stösst man vorzüglich auf Mikulicz'sche Zellen, die hauptsächlich sich in der oberflächlichen Schicht befinden, aber auch in den tieferen Regionen anzutreffen sind. (Tafel, Fig. 4 bb — Fundorte der Bacillen.)

Der übrige Theil der oberen und unteren Fläche des weichen Gaumens, die Bogen, Tonsillen und die hintere Pharynxwand bieten keine Abweichungen dar.

Unberührt vom specifischen Process sind das Gewölbe des Cavum paryngo-nasale, die Luschka'sche Drüse und die Rosenmüller'schen Gruben geblieben.

Die Tubae Eustachii sind in ihrer ganzen Ausdehnung vom Ostium tympanicum bis zum Ostium pharyngeum, sowie auch die Schleimhaut der Paukenhöhlen und die Membranae tympani untersucht worden. In den Paukenhöhlen fand man Ueberbleibsel eines Exsudats in Form einer schmierigen Masse, das sich als Detrit erwies. In der Mucosa des Cavum tympani (auf der Membran und inneren Wand) fand man hier und da Subepithelial-Streifen eines rundzelligen Infiltrats; Bacillen und Mikulicz'sche Zellen waren weder hier noch auf der Mucosa der Tubae Eustachii anzutreffen.

(Schluss folgt.)

* * *

Erklärung der Abbildungen.

- Fig. 1. Horizontalschnitt der hinteren Larynxwand.
e — mehrschichtiges Plattenepithel; *e'* — Querschnitte der Epithelzapfen; *vv* — Venen; *g* — Drüsen; *c* — Knorpel.
Gefärbt mit Hämatoxylin; Vergrößerung = 15.
- Fig. 2. 3tägige Kultur von Sclerombacillen auf Agar-Agar. Tingirt mit einer wässrigen Gentianalösung, entfärbt durch Nelkenöl (nach Mibelli).
Vergrößerung = 750.
- Fig. 3. Frontalschnitt durch die Mitte des linken Stimmbandes bis zum Niveau des ersten Trachealknorpels.
a — Arterien; *v* — Vene; *e* — Epithel, das vom subepithelialen Infiltrat *i* durch eine zickzackartige Linie getrennt ist; *i'* — inselartige Infiltrate im neugebildeten fibrosen Gewebe zwischen dem Muskel *m* und dem Winkel des Stimmbandes (oberes *e*); *d* — Drüsenausführungsgänge; *g* — infiltrierte Drüsen.
Färbung mit Hämatoxylin. Vergrößerung 15.
- Fig. 4. Infiltrat der Oberfläche des weichen Gaumens.
e — mehrschichtiges Plattenepithel; *i* — Sclerominfiltrat; *b**b* — Mikrobenfindungsorte; *m* — Muskel.
Tingirt mit Safranin. Vergrößerung = 60.
- Fig. 5. Mikulicz'sche Zellen.
a, *b*, *c*, *d*, *e* und *f* — Anfangs-, *g* und *h* — spätere Entwicklungsstadien Mikulicz'scher Zellen.
Zellen von *a* — *h* mit Methylenblau tingirt; *k* mit Carbolgentiana, in welcher letzterer die Microben mit den Kapseln gefärbt sind.
Vergrößerung = 500.
- Fig. 6. Hyalin degenerierte Zellen — *a*, *d*, *e* und *f*; *b**c* — freie Hyalinschollen; *a* mit Hämatoxylin und Carbofuchsin gefärbt (nach Gram). *b* mit Carbolgentiana (nach Gram); *c* — *f* mit Löffler'scher Methylenblaulösung. Alle mit Ausnahme von *b* enthalten Bacillen oder Coccen.
- Fig. 7. Infiltrat der Mucosa des hinteren Randes der linken unteren Muschel.
e — Epithel; *i* — Sclerominfiltrat; *g* — Drüsen; *v* — Venenspalten.
Tingirt mit Hämatoxylin. Vergrößerung = 30.
- Fig. 8. Scleromgewebe (aus der Höhle der knorpeligen Nase des zweiten Kranken). Reichliches Vorhandensein Mikulicz'scher Zellen von allen möglichen Formen und Dimensionen.
c — Capillare.
Präparat aus Osmiumsäure, tingirt mit Hämatoxylin. Vergr. = 500.
- Fig. 9. Stück der Erosion der infiltrierte Mucosa aus dem rechten unteren Nasengang.
e — Epithel: *e'* — abgestossenes Epithel und Schleim; *g* — unveränderte, *g'* — sich in Zerstörung befindliche Drüsen (höher — Reste von Drüsen und Ausführungsgänge), *a* — Arterien; *er* — Erosion.
Gefärbt mit Hämatoxylin. Vergrößerung = 30.
- Fig. 10. Bacillen in Vacuolen des Flimmerepithels.
e — Flimmerepithelschicht; *vc* — Vacuolen ohne Bacillen; *v'**c'* — Vacuolen mit Bacillen; *Mc* — Mikulicz'sche Zellen in der Mucosa.
Tingirt mit Löffler'scher Methylenblaulösung. Vergr. = 750.
- Fig. 11. Aus dem Subepithelialinfiltrat des Larynx. Mikulicz'sche Zellen mit sehr kleinen Bacillen.
Tingirt mit Carbol-Gentiana, entfärbt mit stark verdünnter Essigsäure und Alcohol. Vergrößerung = 500.
- Fig. 12. Scleromgewebe aus einem alten Knoten des Nasenflügels. Zwei Vacuolen mit kapseltragenden Bacillen; freie Bacillen zwischen den Zellen.
h — hyalin degenerierte Zelle.
Gefärbt mit Carbol-Fuchsin. Vergrößerung = 500.

Alle Figuren (mit Ausnahme von 1 und 4) sind von mir unter Leitung des Herrn Prof. Dr. E. Ziegler, welchem ich hiermit für liebenswürdige Durchmusterung der Präparate meinen wärmsten Dank ausspreche, angefertigt worden. Fig. 2, 6 und 8 befinden sich in der VII. Auflage seines Lehrbuches.

Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand.

Von
C. Ziem.

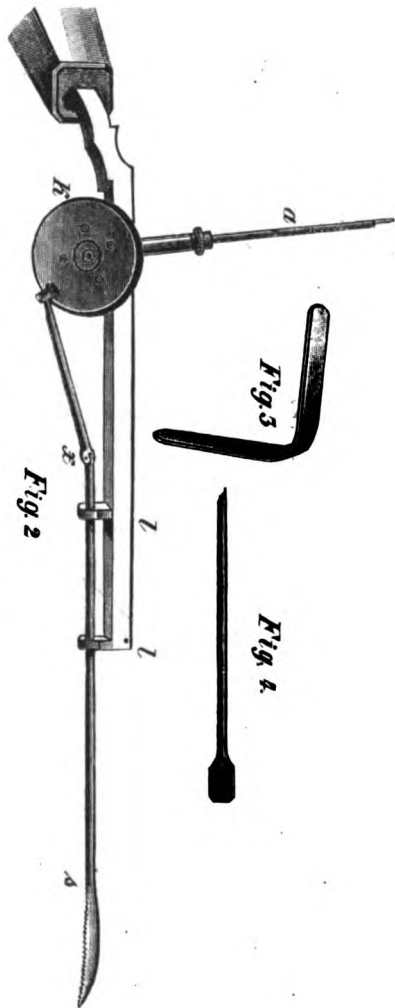
„M. H.! In No. 10 der Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1881 findet sich eine Arbeit von C. Astier in Paris über Behandlung der Verengungen der Nase, in welcher zur Beseitigung hypertrophischer Nasenmuscheln in ihrer Gesamtheit und besonders auch von Verbiegungen und Vorsprüngen der Nasenscheidewand die Anwendung der Rotationsmaschine der Zahnärzte empfohlen wird. Und zwar hat Astier eine in einer Art Gabel angebrachte Kreissäge von 4—10 Mm. Durchmesser mit der Rotationsmaschine in Verbindung gesetzt, in der Art, dass wenn eine auf die Spirale des Umlaufs aufgesetzte Scheibe sonst in der Frontalebene sich dreht, dieselbe jetzt durch eine des Näheren nicht geschilderte Uebertragung in der Sagittalebene sich bewegt. Nach Cocainisirung der Nasenschleimhaut setzt man, bei guter Beleuchtung natürlich, die Säge an den zu beseitigenden Vorsprung auf und drückt sie immer tiefer in die Nasenhöhle hinein, so lange man noch einen Widerstand fühlt. Die Operation dauert nur ein paar Sekunden und empfiehlt sich besonders wegen dieser gegenüber den bisherigen Verfahren so ausserordentlichen Schnelligkeit. Unter mehr als 200 Operationen ist nur einmal ein ernsterer Zwischenfall, eine stärkere Blutung, und zwar bei einem Hämophilen aufgetreten, sonst wurde nur einige Male über kurzdauernde Schmerzen in den Schneidezähnen geklagt.“

Diese Mittheilung hat mich meinerseits besonders auch darum interessirt, weil ich eine mit der Rotationsmaschine in Verbindung gesetzte Säge zur Beseitigung von Auswüchsen und Verdickungen der Nasenscheidewand bereits seit längerer Zeit selbst anwende. Die erste Operation der Art, die aus einem später anzuführenden Grunde allerdings nicht vollendet wurde, habe ich am 24. März 1891 bei einem 5jährigen Kinde gemacht. Ein sehr guter Erfolg wurde dann im Mai 1891 bei Fräulein W. erzielt, welche Herr San.-Rath Lissner in Kosten bei Posen mir gütigst überwies und bei welcher ausser einer sehr bedeutenden Eiterung der linken Oberkieferhöhle eine fast vollständige Versperrung des linken Naseneingangs bestand durch eine Echondrose des vorderen Abschnitts des Septum. Abgesehen von anderen Fällen der Art ist die Säge noch in diesen Tagen bei einem Kranken aus der Praxis des Herrn Collegen Dr. Feege in Marienwerder mit gutem Erfolge angewendet worden, bei welchem durch Einbiegung des knorpeligen Nasenseptum die linke Nasenhälfte fast vollständig undurchgängig war.

Das von mir benutzte Instrument ist etwas anders construirt, als das von Astier empfohlene und die Herren Fabrikanten Hahn und

Löchel¹⁾ haben mir auf meinen Wunsch, eine durch die Rotationsmaschine zu treibende Säge anzufertigen, ein wirklich sehr ingenieures Instrument geliefert unter Benutzung der bei der Nähmaschine verwerteten Uebertragung. Es ist nicht eine Kreissäge, sondern eine in horizontaler Richtung wirkende Sticksäge, die mittels Bajonnetverschlusses durch den Stift *a* an die Spirale des Umlaufs angesetzt wird (Fig. 2²⁾). Der Stift steht an seinem anderen Ende mit der Kreisscheibe *k* in fester Verbindung, so dass dieselbe die Drehungen des Stiftes mitmacht. An der sagittal stehenden Scheibe sind 5 excentrisch und in je $4\frac{1}{2}$, 5, 6, 7 und 9 Mm. Abstand vom Centrum gelegene Löcher angebracht, in welche die bei *x* knieförmig gegliederte und durch das Lager *ll* in sagittaler Richtung geführte Säge *s* eingeschraubt wird. Wird die Säge in das am meisten peripherisch gelegene Loch befestigt, so ist ein Ausschlag von 18 Mm. gegeben; wird sie in das nächst dem Centrum gelegene Loch befestigt, ein Ausschlag von 9 Mm. Durch Modificationen in dem Durchmesser der Kreisscheibe und der Länge der Säge können natürlich die verschiedensten Combinationen dargestellt werden und es ist sehr möglich, dass für diesen oder jenen Fall eine Aenderung im Grössenverhältniss der einzelnen Theile wird vorgenommen werden müssen.

Mit diesem Instrumente kann man nun eine Ecchondrose oder Exostose oder eine Verbiegung der Nasenscheidewand mit der allergrössten, mit geradezu erstaunlicher Geschwindigkeit abtragen, indem man nach Anästhesirung der Nase, bei guter Beleuchtung, am einfachsten bei direct auffallendem Sonnen- oder hellem Tageslicht und nach Einführung eines Nasentrichters oder auch nach Abziehen des Nasenflügels mittels



¹⁾ Danzig, Langgasse; Preis der Säge 30 Mk.

²⁾ Den Holzstock verdanke ich der Güte des verstorbenen Geh. Rath S. Guttman. Mein jetziges Modell ist allerdings etwas verändert (s. unten), doch habe ich davon abgesehen, einen neuen Holzstock anfertigen zu lassen.

eines platten Hakens, an den zu entfernenden Vorsprung mit der Säge herangeht, letztere fest aufsetzt und von einem geeigneten und mit einem guten Fussgelenk begabten Gehilfen, einem flotten Tänzer oder einer flotten Tänzerin, den Trieb nun in schnelle Bewegung setzen lässt. Während aber Astier im Falle einer Blutung die Operation unterbricht, um die Nase zeitweise zu tamponiren, ein Verfahren, das unter Umständen doch recht langwierig werden dürfte, kann man unbekümmert, ob es so oder so stark blutet und ob man das Operationsfeld der Blutung wegen vollkommen übersieht oder nicht, die Operation ruhig vollenden, sofern man eine schmale, rechtwinklig gebogene Metallplatte (Fig. 3), deren ich von 2,5—6,0 Ctm. Länge und von 2—10 Mm. Breite besitze, unter den zu entfernenden Vorsprung gleich von Anfang untergeschoben hat, so dass man auf die Platte lossägen kann. In Ermangelung solcher Platten hat in meinem ersten Falle die Operation so nicht vollendet werden können. Für den Fall, dass ein Rest des Vorsprungs stehen geblieben und mit der Säge nicht mehr zu fassen sein sollte, kann man denselben entweder mittels des Galvanocauters zerstören oder, wieder unter Benutzung des Umlaufs, auch abfeilen (Fig. 4), natürlich unter Schützung der gegenüberliegenden Theile, so wie ich das vor mehreren Jahren und ehe eine einschlägige Mittheilung von G. Sandmann noch erschienen war, öfters gemacht habe. Nach der Operation lege man Streifen von Jodoformgaze oder dergl. ein, um jede Verwachsung der operirten mit einer gegenüberliegenden Stelle zu hindern, da Neigung zu einer solchen manchmal vorhanden ist.

Mit Astier glaube ich, dass das Absägen der Verbiegungen und Auswüchse der Nasensecheidewand, sei es nun mit der Kreissäge, sei es mit der Stichsäge, andere, durch das Auftreten von Blutungen manchmal recht umständliche Verfahren verdrängen wird. Was insbesondere noch die neuerdings viel geübte Abtragung mittels so oder so geformter Meissel betrifft, so habe ich durch die Güte des Herrn Collegen Brügelmann in Paderborn Anfangs 1891 eine Kranke aus unserer Provinz gesehen, bei welcher durch die anderwärts ausgeführte, 1 $\frac{1}{2}$ Stunden dauernde und mit starker Blutung verbundene Meisseloperation die Nase zwar frei geworden, zugleich aber auch eine Perforation des Septum in der Grösse eines 20 Pfennigstückes zu Stande gekommen ist. Auch bei Operation mit der Säge könnte unter Umständen, besonders in dem Streben, die Sache recht gründlich zu machen, d. h. wenn man die Basis der Ausbiegung oder des Auswuchses gar zu dicht am Septum fasst, eine Perforation wohl zu Stande kommen, stärkere Blutungen aber scheinen, besonders auch nach der reichen Erfahrung von Astier, hierbei doch selten einzutreten, was sich wohl daraus erklärt, dass mit der Säge gemachte Wunden eine Art Risswunden darstellen.

Die Rotationsmaschine³⁾, die zur Anbohrung der Kiefer-, Keilbein- und Stirnhöhle, in der Praxis Mancher auch zur Eröffnung des Antrum mastoideum, ferner zur Durchbohrung von Exostosen des äusseren Gehörgangs, knöcherner oder knorpeliger Atresien der Choane, zur Anlegung von Knochennähten bei Brüchen der Kniescheibe und bei der Arthrodese, zur Trepanation des Schädels mittels Billroth's Kreissäge und wohl

³⁾ Mechaniker G. Müller; Berlin SO., Brückenstr. 10.

noch zu anderen Operationen, wie z. B. zur Resection des Oberkiefers und Unterkiefers, der Rippen, des Brustbeins und Rückgrats so vortreffliche Dienste leistet oder noch leisten wird, und welche die Erschütterung der Gewebe, den in der gegenwärtigen, bacteriensüchtigen Zeit zu wenig berücksichtigten Traumatismus von Pirogoff, auf das geringst mögliche Maass herabsetzt, hat durch Combination mit der schon von Bosworth, H. Krause u. a. A. empfohlenen, an und für sich aber wenig leistungsfähigen Handsäge eine nützliche Verwendung hiermit auf's Neue gefunden.“

* * *

Dass der vorstehende Vortrag schon im März 1892 im ärztlichen Verein zu Danzig gehalten, dann an die Redaction der Deutschen med. Wochenschrift eingesendet, nach Monaten, im December 1892 von derselben zurückverlangt, die Säge mich besuchenden Specialisten aus Königsberg, Warschau, Berlin und Glasgow und einer Reihe von practischen Aerzten demonstrirt und von mehreren Collegen auch gekauft worden ist, das kann Herr College G. Spiess in Frankfurt a. M., der Autor eines sehr ähnlichen, auf Anwendung des Electromotors gegründeten, im Ambulatorium von M. Schmidt und G. Spiess gebräuchlichen und in B. Fränkel's Archiv I, 3 beschriebenen Verfahrens, natürlicher Weise nicht wissen. Jedoch habe ich mein Verfahren in Natier's Revue internationale de Laryngologie 1892, No. 4, bereits beschrieben, auf welche Arbeit Mr. Natier am 25. Decbr. v. J., in No. 24 seiner Revue, die Aufmerksamkeit nochmals freundlichst gelenkt hat und von welcher ich Sep.-Abdrücke an verschiedene Specialisten versendet habe, ausserdem habe ich in mehreren Zeitschriften auf diese meine Publication gelegentlich mich bezogen⁴⁾. In No. 24 von Natier's Revue 1893 findet sich übrigens auch die Anwendung des electricischen Motors beschrieben, nach 42 Beobachtungen von W. Scheppegrell in New-Orleans. Inzwischen d. h. seit 2 Jahren, habe ich einige Modificationen an dem Instrumente anbringen lassen: es ist 1) im Ganzen solider und in seinen Proportionen, besonders auch in der Länge des Lagers geeigneter geworden, 2) kann jetzt das Sägeblatt innerhalb des Lagers nach Lockerung einer Klemmschraube abgenommen und gewechselt werden, 3) sind die Sägeblätter etwas breiter und länger geworden, bis 11 Ctm. lang, so dass man nun auch in der Tiefe der Nase sägen und mittels derselben oder noch etwas längerer und am einfachsten unter Leitung des Fingers auch Auswüchse am hinteren Rande des Septum hiermit abtragen kann. Will Jemand das Instrument durchaus mit dem electricischen Motor in Verbindung setzen, so mag er das thun: ich meinerseits verbleibe nach wie vor bei der Rotationsmaschine, besonders auch im Hinblick auf eine schon vor 3 Jahren von einem Fachmanne mir gemachte Mittheilung

⁴⁾ Vergl. meine Arbeit über Iritis bei Eiterung der Nase, Wiener klin. Wochenschr. No. 29, 1892 und New-Yorker med. Monatsschr., Mai 1892, sowie Gouguenheim's Annales des maladies de l'oreille, Januar 1893, und meine Arbeit über Palpation des Nasenrachenraumes, Therapeut. Monatshefte 1892, August.

über leichtes Eintreten von Störungen in der Praxis der Zahnärzte bei electricischem Betriebe. Im Uebrigen stimme ich Scheppegrell darin bei, dass es nicht nothwendig ist, jedwede Verbiegung der Nasenscheidewand operativ anzugreifen und in vielen Fällen reicht es aus, was übrigens schon Hack hervorgehoben hat, die so oft gleichzeitig vorhandene Anschwellung der Schleimhaut der Nasenmuscheln zu beseitigen, natürlich nicht durch die rein symptomatische Behandlung mittels des Galvano-cauters, als durch Beseitigung einer Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen oder anderer ätiologischer Momente.

II. Referate.

a) Otologische:

Le malattie dell' Orecchio negli Allievi delle Scuole elementari.
Prof. Pietro Avoleo. Lettera aperta al Chiar. Dott. M. de Cristoforis, Consigliere comunale di Milano. Estratto dal Archivio italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, dal volume II, fascicolo 1^o. — Januar 1894.

Die vorliegende interessante Schrift wurde angeregt durch den Wunsch des Dr. de Cristoforis, Stadtrath von Mailand, die Ansichten der Vertreter der einzelnen medicinischen Specialfächer bezüglich eines von ihm angeregten Sanitätsdienstes in den Schulen, zu vereinigen. Speciell die Otiatrie betreffend ist es von höchstem Interesse, den wichtigen Einfluss der Ohrenkrankheiten und ihrer Folgen auf den Unterricht und die Entwicklung der Intelligenz darzulegen, und bei der hohen Bedeutung, welche diese Umstände für jede grosse und dicht bevölkerte Stadt besitzen, dürfte ein genaueres Eingehen auf diese ebenso wissenschaftlichen wie gemeinnützigen Untersuchungen gerechtfertigt erscheinen. Evident wurden dem Verf. die erwähnten Umstände, als er die aufgeweckten und meist heiteren Zöglinge eines Blindeninstitutes mit den schwachsinnigen, morosen, oft jähzornigen Insassen einer Taubstummenschule verglich. Die Erkrankungen der Gehörorgane bei den Schulkindern müssen unter verschiedenen Gesichtspunkten besprochen werden. Zunächst kommt hierbei das Alter in Betracht. A. theilt darum die Ohrenkranken in 4 Altersklassen. Die erste umfasst die Kinder unter 1 Jahr mit den ererbten oder bei der Geburt erworbenen Ohrenleiden, die zweite, bis zum achten Lebensjahre reichend, begreift das Alter der Exantheme (Scharlach, Masern etc.), welche gerade in Mailand oft eitrige Mittelohrentzündungen im Gefolge haben. Dies ist auch die Altersperiode der zahlreichen Rachen-, Nasen- und Halskrankheiten, welche Ursache von Ohrenleiden werden können und deren Vernachlässigung eine schwere Schädigung für die intellectuelle Entwicklung der Kinder nach sich ziehen kann. Der dritte Abschnitt, der des Schulbesuches, bringt Recidiven der früher bestandenen Processe, von denen jede nicht nur eine Verminderung des Gehöres, sondern auch die Gefahr in eine chronische Form überzugehen bringt, ferner neue schwere Krankheiten: Typhus, bronchiale und speciell tuberculöse Erkrankungen, Neubildung im Nasenrachenraum, Epistaxis, welche alle Ausgangspunkte von Erkrankungen

des Ohres werden können. Der letzte Lebensabschnitt, der nach dem Schulbesuche, ist für die behandelte Frage irrelevant.

Avoleo glaubt, dass in Mailand 10 pCt. der Schulkinder ohrenkrank sind. Neben dem Alter kommt das Klima, die Individualität und die Heredität in Betracht. Feuchtwarme Atmosphäre (wie in Mailand) begünstigt die Entwicklung von Microorganismen; Scrophulose, Tuberculose und Syphilis sind dort sehr verbreitet. Sehr schädlich sind ferner das Elend und die Unwissenheit der Menge, besonders ihr Vorurtheil, ein Ohrenfluss bedeute eine „günstige Ableitung“ vom Gehirne. Der tägliche Contact der kranken Kinder mit den gesunden in der Schule kann auch durch Verunreinigung der Luft und Uebertragung des Eiters durch die mit ihm so häufig beschmutzten Finger zur Verbreitung der Ohrenkrankheiten beitragen, wenn diese auch nicht im engeren Sinne ansteckend sind. Ausserdem ist es noch Pflicht des Staates, diejenigen Kinder, die schon mehr oder weniger an ihrem Gehör Einbusse erlitten haben, in möglichst günstige Bedingungen für den Unterricht zu bringen, was eine ärztliche Aufsicht der Schüler für nöthig erscheinen lässt. Nicht zu vergessen sei das enorme wissenschaftliche Material, welches durch eine solche Untersuchung der Schulkinder gewonnen würde. Clarence Blake, Weil, Sexton, Reichhardt, Gellé, Norrel Bezold, Saint-Hilaire fanden, dass die Zahl schwerhöriger und dadurch für den gewöhnlichen Unterricht ungeeigneter Kinder eine überraschend grosse sei. Viele dieser Untersuchungen förderten auch anderweitig interessantes wissenschaftliches Material zu Tage. Die ärztliche Untersuchung hatte sich jedoch auch auf den Lehrer, und zwar ebenso auf seine Sprachorgane, wie auf sein Gehör zu erstrecken, denn namentlich die Schwerhörigkeit des Unterrichtenden führe zu vielen Uebelständen. Grösse des Klassenzimmers und Anordnung der Sitze kommen gleichfalls in Betracht. Durch einige statistische Daten weist A. dann die grosse Zahl schulpflichtiger Kinder unter den Patienten der Ambulanz des Ospitale de Maggiore im Instituto di Santa Corona und den dort aufgenommenen Ohrenkranken nach. Der Umstand, dass eine grosse Zahl der in der Klinik aufgenommenen meist schwerer oder gar lebensgefährlich Erkrankten aus den Landbezirken stammte, lässt schliessen, dass ihr Leiden entweder vernachlässigt oder nicht sachgemäss behandelt wurde und beweist, dass die Ausbildung in der Ohrenheilkunde auch bei den Aerzten Italiens noch eine unzureichende ist. Die eitrigen Ohrenkrankheiten sind nicht nur für die Erkrankten selbst, sondern auch für deren Umgebung von Nachtheil und ein Gegenstand widerlicher Belästigung.

Avoleo kommt endlich zu folgenden Schlüssen:

- 1) Es ist nothwendig, ärztliche Spitalpflege für Ohrenkranke zu schaffen, da die Behandlung in den Ambulanzen unzureichend ist.
- 2) Schwere Formen sind bei Schulkindern sehr häufig.
- 3) Bei der Aufnahme in die Schule soll jedes Kind von einem Ohrenarzte auf sein Hörvermögen geprüft werden.
- 4) Die Lehrer sind auf ihre ohrenkranken Schüler besonders aufmerksam zu machen.
- 5) Lehrer und Schüler sind in günstige hygienische Bedingungen zu bringen.

6) Die Unwissenheit und Nachlässigkeit der Eltern soll durch die ärztliche Beaufsichtigung der Schüler, welche die Entdeckung und Behandlung eventuell vorhandener Ohrenleiden zum Zwecke hat, wettgemacht werden.

7) Für bestimmte Krankheiten sollten eigene Schulen errichtet werden, damit die von ersteren Betroffenen keine Zeit beim Unterrichte verlieren.

Vom Standpunkte des Specialisten aus will A. diese Forderungen auch für das Heer, Gefangenanstalten, Eisenbahnen und Collegien geltend machen.

Der Umstand, dass alles im Vorangehenden gesagte nicht nur für Italien, sondern auch für unsere Zustände zutrifft, verleiht Avoledo's dankenswerther Arbeit besonderes Interesse.

Dr. Hirschmann.

Otite media suppurata chronica dextra. Ascesso cerebellare destro. Cholesteatomi dell' antro mastoideo. Trapanazione del mastoide. Morte. Comunicazione fatta all' Associaz. medica Lombarda, seduta del 30 gennaio 1893, pel Dott. P. Avoledo.

Kleinhirnoperationen werden selten gemacht und haben meist entmuthigende Resultate. Hauptgrund ist die unsichere Symptomatologie und die Empfindlichkeit des Organes. Der Umstand, dass Kleinhirnabscesse fast nie allein, wie im vorliegenden Falle, sondern meist mit Pachymeningitis oder Grosshirnabscessen complicirt vorkommen, veranlasste diese Publication. Ein 15 jähriger, erblich unbelasteter Bauernbursche litt seit frühester Jugend an chronischer, eitriger Ohrenentzündung. Als er 10 Jahre alt war, wurde das bisher spärliche, geruchlose und farblose Secret röthlich, fötid und reichlich, gleichzeitig bemerkte er Abgang harter, stinkender Massen, Schmerzen am Warzenfortsatz und wurde taub. Auch links trat durch einige Tage Otorrhoe auf. Später trat vorübergehendes Ohrensausen, auffallender Kräfteverlust und Schwächegefühl, endlich Drehschwindel auch im Liegen und eine Geschwulst am Warzenfortsatz auf, die mehrfach aufbrach. Bei dem Spitals-eintritte am 18. December bot sich folgender Status: Guter Ernährungszustand, Schmerz auf Druck in der Regio occipito-mastoidea, wo ein 1 cm tiefer Fistelgang mündet, und im Kopfe bei Beklopfen der Lines semicircularis inferior. Pat. liegt immer auf der linken Seite, Ausfluss eines dicken, kaffeefarbigen, stinkenden Eiters aus dem Gehörgange; schwarze Massen und Eingesunkensein des Meatus cartilagineus hindern auch nach Sublimatausspülung die Einführung des Speculum. Cheyne-Stokes Athmen, rechte Pupille weiter, reagirt weniger und träg. Augenhintergrund normal. Puls schwach, irregulär, Erbrechen von Flüssigkeiten seit 5 Tagen. Beim Versuche, den linken Fuss zu heben, hat er das Gefühl, als fielen er nach rechts, macht er eine halbe Drehung nach rechts, so würde er, sich selbst überlassen, niederfallen. Harn reich an Phosphaten, ohne Zucker, ohne Eiweiss. Am 19. December. Leichte Facialisparese. 20. December. Diagnose: Alter Kleinhirnabscess. Eröffnung des Warzenfortsatzes durch Prof. Albertini. Aus der weiten Oeffnung werden 4—5 Perlgeschwülste entfernt. Eiter wurde nicht gefunden. Drainage. In den folgenden Tagen zunehmender Sopor, Cheyne-

Stokes, Schwindel, Erbrechen. Am neunten Tage post operationem Exitus letalis. 35 Stunden später Autopsie: Starke Injection der Pia und Dura mater, auf dem Tegmen tympani ein fistulöser Gang, ohne Eiter oder Adhäsionen. Rechte Kleinhirnhälfte nach Beseitigung des Tentorium intumescirt, in's Gelbliche verfärbt. Ein Transversalschnitt eröffnet eine hühnereigrosse Abscesshöhle mit dickem Eiter, die Oberfläche durchbohrt durch einen Gang, dessen anderes Ende die Oeffnung des Aquaeductus vestibuli ist, wo sich Caries des Knochens im Umfang von $\frac{1}{4}$ Quadracentim. zeigt. Absoluter Defect des Trommelfelles, des Hammers und Ambosses, der Steigbügel in sein Fenster eingepflanzt und eiterbedeckt, Fenestra rotunda perforirt, Vestibulum eitererfüllt, Halbcirkelkanäle und Schnecke intact. Antrum mastoideum und Cellulae epitympanicae mit Eiter und Knochenbröckeln erfüllt. Die Dura, mit Ausnahme der dem Aquaeductus vestibuli entsprechenden Stelle, normal, desgl. die Sinus. Das Grosshirn, ausgenommen bedeutenden Hydrops ventriculorum, intact. Die Abscesshöhle von einer mehrere Millimeter dicken Membran ausgekleidet. Da hier eine reine Kleinhirnläsion vorliegt, kann man die Symptomatologie gut studiren: Nachdem bei Complicationen Temperatursteigerung besteht, hier aber keine war, so kann man bei normaler Temperatur Complicationen ausschliessen. Cheyne-Stokes'sches Athmen ist als Symptom einer Kleinhirnläsion schon sichergestellt. Schwindel und Schwanken sind, zumal wenn sich Labyrinthkrankungen ausschliessen lassen, wichtige diagnostische Zeichen. Auch cervico-occipitale Schmerzen, welche zu den Frühsymptomen gehören, müssen Verdacht auf das Entstehen eines Processes in der hinteren Schädelgrube lenken. Besonders charakteristisch als Initialsymptom ist die Muskelschwäche, welche auch von Ollivier und Luys häufig constatirt wurde.

Wenn also nach breiter Eröffnung des Warzenfortsatzes der eben erwähnte Symptomencomplex unverändert fortbesteht, so soll unverzüglich zur Trepanation des Hinterhauptbeines weitergeschritten werden. Jeder Verzug gefährdet den Erfolg.

Dr. Hitschmann.

b) Pharyngo-laryngologische:

Thyroidin bei verschiedenen Hautkrankheiten. (De la thyroïdine dans le traitement des diverses affections cutanées.) Von Dr. Phineas Abraham. (Société de médecine de Londres und Semaine médicale No. 4, 1894.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) bei sporadischem Myxoedem und Cretinismus ist die Wirkung auffallend, zweifelhaft bei Psoriasis und anderen Hautleiden; 2) in vielen Fällen ist die Behandlung nicht nur erfolglos, sondern selbst schädlich, 3) in seltenen Fällen ist der Erfolg offenbar; 4) die günstigen Fälle kann man nicht von vornherein bestimmen; 5) bei manchen Kranken treten unangenehme Allgemeinerscheinungen auf; 6) Alter und Geschlecht sind von keinem Einfluss auf die Behandlung. Man soll das Thyroidin nur anwenden bei Dermatosen, welche jeder Behandlungsweise bisher getrotzt haben.

Dr. P. K.

Wanderung eines *Ascaris lumbricoides* in die tiefen Nackenmuskeln, nachdem er durch die Wirbelsäule durch einen scrophulösen, in den Pharynx sich öffnenden Abscess gedungen ist. (Migration d'un lombric vers les muscles profonds de la nuque, passant à travers la colonne vertébrale par un abcès scrofuleux ouvert dans le pharynx.) Von Dr. Brigidi. (Gazzeta degli ospitali, Juni 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Anatomisches Präparat des Museums von Genua; leider fehlen die klinischen Symptome. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von dem Entstehen der sogen. schwarzen Zunge. (Contribution à l'étiologie de la soi-disant langue noire.) Von Dr. J. Sendziak. (Société Polonaise de laryngologie, November 1893 und Revue de laryngologie No. 7, 1894.)

Verf. giebt die Beschreibung der Krankheit und betont, dass die Meisten die schwarze Zunge als eine Hypertrophie der Papillae filiformes der Zungenbasis mit folgender Verhornung und vermehrtem normalen Farbstoff ansehen und mithin jede parasitäre Natur ausschliessen. Ciaglinski und Hewelke aber nehmen schon obige Pathogenese nur mehr für die chronische Form der schwarzen Zunge an, während sie für die acute Form die parasitäre Natur annehmen und diese acute Form mit dem Namen „Nigrities mucorina linguae“ bezeichnen und den Parasiten *Mucor niger* nennen. Verf. hat nun aber bei zwei chronischen, von ihm genau beobachteten Fällen ungefähr dieselben bacteriologischen, microscopischen und klinischen Symptome gefunden, wie obengenannte Autoren, so dass er zu der Ansicht gelangt, dass acute sowohl als chronische Formen von schwarzer Zunge als ein mycotischer Process aufzufassen sind, besonders weil bei Weitem nicht in allen Fällen, und zwar bei Verfasser's Fällen, eine Hypertrophie der Zungenpapillen nachgewiesen werden konnte. Dr. P. K.

Hypertrophie der Zungenmandel als Ursache asthmatischer Anfälle. (L'hypertrophie de l'amygdale linguale comme cause d'attaques d'asthme.) Von Dr. J. Roquer Casadeus. (Revista di laringologia, October 1892 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Ein 39jähriger, lymphatisch nervöser Mann hatte nächtliche Anfälle von Dyspnoe. Husten und Gefühl eines Fremdkörpers im Halse. Ein Schluck Wasser hilft momentan. Die hypertrophische Zungenmandel berührt die vordere Epiglottisfläche; Verf. sieht diesen Contact als Ursache der Krankheit an, weil letztere mit der galvanocaustischen Behandlung der Zungenmandel heilte. Dr. P. K.

Fibrosarcom der Zungenbasis. (Fibrosarcome de la base de la langue.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 20, 1893.)

Seltene Fälle. Ein 17jähriges Mädchen trägt einen haselnussgrossen Tumor an der Zungenbasis. Man konnte an eine Cyste oder an ein Fibrom denken. Das Microscop wies ein Fibrosarcom nach.

Dr. P. K.

Zungentraktionen bei Belebungsversuchen. (Du rappel à la vie par le procédé de la langue.) Von Dr. Lanceraux. (Académie de médecine, Séance du 9 Janvier 1894 und Semaine médicale No. 2, 1894.)

Verf. erwähnt zwei neue Fälle von Erfolg; in dem zweiten Falle genügte ein Druck mittels Löffel auf die Zungenbasis und das dadurch hervorgerufene Brechgefühl. Das Brechgefühl, als antispasmodisch wirkend, würde also in vielen Fällen genügen. Dr. P. K.

Rhythmische Zungentraktionen bei den verschiedenen Erstickungsarten. (Du procédé des tractions rythmiques de la langue dans les diverses asphyxies.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine de Paris, Séance du 7 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 64, 1893.)

Laborde erwähnt von Neuem verschiedene Fälle, wo bei Erstickung die Lufteinblasungen im Stiche liessen und die lange fortgesetzten Zungentraktionen die Scheintodten in's Leben zurückriefen. Zwei Fälle betrafen den Erstickungstod durch Ertrinken, von denen der eine schon eine volle Stunde scheidet war; die anderen betreffen Neugeborene, vom Blitz Erschlagene, durch Chloroform und durch Bluteindringen in die Trachea Erstickte. Dr. P. K.

Studie über die abgekapselten Mandelabscesse. (Etude sur les abcès enkystés de l'amygdale.) Von Dr. Peyrissac. (Clinique du docteur Moure de Bordeaux und Union médicale du Nord-Est No. 10, 1893.)

Sie entstammen gewöhnlich einer acuten Mandelphlegmone; nicht so selten, als gewöhnlich angenommen wird. Verlaufen wie kalte Abscesse, ohne scrophulöser Natur zu sein. Die lange Dauer erklärt sich aus den gewundenen Ausführungsgängen und den sie bedeckenden Muskelschichten; eben wegen ihrer tiefen Lage schwächt ihr Eiter sich ab und kann sogar Mandelsteine produciren; bis jetzt sind bloß 10 Fälle in der Literatur beschrieben. Eröffnung mittels des Galvanocauters bringt Heilung. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Mandelsteinen. (Contribution à l'étude des calculs de l'amygdale.) Von Dr. J. Lecocq. (Annales med. chir. de Paturages und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21, 1893.)

In seltenen Fällen können sie gefährlich werden, wenn sie sich in die vasculonervöse Capseln begeben; Pharyngitis, Amygdalitis, Mandelabscess, Schlingbeschwerden sind die gewöhnlichen Symptome. Nach der Extraction muss man, um ein Recidiv zu verhindern, die zurückgelassene Höhle zum Verschwinden bringen; die beste Methode ist das Auskratzen mit dem darauffolgenden Sublimatbepinseln. Dr. P. K.

Eine neue Operationsmethode beim Eröffnen der circumscripten Mandelabscesse. (Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens.) Von Dr. A. Ruault. (Mercredi médical, Januar 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 20, 1893.)

Alle peripheren Mandelabscesse müssen so frühzeitig wie möglich eröffnet werden; die Fluctuation findet man gewöhnlich einen Centimeter

nach aussen vom inneren Rande des vorderen Gaumenbogens, in einer Höhe, wo das obere Drittel an die zwei unteren Drittel stösst. Verfräth, zwischen der Mandel und dem vorderen Gaumenbogen auf dieser Höhe einzugehen; man muss vorher Cocain einpinseln und immer auf der äusseren Mandelfläche bleiben. Nach der Eröffnung thut man wohl, die Abscesshöhle antiseptisch auszupinseln. Dr. P. K.

Durch eine Insectenlarve verursachte Angina. (Angine causée par une larve d'insecte.) Von Dr. Moura Bourrouillon. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 67, 1893.)

Angina bei einem 12jährigen Mädchen; die Natur der Larve konnte nicht festgestellt werden; sie sass an der Schädelbasis und war wahrscheinlich durch die Nase eingedrungen. Man soll also bei einem jeden Nasen- und Rachenleiden die Secretionsproducte und die etwa eingeathmeten Fremdkörper entfernen und selbe microscopisch untersuchen. Dr. P. K.

Angina als Prodromalerscheinung einer Pneumonie. (De l'angine prodromique de la pneumonie.) Von DDr. P. Tissier und Coursier. (Annales de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Der Zusammenhang der initialen Amygdalitis mit der darauffolgenden Pneumonie war in Anbetracht der Symptome nicht zu leugnen. Seltener Fall. Dr. P. K.

Wichtigkeit der Angina scarlatinosa. (Importance de l'angine scarlatineuse.) Von Dr. Burlureaux. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Scarlatina wird gefährlich durch die Angina allein; die Gefahr bei der Scarlatina steht in directem Verhältniss zur begleitenden Angina. Die meisten Scharlachkranken sterben durch Vergiftung mittels Streptococci. Man soll also vor Allem die Angina behandeln, ebenso wie wenn man mit gewöhnlicher Diphtheritis zu thun hätte. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Angina während Typhus. (Deux cas d'angine dans la fièvre typhoïde.) Von Dr. L. Rénon. (Gazette des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Pharynxerscheinungen traten als Angina diphtheroïde auf, waren hartnäckig und dauerten länger als der Typhus; es traten später Abscesse und Phlegmasia alba dolens auf. Dr. P. K.

Ein Fall von Acromegalie, mittels Schilddrüsenextract behandelt. (Sur un cas d'acromégalie traité par l'extrait thyroïde.) Von Dr. R. Parsons. (Société de Neurologie de New-York und Semaine médicale No. 4, 1894.)

Patient bekam drei Mal täglich das Schilddrüsenextract in jedesmal um fünf Tropfen zunehmenden Dosen. Die Acromegalie und namentlich die Kopfschmerzen verschwanden. Dr. P. K.

Heilung von Myxoedem durch Einnehmen von Schilddrüse vom Schafe; Zufälle, welche bei dieser Behandlungsweise eintreten können. (Guérison de myxoedème par l'ingestion de glande thyroïde de mouton; accidents qui peuvent survenir au cours du traitement thyroïdien.) Von DDr. P. Marie und L. Guerlain. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 9 Février 1894.)

Resultat Anfangs null, weil der Metzger irrthümlicher Weise immer Glandula submaxillaris gab; Wirkung auffallend, als wirkliche Glandula thyroidea gereicht wurde. Man nimmt einen frischen Schilddrüsenlappen, schneidet ihn auf einem Teller in ganz kleine Stücke, giesst heisse Fleischbrühe darauf und lässt den Patienten die Suppe gleich nehmen. Anfangs giebt man 3—4 Tage nacheinander eine solche Dosis; bei Eintreten der unangenehmen Allgemeinsymptome giebt man blos alle zwei Tage mehr einen Lappen, später alle drei bis vier Tage nur mehr. Damit das Myxoedem nicht recidivire, thut man wohl, eine Zeit lang alle fünf Tage eine Portion zu geben.

Dr. P. K.

Angiokeratom des rechten Stimmbandes. (Sur un cas d'angiokératome de la corde vocale droite.) Von DDr. E. Moure und Sabrazès. (Société française de laryngologie et d'otologie 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 21, 1893.)

Weil man die Diagnose von Larynxpolypen durch das Laryngoscop allein zu stellen gewohnt ist und eine microscopische Diagnose bei gutartigen Tumoren eine Seltenheit ist, so muss man sich nicht wundern, dass gewisse, zufällig microscopisch untersuchte Larynxtumoren anscheinend eine grosse Seltenheit sind; so sind die Larynxzysten gar keine so grosse Seltenheit, wie man früher annahm; dasselbe könnte wohl der Fall für die Angiokeratome sein. Verf. erzählen die Krankengeschichte einer 26jährigen Frau, welche am freien Rande des rechten Stimmbandes einen Tumor hatte, dessen microscopischer Bau den Angiokeratomen der Haut ähnlich war.

Dr. P. K.

Ein Fall von diffuser peripherischer Neuritis der beiden Recurrentes nach Typhus. (Sur un cas de névrite périphérique diffuse des deux récurrents, consécutive à une fièvre typhoïde.) Von Dr. Thomas. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1893 und Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie No. 20, 1893.)

Der Titel sagt Alles. Verf. hat verschiedene sehr interessante Experimente während einzelner Sitzungen beim Electriciren gemacht.

Dr. P. K.

Ueber die Contagiosität der Diphtheritis. (Note sur un cas de contagion de la diphtérie.) Von Dr. Lemoine. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Getützt auf mehrere Fälle von Ansteckung, kommt Verf. zu dem Schluss, dass ein von Diphtheritis geheiltes Kind noch 3 Monate lang zu isoliren ist; nicht nur soll das von dem Kranken bewohnte Zimmer, sondern Pat. selbst desinficirt werden; es sollen antiseptische Waschungen des Mundes und der Nase stattfinden.

Dr. P. K.

Klinische und bacteriologische Untersuchung von 200 Kindern, welche in die Diphtheritisabtheilung des Spitals des Enfants malades gebracht wurden. (Examen clinique et bactériologique de deux cents enfants entrés au pavillon de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades.) Von Dr. Louis Martin. (Annales de l'Institut Pasteur, Mai 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Arbeit beweist von Neuem die Nothwendigkeit der bacteriologischen Untersuchung eines jeden Mandelbelages; es ist dies keine Laboratoriumarbeit, sondern eine einfache klinische Untersuchungsmethode, wie alle anderen; das Säen auf coagulirtes Serum ist leicht und giebt schon nach 24 Stunden ein befriedigendes Resultat; diese Untersuchung ist desto nothwendiger, weil der geübteste Kliniker durch einfache Inspection des Rachens keine Diphtheritis mit Gewissheit erkennen kann. Von 200 als diphtheritiskrank auf die Abtheilung geschickten Kindern waren 72, d. h. 36 pCt. nicht diphtheritisch. Dr. P. K.

Beitrag zur Diphtheritisbehandlung. (Contribution au traitement de la diphtérie du larynx.) Von Dr. Bonain. (Société française de laryngologie et d'otologie 1893 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 21, 1893.)

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass bei Weitem nicht alle Croupfälle diphtheritischer Natur sind, sondern oft Streptococcen mit schlechter Prognose oder gewöhnliche Micrococcen mit besserer Prognose enthalten, ohne den Löffler'schen Bacillus nachweisen zu lassen. Verf. redet bei der Behandlung dem Terpentin und der Intubation das Wort.

Dr. P. K.

Behandlung der Diphtheritis mittels Glucose. (Du traitement de la diphtérie par la glucose.) Von Dr. Ferré. (Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. fiel der gutartige Verlauf einer Diphtheritis bei einem diabetischen Kinde auf. Um den Einfluss des Zuckers auf die Giftigkeit des Löffler'schen Bacillus zu studiren, hat Verf. die Microben auf mit Glucose getränktem Boden gezüchtet; es entwickelte sich eine stark saure Reaction, welche das Gift bedeutend abschwächte; er rath, die Glycose als topisches Mittel auf die Membranen zu bringen. Dr. P. K.

Behandlung der Diphtheritis nach vorausgegangenem bacteriologischer Untersuchung mittels Sulfuricinphenol. (Traitement de l'angine diphtéritique avec examen bactériologique, par le phénol sulfuriciné.) Von Dr. A. Josias. (Médecine moderne und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Nur erst nach bacteriologischer Diagnose wendet Verf. sein Verfahren an. Die Formel, deren wirksames Bestandtheil die Carbolsäure bildet, ist folgendermaassen zusammengesetzt: Acid. carbol. p. 20 Gramm,

Natrium sulfuricatum 80 Gramm Zuerst werden die Pseudomembranen mittels trockener Watte getrocknet resp. entfernt und dann die betreffenden Stellen mit der Lösung bestrichen, 6 Mal in 24 Stunden; in- zwischen werden Inhalationen von Kalkwasser gemacht. So lange Pseudo- membranen auftreten, wird obige Behandlungsweise fortgesetzt. Nachher werden vorsichtshalber 3—4 Mal täglich Bepinselungen mit Salicylsäure und Glycerin (1:30) gemacht. Dabei roborirende Diät. Dr. P. K.

Larynxklopfen, mit Gefässanomalien zusammenfallend. (Battements du larynx coïncidant avec des anomalies vasculaires.) Von Dr. Litten. (Société de médecine interne de Berlin, Séance du 6 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 66, 1893.)

Tachycardie bei einer 50jährigen Frau, sehr lästiges Heben und Verschieben des Larynx nach links bei jedem Herzstoss. Herzhyper- trophie, Klappenfehler, Aortenaneurysma wurden ausgeschlossen; es be- stand blos Erweiterung der vom Aortenbogen ausgehenden Gefässe. Die Section ergab vier vom Aortenbogen abgehende Gefässe und Er- weiterung der Blutgefässe. Dr. P. K.

Larynxschwindel und Ictus laryngeus. (Le vertige laryngé et les ictus laryngés.) Von Dr. A. Ruault. (Journal de médecine de l'aris 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. will den von Charcot zuerst beschriebenen Larynxschwindel gänzlich von dem sogenannten Ictus laryngeus getrennt wissen. Die Prognose des ersteren ist gut, die des zweiten schlecht. Im ersteren Falle kommt Kitzeln im Larynx, trockener Husten, Röthe des Gesichts, Ohn- macht mit momentanem Verlust des Bewusstseins, nach einigen Secunden Erwachen ohne Amnesie und Schläfrigkeit. Im anderen Falle kommt Blässe des Gesichts, Unwohlsein und nachfolgende Schlafsucht. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Larynxknorpelfracturen. (Contribution à l'étude des fractures des cartilages du larynx.) Von Dr. P. Heymann. (Archives internationales de laryngologie No. 5, 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Die Experimente von Laue auf der Leiche beweisen, dass Larynx- fracturen viel häufiger und weniger gefährlich sind, als allgemein ange- nommen wird. Verf. führt eine Krankengeschichte an, welche obiges Factum am Lebenden beweist; bei von vorne nach hinten wirkenden Contusionen kommen am häufigsten Fracturen der Platten des Ringknor- pels, bei seitlichen Stößen dagegen Fracturen der Platte des Schild- knorpels zu Stande. Dr. P. K.

Bemerkungen über einen Fall von Laryngotyphus. (Quelques con- sidérations à propos d'un cas de laryngotyphus.) Von Dr. Paul Tissier und Dr. Paul Bellot. (Annales de médecine, December 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verff. geben die Beschreibung eines beobachteten Falles; der Aufsatz enthält nichts Neues. Dr. P. K.

Laryngismus stridulus oder Spasmus glottidis mit tödtlichem Ausgang nach drei Stunden. (Laryngisme striduleux ou spasme de la glotte avec issue fatale en moins de trois heures.) Von Dr. F. Green. (Medic. News 1892 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 20, 1893.)

Tödtlicher Anfall bei einem 9jährigen Kinde. Das Kind war den Anfällen, sowie dem wahren Croup ausgesetzt und hatte zwei Geschwister, welche an Croupanfällen litten.
Dr. P. K.

Laryngealtumor, die Schwierigkeit der Diagnose eines Larynxkrebses darthuend. (Cas de tumeur laryngienne montrant la difficulté du diagnostic du carcinome intralaryngien.) Von Dr. John Dunn. (New-York medic. Journal und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20, 1893.)

Erst als Pyocottannin und Jodkalium wirkungslos blieben, dachte man an Carcinoma; nach einem Anfall von Asthma, welcher jedes Jahr eintrat und nach einem Meeresaufenthalt heilte das fragliche Geschwür.
Dr. P. K.

Ueber das seltene Vorkommen der corticalen Larynxparalysen. (A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales.) Von Dr. Paul Rangé. (Archives internationales de laryngologie 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1893.)

Verf. giebt die Symptome der corticalen Larynxlähmung und deren Erklärung. Die Fälle sind nicht so selten, als allgemein angenommen wird.
Dr. P. K.

Behandlung der tuberculösen Larynxgeschwüre, mit einigen Bemerkungen über die constitutionelle Behandlung mittels starker Creosotdosen. (Traitement de l'ulcération laryngienne dans la tuberculose, avec quelques remarques au sujet du traitement constitutionnel par de fortes doses de créosote.) Von Dr. F. Semon. (Lancet, 11. März 1893 und Revue de laryngol. No. 1, 1894.)

Verf. redet oben angedeuteter Methode das Wort; man soll das Creosot drei Mal täglich gleich nach der Mahlzeit geben, Anfangs jedes Mal einen Tropfen, dann zwei und sogar bis zu fünf Tropfen pro dosi. Die Lösungen von Acidum lacticum sind Anfangs 20procentig, dann bis zu 70procentig steigend, zwei bis drei Mal wöchentlich nach vorheriger Cocainbepinselung zu geben; man muss fest reiben beim Pinseln, sogar vorher manchmal mit der Cürette kratzen. Diese seit einiger Zeit im Sanct Thomas-Hospital angewandte Methode bringt gute Resultate, ob- schon sie keine specifische ist.
Dr. P. K.

Therapeutische Wirkung des Creosot bei latenter Tuberculose. (Des effets thérapeutiques de la créosote dans la tuberculose latente.) Von Dr. Blanchard. (Semaine médicale No. 62, 1893.)

Die Lungentuberculose ist heilbar; dies sollen die Patienten und ihre Angehörigen wissen, damit eine rechtzeitige Behandlung eingeleitet werde. Das Creosot wirkt als Heilmittel namentlich bei latenter Tuberculose,

wo es dann zugleich zur Feststellung der Diagnose hilft. Je eher die Diagnose gestellt wird, desto wirksamer ist die Behandlung. Man muss genügende Dosen Creosot geben, dann heilt auch die schleichende, die Tuberculose einleitende Bronchitis. Die Creosotbehandlung hat gar keinen Nachtheil, selbst bei Irrthum in der Diagnose. Verf. giebt das Medicament in Clystierform: 250 Gramm Wasser, ein Eigelb und eine immer steigende Dosis von Mandelöl mit Creosot (1:30); die Dosis Creosot beträgt Anfangs 25 Centigramm, man steigt allmählig und geht bis zu 2 Gramm und selbst 2,60 Gramm pro die; sobald man über die Tagesdosis von 1 Gramm hinausgeht, muss man die Gesamtdosis in 2 oder 3 Clystieren geben.

Dr. P. K.

Die Lungenanthracose bei den Arbeitern, welche die zu den Electricitäts-Instrumenten dienenden Kohlen poliren. (L'anthraxose pulmonaire chez les polisseurs de charbon destiné aux appareils électriques.) Von Dr. Lanceraux. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Novembre 1893 und Semaine médicale No. 67, 1893.)

Diese neue, immer wachsende Industrie bringt neue Fälle von Lungenanthracose; es ist dasselbe Leiden, welches man bei der jetzt mehr weniger verfallenen Industrie der Kohlenmodellierer beobachtete. Die klinischen Symptome sind, ausser den charakteristischen Sputis, die der Lungenschwindsucht; die vorhandenen Cavernen sind denen bei Lungentuberculose ganz ähnlich, müssen aber nicht nothwendiger Weise tuberculöser Natur sein; wir sehen ja dieselben nicht tuberculösen Cavernen bei anderen sclerotischen Lungenleiden; man muss aber gestehen, dass die Kohle ebenso wie die bekannte Kieselsäure bei ihrem Eindringen in die Lunge zur Tuberculose disponirt; diese Disposition ist desto grösser, wenn die betreffenden Kohlenarbeiter Alkoholiker sind. Man muss also annehmen, dass die eingeathmete Kohle doppelt schadet, indem sie als unlösliche Substanz die Lungenzellen verstopft und zur Tuberculose disponirt. Die Prophylaxe bestände also darin, der unlöslichen eingeathmeten Substanz eine lösliche zu substituiren, wie man es bei den Giessern und den Kohlenmodellirern gemacht hat. In der letzten Zeit hat man statt der Ofenkohle gepresste, weichere, d. h. weniger Staub gebende Kohle angewandt. Dr. Proust hat einen an Lungenanthracose gestorbenen Patienten untersucht, welcher grosse Cavernen, aber keine Tuberculose hatte.

Dr. P. K.

Tracheotomie zu 19 Monaten. Heilung. (Trachéotomie à dix-neuf mois. Guérison.) Von Dr. Smith. (Virginia Medical Monthly, März 1893 und Revue de laryngologie No. 1, 1894.)

Ein 19 Monate altes Kind hatte eine Zwergkastanie in der Trachea. Operation. Heilung.

Dr. P. K.

Ein neues Symptom der Oesophagusverengung. (Un nouveau symptome du rétrécissement de l'oesophage.) Von Dr. Vanni. (Revista clinic. e terap. No. 7, 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1893.)

Der Einfluss der oberhalb einer Oesophagusverengung gebildeten Erweiterung des Speiserohres kann die Spannung des arteriellen Pulses

modificiren. Bei einem solchen Patienten gab das Hinunterschlucken einer beträchtlichen Speisemenge Dyspnoe und Lipothymie; die erstere war durch Recurrendruck, die letztere durch Druck auf beide Carotiden zu erklären. Schluckt Patient mehr als 400 Gramm Flüssigkeit, so wird der Femoralpuls immer schwächer, um bei entleerter Flüssigkeit wieder zu steigen; die Ausdehnung durch Gase producirt das Phänomen nicht so auffallend, wahrscheinlich wegen geringer ausgeübten Druckes. Experimentell wurden bei einem Hunde der Oesophagus und die Arteria femoralis blossgelegt, letztere mit einem Manometer in Verbindung gesetzt, der Oesophagus durch Luft aufgeblasen: das Manometer sank von 60 resp. 70 auf 35 resp. 40 Millimeter; nach Entfernung der Luft stieg es wieder auf 60 resp. 70 Millimeter. Verf. schliesst aus dieser klinischen und experimentellen Erfahrung, dass eine hochsitzende Oesophagusverengerung unter gewissen Verhältnissen einen paradoxalen Puls an der linken Carotis, dass eine tiefsitzende Oesophagusverengerung unter denselben Bedingungen denselben Puls an beiden Femorales hervorbringen kann.

Dr. P. K.

I N H A L T.

I. Originalien: Stepanow: Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms. — Ziem: Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenschleimhaut. — II. Referate: a) Otologische: Avoleo: Le malattie dell' Orecchio negli Allievi delle Scuole elementari. — Avoleo: Otite media suppurata chronica dextra. Accessio cerebellare destro. Cholesteatomi dell' antro mastoideo. Trapanazione del mastoide. Morte. — c) Pharyngolaryngologische: Abraham: Thyroidin bei verschiedenen Hautkrankheiten. — Brigidi: Wanderung eines Ascaris lumbricoides in die tiefen Nackenmuskeln, nachdem er durch die Wirbelsäule durch einen scrophulösen, in den Pharynx sich öffnenden Abscess gedrungen ist. — Sendziak: Beitrag zur Lehre von dem Entstehen der sogenannten schwarzen Zunge. — Casadens: Hypertrophie der Zungenmandel als Ursache asthmatischer Anfälle. — Onodi: Fibrosarcom der Zungenbasis. — Lanceraux: Zungencontractionen bei Belebungsversuchen. — Laborde: Rhythmische Zungencontractionen bei den verschiedenen Erstickungsarten. — Peyrissac: Studie über die abgekapselten Mandelabscesse. — Lecocq: Beitrag zur Lehre von den Mandelsteinen. — Ruault: Eine neue Operationsmethode beim Eröffnen der circumscribten Mandelabscesse. — Bourrouillon: Durch eine Insectenlarve verursachte Angina. — Tissier und Courcier: Angina als Prodromalerscheinung einer Pneumonie. — Burlureau: Wichtigkeit der Angina scarlatinosa. — Rénon: Zwei Fälle von Angina während Typhus. — Parsons: Ein Fall von Acromegalie, mittels Schilddrüsenextract behandelt. — Marie und Guerlain: Heilung von Myxoedem durch Einnehmen von Schilddrüse vom Schaf; Zufälle, welche bei dieser Behandlungsweise eintreten können. — Mouré und Sabrazès: Angiokeratom des rechten Stimmbandes. — Thomas: Ein Fall von diffuser peripherischer Neuritis der beiden Recurrentes nach Typhus. — Lemoine: Ueber die Contagiosität der Diphtheritis. — Martin: Klinische und bacteriologische Untersuchung von 200 Kindern, welche in die Diphtheritisabtheilung des Spitals des Enfants malades gebracht wurden. — Bonain: Beitrag zur Diphtheritisbehandlung. — Ferré: Behandlung der Diphtheritis mittels Glucose. — Josias: Behandlung der Diphtheritis nach vorausgegangener bacteriologischer Untersuchung mittels Sulfuricinphenol. — Litten: Larynxklopfen, mit Gefässanomalien zusammenfallend. — Ruault: Larynxschwindel und Ictus laryngeus. — Heymann: Beitrag zur Lehre von den Larynxknorpelfracturen. — Tissier und Bellet: Bemerkungen über einen Fall von Laryngotyphus. — Green: Laryngismus stridulus oder Spasmus glottidis mit tödtlichem Ausgang nach 3 Stunden. — Dunn: Laryngealtumor, die Schwierigkeit der Diagnose eines Larynxkrebses darthunend. — Rangé: Ueber das seltene Vorkommen der corticalen Larynxparalysen. — Semon: Behandlung der tuberculösen Laryngeschwüre. — Blanchard: Therapeutische Wirkung des Creosot bei latenter Tuberculose. — Lanceraux: Die Lungenanthracose bei den Arbeitern, welche die zu den Electricitäts-Instrumenten dienen Kohlen poliren. — Smith: Tracheotomie zu 19 Monaten. — Vanni: Ein neues Symptom der Oesophagusverengerung.

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

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

1



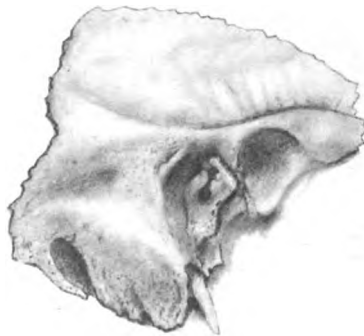
2



3



6





5



Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

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

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

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

Dr. N. RÜDINGER

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTTER

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2 1/2 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. XXVIII.

Berlin, August 1894.

No. 8.

I. Originalien.

Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen.

Nach einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg gehaltenen Vortrage

von

Dr. Ostmann

Stabsarzt und Privatdocent in Königsberg.

Die Anregung zu den Untersuchungen, deren Resultat ich Ihnen heute mittheilen möchte, wurde mir durch eine Arbeit Welcker's „Ueber knöcherne Verengerung und Verschlussung des äusseren Gehörganges“ gegeben, welche im Jahre 1864 im I. Bande des Archiv's für Ohrenheilkunde¹⁾ erschienen ist. In dem zweiten, über Exostosen des äusseren Gehörganges handelnden Abschnitt derselben führt Welcker die Beobachtung Seligmann's an, „dass bei den durch künstliche Formung langgestreckten Amerikanerschädeln, die unter den Bezeichnungen: Titicaca's, Huanka's, Aymara's in verschiedenen Sammlungen

¹⁾ Heft III, pag. 163 u. ff.

vorkommen, Exostosen innerhalb des Meatus auditorius externus ausserordentlich häufig sind. Von 6 bis jetzt untersuchten Schädeln, so citirt Welcker Seligmann, haben 5 solche Exostosen; bei den ganz ähnlich difformen sog. Avarenschädeln fanden sich die Exostosen nicht²⁾. „Allerdings ein auffallender Befund,“ sagt Welcker, „welcher wohl zur Frage berechtigen mag: sind diese Exostosen eine Rasseeigenthümlichkeit? oder sind sie ein Erzeugniss bestimmter, gerade bei jenen Rassen wirksamer Schädlichkeiten?“ Er glaubt, dass weitere Untersuchungen dieser Angelegenheit nicht geeignet sein dürften, um Seligmann an seinem Ausspruche, dass an den Titicaca-Schädeln allein sich jene Abnormität finde, festhalten zu lassen, wenigstens habe er an einem nicht geformten Schädel eines Fuchsindianers vom Mississippi der Heidelberger Sammlung, sowie an zwei nicht künstlich deformirten Schädeln von Marquessainsulanern auch Exostosen in den Gehörgängen gefunden, und zwar bei einem der letzteren in sehr erheblicher Entwicklung. Nehme man hinzu, dass auch bei Europäern gar nicht so selten Exostosen sich fänden, so könne man von einer Ausschliesslichkeit ihres Vorkommens nur am Titicacaschädel nicht wohl sprechen, wie man überhaupt einen Gegensatz zwischen den Exostosen jener amerikanischen Stämme und denjenigen anderer Völker nicht wohl construiren könne. Indess verdanke man den Untersuchungen Seligmann's die gewiss nicht uninteressante Thatsache, „dass jene Exostosen bei überseeischen Rassen ausserordentlich viel häufiger sind, als bei den Völkern unseres Continents“. An diesen, mit Rücksicht auf das sehr kleine und einseitige Material, wie mir scheint, sehr weitgehenden und allgemein umfassenden Ausspruch habe ich angeknüpft und versucht zu zeigen, wie weit er sich an einem möglichst grossen Material, welches den verschiedensten Völkerrassen entstammt, bewahrheitet. Zu diesem Zweck habe ich das craniologische Material der Anatomie zu Königsberg, Berlin, Halle a. S. und der Privatsammlung des Herrn Professor E. Schmidt zu Leipzig auf das Vorkommen von Exostosen des äusseren Gehörganges untersucht und möchte ich es nicht unterlassen, sogleich an dieser Stelle den Herren Geheimrathen Waldeyer, Welcker und Stieda, sowie Herrn Professor E. Schmidt für die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Zu diesem selbstuntersuchten Material habe ich von dem in Deutschland vorhandenen anthropologischen Material noch weiteres aus dem Museum der Senkenberg'schen naturforschenden Gesellschaft und des Senkenberg'schen anatomischen Instituts zu Frankfurt a. M., des Grossherzoglichen Naturalienkabinets im alten Schloss zu Darmstadt und des anatomischen Instituts der Universität Breslau hinzugetragen, so dass in Sa. 2302 Schädel von mir selbst untersucht und 331 weitere herangezogen wurden. Somit kommen in Betracht 2633 Schädel der verschiedensten Völkerrassen. Bezüglich der Differenz der von mir und der in den bezw. Sammlungs-Katalogen aufgeführten Zahlen darf ich wohl erwähnen, dass ich naturgemäss alle jugendlichen Schädel ausser Betracht lassen musste, welche eine noch nicht vollständige Ausbildung des äusseren knöchernen Gehörganges aufwiesen. Was nun die Zugehörig-

²⁾ L. c.

keit der einzelnen Völker zu den verschiedenen Rassen betrifft, so ist dies ja eine noch keineswegs für alle gelöste Frage; ich habe mich im Grossen und Ganzen an die von E. Schmidt in seinem Sammlungs-Katalog gegebene Eintheilung gehalten, wengleich die Umgrenzung des Erdtheils sich durchaus nicht immer mit der der Rasse deckt. Doch dürfte durch ein solches etwas summarisches Verfahren nach dem, wie das Resultat der Untersuchung sich stellt, eine Beeinflussung desselben ausgeschlossen sein.

Es wurden untersucht:		
von Europäern		1054 Schädel,
„ Afrikanern überhaupt		773 „
von diesen waren:		
afrikanische Neger	257,	
moderne u. antike Egypter	516,	
von Asiaten		491 Schädel,
„ Amerikanern		202 „
von diesen wurden selbstuntersucht	176,	
und zwar entfallen auf:		
1) alte Peruaner		111 Schädel,
2) Grönländer		19 „
3) Indianer		20 „
4) Mexicaner		22 „
5) Guarapavaner		4 „
von Australiern und Ozeaniern		113 „

Bei den 2633 Schädeln habe ich im Ganzen 16mal Exostosen im äusseren, knöchernen Gehörgang gefunden und zwar der Häufigkeit des Vorkommens nach geordnet:

bei amerikanischen Schädeln	13 mal	oder in	6,4 pCt.	aller Schädel,
„ australischen und ozeanischen	2	„	„	1,77 „
„ modernen und antiken Egypter-Schädeln	1	„	„	0,19 „
„ afrikanischen Negern	}	0	„	0,00 „
„ Asiaten				
„ Europäern				

Zerlegt man diese Zahlen weiter, so zeigt sich, dass von den 13 Exostosen amerikanischer Schädel allein 12 auf solche alter Peruaner und nur eine auf einen mexicanischen Schädel⁵⁾ entfallen, so dass von den 111 von mir selbst untersuchten Peruaner-Schädeln 10,8 pCt Exostosen im äusseren knöchernen Gehörgang hatten, während dies bei den 22 Mexicanern in 7,4 pCt. der Fall war. Alle übrigen amerikanischen Schädel waren frei von Exostosen.

Den einen ozeanischen Schädel mit solchen fand ich in Halle; er stammte von der Ostküste der Insel Oahu, einer der Sandwichs-Inseln, wo er im Flugsande des Meeresstrandes gefunden worden war; den anderen in Leipzig; es war ein Kanaka-Schädel. Der einzige mit Exostosen behaftete ägyptische Schädel befindet sich ebenfalls in der Sammlung

⁵⁾ Craniologische Sammlung des anatomischen Instituts zu Berlin No. 21647.

des Herrn Professor E. Schmidt und ist der Schädel eines alten Egypters von Philae⁴⁾.

Wir werden sehen, dass sich die angeführten procentuarischen Verhältnisse, wenn wir noch weitere, in der Literatur vorhandene, einschlägige Angaben berücksichtigen, noch etwas ändern und zwar zu Gunsten des schon jetzt zu Tage tretenden Ergebnisses, dass Gehörgangsexostosen an amerikanischen Schädeln, und insbesondere an solchen alter Peruaner, ein relativ recht häufiges Verkommnis sind, worauf schon von Anderen, so namentlich von Virchow⁵⁾, hingewiesen ist, dass aber das vorliegende, immerhin nicht ganz kleine statistische Material die ganz allgemein gehaltene Behauptung nicht stützt, dass Gehörgangsexostosen „bei überseeischen Rassen ausserordentlich viel häufiger sind, als bei den Völkern unseres Continents⁶⁾“; denn es trifft dies nur zu für die Amerikaner und wohl auch Australier bezw. diesen verwandte Völkerschaften, den Ozeaniern, nicht aber nach meinem Material für afrikanische Neger und die mongolische Rasse.

Die Exostosen der alten Peruaner, welche einzeln in dem beigegebenen Anhang genauer beschrieben sind, sollen uns zunächst beschäftigen.

Die Knochen alter Peruaner haben seit längerer Zeit durch eine Reihe interessanter Befunde die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. In Deutschland scheint zuerst Zschokke durch seine im Jahre 1845 erschienene Inaugural-Dissertation „über eine merkwürdige, bisher unbekannte, krankhafte Veränderung an Menschenknochen aus Peru“ den ersten Anstoss zu weiteren Untersuchungen dieser interessanten Befunde gegeben zu haben. Er beschrieb⁷⁾ an Röhrenknochen aus Peru, die von Tschudi einem gemeinsamen Grabe bei Lurin, südlich von Lima, entnommen waren und nach Virchow's Ansicht anscheinend sehr jugendlichen Individuen angehörten, Wucherungen der diploetischen Substanz, schwammige Exostosen und schwammige, keulenförmige Auswüchse der Gelenkenden und ihrer nächsten Umgebung, sowie schwammige Exostosen am Os ileum und an einem Gelenkfortsatz eines Unterkiefers. Virchow hatte später Gelegenheit, einen Theil dieser Knochen selbst zu untersuchen, und ist der Ansicht⁸⁾, es könne nicht der mindeste Zweifel darüber bestehen, dass die von Zschokke beschriebenen krankhaften Veränderungen „in das Gebiet der sogenannten multiplen Exostosen zu setzen“ seien, welche ihre Entstehung einer Entwicklungsstörung beim Knochenwachsthum verdanken, welche darin besteht, dass „am häufigsten in der Nähe der Epiphysen einzelne Knorpelstücke aus der gemeinsamen Entwicklung ausscheiden, eine Zeit lang in ruhendem Zustande verharren und später eine selbstständige Weiterbildung, sei es zur Knorpelwucherung, sei es zu Knochen eingehen.“ Bisher sind wenigstens in

⁴⁾ No. 747 des Sammlungs-Katalogs.

⁵⁾ Virchow: Ueber krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner. Sitzungsberichte der Königlich preussischen Academie der Wissenschaften zu Berlin. Jahrgang 1885; II. Halbband, pag. 1139 u. f.

⁶⁾ Welcker. L. c.

⁷⁾ Ich folge im Nachfolgenden den Angaben Virchow's in seiner Abhandlung über krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner, da mir die einschlägigen Quellen selbst nicht zur Verfügung stehen.

⁸⁾ L. c.

deutschen Sammlungen anscheinend keine vollständigen Skelette alter Peruaner vorhanden, an denen der Nachweis erbracht werden könnte, ob gleichartige, pathologische Veränderungen des Knochenwachstums auch an den Schädeln solcher Skelette mit multiplen Exostosen sich finden. Für die alten Peruaner muss mithin diese Frage zunächst offen bleiben, wieweil ihre Beziehung uns mit Rücksicht auf die Thatsache nicht allzu wahrscheinlich scheint, dass die multiplen Exostosen, welche man ja auch an Skeletten der einheimischen Bevölkerung findet, überwiegend häufig die Extremitäten befallen und den Kopf, namentlich den Schädel, frei lassen⁹⁾. Häufig sind Exostosen der Schädelknochen auch bei den alten Peruanern sicherlich nicht, wenn wir eben von denjenigen des einen kleinen Knochens, dem Os tympanicum, absehen; denn sonst wäre diese Thatsache bei den sorgfältigen Untersuchungen der vielen hundert Schädel, die jetzt nun schon vorliegen, sicherlich längst hervorgehoben, ebenso wie die sonstigen mannigfachen anderen Störungen der Ossification, welche an ihnen zu beobachten sind. Ich erinnere nur an die dauernde oder zeitweise Persistenz der Hinterhaupts-Quernaht bei den alten Peruanern oder gewissen altperuanischen Stämmen¹⁰⁾, an die frühzeitige und nicht selten vollkommenste Synostose der Schädelnähte, an Hyperostosen und Sklerosen und an die uns beschäftigenden Exostosen des äusseren Gehörganges.

Die Erklärung, welche Seligmann für das gehäufte Auftreten dieser gab, war die, dass durch die bei den Peruanern übliche Sitte, jungen Leuten die Ohrfläppchen zu durchstechen und die Löcher behufs Anbringung umfangreichen Ohrschmuckes gewaltsam zu erweitern, ein pathologischer Process herbeigeführt werde, der schliesslich auf Gehörgangsknochen und Knorpel übergreife. Virchow¹¹⁾ hat im Hinweis einerseits auf die gleiche, bei vielen anderen Völkern bestehende Sitte, ohne dass derartige Folgen auftreten, und andererseits im Hinblick auf das Vorkommen von Exostosen gerade auch bei Völkern, welche keineswegs so umfangreichen Ohrschmuck tragen, dass durch diesen eine stärkere Reizung auf Knorpel und Knochen des äusseren Gehörganges ausgeübt werden könnte, die Erklärung Seligmann's als in keiner Weise stichhaltig zurückgewiesen. Seine eigenen Untersuchungen¹²⁾ von 134 Schädeln alter Peruaner der Sammlung Reiss und Stübel zeigten ihm, dass die Exostosen bei den Peruanern in der Regel „die äussere Hälfte des knöchernen Gehörganges einnehmen und ausnahmslos von einem der Ränder der Pars tympanica des Schläfenbeines und zwar am häufigsten von dem hinteren, nicht selten von dem vorderen, häufig jedoch auch von beiden entspringen.“ Der Hergang ihrer Entstehung ist der, „dass der Rand sich Anfangs verdickt, dann mehr und mehr anschwillt und sich allmählig geschwulstartig auftreibt“. Die Zahl der von demselben Rande entspringenden Exostosen wechselt, zuweilen ist es nur eine, zuweilen sind es mehrere. „Die Structur erscheint äusserlich

⁹⁾ Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1864—65, II. Bd., pag. 86.

¹⁰⁾ Virchow: Ueber einige Merkmale niederer Menschenrassen am Schädel. Physikalische Abhandlungen der Königlichen Academie der Wissenschaften zu Berlin aus dem Jahre 1875. Pag. 99.

¹¹⁾ Ueber krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner. L. c.

¹²⁾ L. c.

stets sehr dicht, sclerotisch oder elfenbeinern, jedoch entspricht der innere Bau diesem Aussehen nicht vollkommen.“ „Wenn man erwägt,“ sagt Virchow¹³⁾ bezüglich der Natur und Entstehungsursache, „dass die bezeichneten Randstellen den Punkten entsprechen, wo der knorpelige Gehörgang sich an den knöchernen anschliesst, so liegt der Gedanke sehr nahe, dass diese auriculären Exostosen der Exostosis cartilaginea und der Exostosis multiplex der Extremitäten- und der platten Knochen verwandt seien. Es sind eben excessive Wucherungen an Stellen, welche zur Ossification schreiten“, so dass die Thatsache als feststehend angesehen werden dürfte, „dass sie auf irritativen Störungen der normalen Knochenentwicklung beruhen“. Wie die Literatur zeigt, hat es etwas Verlockendes, diese irritativen Störungen in einen Zusammenhang mit der fast an allen Peruaner-Schädeln zu beobachtenden, mehr oder weniger hochgradigen, künstlichen Deformirung zu bringen. Eine unmittelbare Verbindung zwischen Beiden weist Virchow mit Rücksicht darauf, dass gerade seine am stärksten deformirten Aucon-Schädel keine Exostosen aufweisen, von der Hand; doch äussert er sich bezüglich eines mittelbaren Causalnexus dahin, dass die Möglichkeit anerkannt werden müsse, „dass durch die Verdrückung und Verschiebung der Schädelknochen die Verwachsung der Pars tympanica erschwert oder geradezu verhindert, und so eine Prädisposition zu der Veränderung der Ränder dieses Knochentheiles gegeben werden könne.“ Aus den Thatsachen indes, dass die meisten der Schädel, an denen er Exostosen fand, etwas, wenige stark, manche anscheinend gar nicht deformirt waren, und die Exostosen sehr wahrscheinlich nahe verwandt mit der Exostosis cartilaginea und multiplex sind, scheint ihm hervorzugehen, „dass die Wirklichkeit der bezeichneten Möglichkeit wenig entspricht“ und es somit angezeigt erscheint, dass man verläufig die künstliche Deformation aus der Reihe der Ursachen der Gehörgangs-Exostosen streichen muss.

Wenn ich nun auf meine eigenen Untersuchungen der 111 Peruanerschädel näher eingehe, so geschieht dies deshalb, weil ich die Möglichkeit eines mittelbaren Zusammenhangs zwischen einer besonderen Art der Schädeldeformirung und der Gehörgangsexostose in gewisser Beziehung stützen zu können glaube.

Ich habe an meinen Peruaner-Schädeln drei Abweichungen von der normalen Knochenentwicklung des Os tympanicum gefunden. Hyperostosen, d. h. eine allgemeine oder fast allgemeine Verdickung des Knochens, Periostosen, womit ich die flachen, wallartigen, breit aufsitzen und ohne bestimmte Umgrenzung in die Umgebung übergehenden Knochenerhebungen bezeichne, und schliesslich Exostosen, d. h. Knochenneubildungen mit mehr oder weniger scharf umgrenzter Form, welche von beschränkter Stelle des Knochens ausgingen. Alle drei Formen kommen für sich, aber auch miteinander gemeinschaftlich vor und beschränkten sich stets auf das Os tympanicum, während Schuppe und Warzenthail, soweit sie zur Bildung des äusseren knöchernen Gehörgangs beitragen, frei waren.

Die Periostosen fanden sich sowohl an der vorderen wie hinteren

¹³⁾ L. c.

Wand und erstreckten sich theilweise, soweit eine Beurtheilung bei der Besichtigung von aussen möglich war, bis in die Nähe des Paukenringes, wobei sie sich allmählig abflachten.

Als Ausgangspunkt der Exostosen dienten stets die Ränder des Os tympanicum, und zwar des vorderen wie hinteren in annähernd gleicher Häufigkeit. Mit einer Ausnahme, wo zwei kleine, knopfförmige Exostosen in der Nähe des Annulus tympanicus von dem vorderen Rande des Os tympanicum entsprangen, war der Sitz derselben die äussere Hälfte, in einzelnen Fällen der äusserste Punkt eines der Ränder, so dass dann die Knochengeschwülste aus der Ohröffnung hervorragten, wie dies die Abbildungen 4 und 5 zeigen.

Ihre Oberfläche war bald glatt, bald höckerig, bald fein geriffelt und nicht ganz selten hatte man den Eindruck, als ob mehrere kleinere zu einer gemeinsamen grösseren Exostose sich vereinigt hatten. Manchmal war der eine oder andere Rand wulstig verdickt und trieb nur an umgrenzter Stelle eine Exostose.

Wir haben somit im Wesentlichen ein Bild der pathologischen Veränderungen des Os tympanicum, wie es die Exostosis multiplex der langen Röhrenknochen bietet; neben der multiplen Exostose die allgemeine Hyperostose und die Periostose der Gelenkenden. Auch die von Virchow¹⁴⁾ beschriebene, mangelnde oder unvollständige Verwachsung der Ränder des Os tympanicum mit der Schläfenschuppe und dem Warzenfortsatz konnte häufig neben der eigenthümlichen Einrollung der Ränder beobachtet werden. Die beigegebenen Abbildungen der Exostosen zeigen deutlich auch diese Verhältnisse. Die Deformirung war bei den einzelnen Schädeln offenbar eine verschieden starke und auch verschiedenartige, doch ist ihr Endeffect mit Bezug auf die Verkürzung der sagittalen Axe des Schädels, wie wir sehen werden, bei allen Schädeln mehr oder weniger in soweit der gleiche, als nur der erreichte Grad der Brachycephalie ein verschiedener ist. Die künstliche Deformirung der Schädel bei den alten Peruanern ist bekanntlich keineswegs eine nur bei ihnen vorkommende Sitte, wengleich wohl kaum bei einem anderen Volkstamm uns in solcher Zahl so monströse Schädelformen, wie gerade bei ihnen, entgegnetreten, sie ist vielmehr Theilerscheinung einer in den ältesten Zeiten schon vorhandenen und noch bis in die Jetztzeit bei verschiedenen, selbst höchst cultivirten Völkern, wie den Franzosen, fortbestehenden Gewohnheit, deren Entstehung man bald auf Zweckmässigkeitsgründe, bald auf Nachahmungstrieb zurückgeführt, und deren Rückwirkung auf leibliche und geistige Gesundheit verschiedene Beurtheilung gefunden hat.

Aus einer alten kirchlichen Verordnung geht hervor, dass bei den Peruanern wenigstens drei verschiedene Deformirungsmethoden zur Anwendung kamen, welche man als Caito, Oma und Opalku bezeichnete¹⁵⁾, und man hat Grund, anzunehmen, dass gewisse provinzielle Unterschiede bestanden, vielleicht auch gewisse Deformationsmethoden einzelnen Fa-

¹⁴⁾ L. c.

¹⁵⁾ Bräss: Beiträge zur Kenntniss der künstlichen Schädelverbildungen. Inaugural-Dissertation. Leipzig 1887. Pag. 15.

milien vorbehalten waren. Torquemada¹⁶⁾ berichtet z. B., dass diejenige Methode, welche Thurmköpfe erzeugte, nur bei der Königlichen Familie angewendet wurde.

Nach dem Resultat der künstlichen Verbildung unterscheidet Morton¹⁷⁾ vier verschiedene Kopfformen: solche, bei denen der Schädel schief nach hinten und oben in die Länge gezogen, oder zuckerhutförmig in die Höhe gestreckt ist, oder bei denen die Stirn steil in die Höhe steigt bezw. endlich der Schädel von oben und vornher niedergedrückt ist, so dass er auffallend lang und breit mit abgeplatteter Stirn und flachem Scheitel erscheint.

(Fortsetzung folgt.)

Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms.

Von

E. M. Stepanow, Privatdocent in Moskau.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Kehlkopf und Lutröhre. Die Untersuchung der *Larynxmucosa* ergab, dass die Scleromentzündung nach oben nicht über die Schliessungslinie der Stimmbänder sich verbreitet hatte. Beim Durchsehen der Schnitte aus vielen Stellen der Epiglottis, der *Lig. thyreo-epiglotticum*, der Taschenbänder traf man die Schleimhaut immer im Stadium der chronischen Entzündung an, mit mässiger Infiltration der oberflächlichen Schichten, aber nirgends mit spezifischen Ablagerungen. Die *Mucosa* der hinteren Larynxwand und der anliegenden Abschnitte der Giessbeckenknorpel ist stark hyperplasirt. Fig. 1 (Taf.) stellt einen Horizontalschnitt durch die hintere Wand, etwas über dem Niveau der Stimmbänder, dar: vielschichtiges, mächtiges Plattenepithel wächst in die *Mucosa* mit langen, sich verzweigenden Ausläufern hinein; die *Mucosa* mit ihren zahlreichen Papillen ist durchweg in fibröses Gewebe verwandelt; hier und da findet man eine spärliche zellige Infiltration; die halbzerstörten Drüsen (*g*) nimmt man nur an einer Stelle wahr.

Vom freien Rande der Stimmbänder beginnend zieht sich die spezifische Infiltration inclusive bis zum VI. Trachealknorpel hin (also über das ganze Präparat).

Die krankhaften Veränderungen betreffen das rechte Stimmband stärker als das linke. Fig. 3 (Taf.) stellt einen Schnitt durch die Mitte des linken Stimmbandes durchweg bis zum unteren Rande des I. Trachealknorpels dar.

Bei kleiner Vergrösserung überzeugt man sich unschwer, dass die massive Verdickung des Stimmbandes unmittelbar unter dem inneren freien Winkel beginnt in Form stark ausgesprochenen fibrösen Gewebes mit zahlreichen rundzelligen Schaltschichten zwischen den Bündeln. Etwas niedriger zerfällt das Infiltrat in zwei Hauptschichten: in eine ober-

¹⁶⁾ Bräss: l. c., pag. 16.

¹⁷⁾ Nach Ranke: Der Mensch. I. Bd., pag. 175.

flächliche, subepitheliale (*i*) und in eine tiefe, der Drüsenschicht entsprechende (*g*). Die erstere zieht sich als schmaler Streifen, dessen Dicke nicht besonderen Schwankungen unterliegt, und zwar nach unten zu etwas schmaler als nach oben; an Stellen tieferen Eindringens der Epithelialzapfen in das Stimmbandgewebe ist der Infiltrationsstreifen breiter, und auch umgekehrt. Die untere Grenze tritt an vielen Stellen in weiter Ausdehnung scharf hervor und verläuft parallel der freien Schleimhautoberfläche; diese Regelmässigkeit wird durch die Ausführungsgänge der in der Circumferenz infiltrirten Drüsen (*d*), oder durch einzelne, besonders lange Epithelialzapfen unterbrochen.

Die zweite Schicht, die tiefe, bietet weder die Regelmässigkeit, noch die Continuität der ersteren dar.

Sie hebt sich etwa $\frac{1}{2}$ Ctm. entfernt vom freien Winkel des Stimmbandes ab und besteht aus einer verhältnissmässig grossen Zahl von inselförmigen Herden, an welchen, je tiefer nach unten, die Drüsenstructur immer deutlicher hervortritt.

Längs der Infiltrationsschicht der Drüsen, an der medianen Seite (der Mucosa zugewandt) findet man zwei bis drei Streifchen eines rundzelligen Infiltrats, die stellenweise in einen confluirenden. Diese rundzelligen Striemen sind Infiltrate längs der Ausführungsgänge von Drüsen; allem Anscheine nach sind diese Ausführungsgänge die Verbreitungswege des Processes in die Tiefe, auf die Drüsenschicht.

Das Epithel ist in der ganzen Ausdehnung des Stimmbandes ein mehrschichtiges, plattes, mit verhornter oberflächlicher Schicht. Epithelverlust und Entblössung des darunterliegenden Granulationsgewebes ist sehr selten. Von der Epithelialschicht in ihrer ganzen Ausdehnung ziehen in die Tiefe zahlreiche Zapfen von verschiedener Form und Länge; da einige von ihnen in schräger Richtung verlaufen, so sieht man auf Frontalschnitten der Mucosa zuweilen isolirte Inseln von Plattenepithel, welche den Transversalschnitt derselben darstellen.

Das Subepithelialinfiltrat füllt alle zwischen den Epithelialzapfen befindlichen Räume aus, wodurch eine Anzahl Papillen, deren Form und Dimensionen durch die Form der Zapfen bestimmt, gebildet wird.

Die Grenze der epithelialen und subepithelialen Schichten ist nicht überall scharf ausgesprochen, denn an einigen Stellen dringen die runden Zellen des subepithelialen Infiltrats zwischen die Epithelzellen ein.

Die Bindegewebesicht zwischen dem tiefen und oberflächlichen Infiltrat, sowie zwischen denen der Drüsen und Ausführungsgänge besteht aus dicht gedrängten, longitudinalen, geraden Fasern mit zahlreichen schlanken, spindelförmigen Kernen; hier und da sieht man längliche schmale Streifen eines rundzelligen Infiltrats im Verlaufe der Capillaren.

Bei starken Vergrösserungen findet man an entsprechend gefärbten Präparaten im Subepithelialinfiltrate stellenweise eine Menge Mikulicischer Zellen und Bacillen. Sie liegen gewöhnlich unmittelbar unter dem Epithel. Diese oberflächliche Infiltratschicht erscheint bei schwacher Vergrösserung hell, weil die Zellkerne weit von einander liegen; letzteres ist bedingt durch die Grösse der an Bacillen reichen Zellen selbst. Eine genaue Vorstellung von der Anzahl der Microben giebt nur das Färben mit Methylenblau 24^h lang mit vorsichtiger, nachfolgender Alcoholbehandlung, oder mit Carbol-Gentiana und vorsichtigem Entfärben mit

einer schwachen Essigsäurelösung ($1/4 - 1/8$ pCt.), oder nur mit Alcohol; nur auf solche Weise kann man die kleinsten, hauptsächlich in diesen Zellen sich befindenden Microben tingiren (Tafel, Fig. 11). Zwar kommen auch hier Herde von grösseren und selbst grossen Bacillen, die wir in den tiefen Schichten dieses Infiltrats angetroffen hatten, vor.

Uebrigens bieten nicht alle Papillen das gleiche Bild dar. In einigen ist die ganze Papille durchweg von dichtgedrängtem rundzelligen Infiltrat durchsetzt, wobei die Microben entweder ganz fehlen oder nur spärlich vorhanden sind.

Die Infiltrate der tieferen Schicht weisen Mikulicz'sche Zellen und Microbenherde viel seltener auf; eine grosse Rarität bilden sie in den Infiltraten der Drüsen selbst.

In den inselförmigen Infiltraten zwischen den Bündeln des derben fibrösen Gewebes, zwischen Muskel und innerem Winkel des Stimmbandes (*i*) liegen in grosser Zahl hyalindegenerirte Zellen und freie Schollen; zwischen denselben kommen hier und da vereinzelt Mikulicz'sche Zellen resp. Microbenhaufen vor. An der Peripherie dieser Infiltrate stösst man häufig auf Uebergangsformen von runden zu spindelförmigen Zellen; sie sind hier in grosser Anzahl. Spindelförmige Elemente beobachtet man auch an der Peripherie anderer Infiltrate.

Adventitia und Media der kleinen Arterien und Venen sind grösstentheils infiltrirt; an einigen sind diese Membranen bindegewebig verdickt und das Gefässlumen verengt; zuweilen ist letzteres mit abgelöstem (proliferirendem?) Endothel vollgepfropft. Sehr deutlich war die bindegewebige Verdickung der Adventitia und Media und die Lumenverengerung grösserer Arterien in den fibrösen Schichten des freien Winkels der Stimmbänder ausgesprochen; die Intima selbst schien nie verdickt. Ein Theil der Fasern des *M. thyreo-aryt.* war durch fibröses Gewebe, welches stellenweise vereinzelt, noch gut erhaltene Muskelfasern aufweisen konnte, ersetzt. Die Fasern der nächstliegenden Muskelbündel waren durch Reihen runder Elemente von einander separirt. Die Substanz dieser Bündel schien unversehrt.

In den Drüsen nahm die Infiltration das interacinöse Bindegewebe in Anspruch und zog sich den Wandungen der Ausführungsgänge entlang. Die Anfangsbezirke der Ausführungsgänge waren austapezirt mit mehrschichtigem Plattenepithel, das hier von der Schleimhautoberfläche sich fortsetzte. Hart am Eingange schien die obere Schicht dieses Epithels verhornt; von hier abwärts nahm der Epithelialüberzug (des Canals) des Ganges mehrschichtiges Plattenepithel-Character an: die Zellen waren zuerst drei-, dann zweischichtig; noch mehr abwärts stiess man zuletzt auf niedriges, einschichtiges Cylinderepithel.

Acini mit gut erhaltenem Epithel traf man fast gar nicht an; gewöhnlich lag in der Höhlung der Acini Zellendetritus in Form feiner Maschen, hier und da mit Kernen. In stark degenerirten Drüsen waren hier und da transversale Schnitte der mit noch gut erhaltenem Epithel austapezirten Ausführungsgänge zu sehen.

Die Mucosa des oberen Abschnittes der Trachea (bis zum VI. Knorpelring) bot die Fortsetzung der so eben beschriebenen Veränderungen dar, weshalb eine ausführliche Schilderung derselben überflüssig, wogegen der

hier gefundenen Herde des neugebildeten Knorpel- und Knochengewebes gedacht werden soll.

Da die infiltrirten Drüsen der Trachea in unmittelbarer Nähe mit den Knorpeln sich befinden, so war es selbstverständlich, dass Perichondrium und Knorpel vom chronisch entzündlichen Process zuweilen ergriffen wurden.

Auf dem Niveau des VI. Tracheaknorpelringes stiess man auf einige knorpelige und selbst knöcherne Inselchen von verschiedener Grösse; diese letzteren lagen alle unmittelbar dem verdickten und an spindelförmigen Elementen reichen Perichondrium auf, oder sie confluirten mit ihm durch breite, bindegewebige Striemen von solch einem Aussehen, wie das Perichondrium selbst. Die grösste Masse dieser Inselchen bestand aus jungem Hyalinknorpel; bei einigen von ihnen begann im Centrum sich Knochengewebe zu entwickeln.

Der Knorpel der Trachealringe war stellenweise verändert. Die Grenze zwischen ihm und dem Perichondrium war nur schwach angedeutet; in den oberflächlichen Schichten fand man eine bedeutende Anzahl von runden und spindelförmigen Zellen.

Stroganoff*), der sehr genau die Entstehung der knorpeligen und knöchernen Inselchen studirt hat, da sie sehr zahlreich in seinen Fällen sich vorfanden, beweist die Möglichkeit der Knorpelbildung auf heterogenem Wege aus Granulationsgewebe. In dem von uns beobachteten Falle war der Zusammenhang zwischen den neugebildeten Inselchen und Perichondrium ein manifester.

Ausser in dem bereits angeführten Abschnitte, nahe dem freien Winkel des Stimmbandes, fand man nur selten in der weiteren Ausdehnung der Infiltrate hyaline Kugeln.

Es erübrigt noch zum Schluss, den feineren Bau des Scleroms abzuhandeln.

Ausser dem Material, das mir durch die Autopsie anheimfiel, benutzte ich zahlreiche Gewebspartikelchen, den Pat. bei Lebzeiten entnommen; sie wurden gehärtet in Alcohol, Osmiumsäure, Müller'scher und Flemming'scher Flüssigkeit.

Oben wurden die Epithelveränderungen beim Sclerom beschrieben und dabei der sich in ihnen bildenden Vacuolen gedacht; in einigen derselben des Flimmerepithels auf der Nasenschleimhaut (Rand der Erosion C) lagen viele Sclerombacillen so angeordnet, wie man sie in den Vacuolen Mikulicz'scher Zellen anzutreffen pflegt. Ein jegliches Anzweifeln dieses Factums fällt weg durch die Färbung der Bacillencapseln in einigen Vacuolen (Taf., Fig. 10 v'c'). Die Microben enthaltenden Vacuolen befanden sich immer in der Tiefe der Epithelialschicht. Vacuolen in der Nähe der freien Epithelialoberfläche wiesen keine Bacillen auf. (Einen interessanten Befund liefert die rechte Vacuole mit Bacterien [Taf., Fig. 10]; sie communicirt mit einer kleinen, in der Schleimhaut befindlichen vermittelt einer winzigen Oeffnung.)

Es ist schwer, mit Bestimmtheit zu sagen, wo eigentlich die Microben

*) Stroganoff: Zur Pathologie der chronischen Blennorrhoe der Schleimhaut der Athmungswege. — Arbeiten der Hospital-Aerzte zu Odessa, Lief. IV, 1881. (Russ.)

liegen, ob in den epithelialen oder aber in den gewöhnlichen runden, in der Epithelialschicht eingelagerten Zellen; das erste ist wahrscheinlicher, als das zweite. Das Auftreten von Mikulicz'schen Zellen in der Epithelschicht ist ein höchst interessantes Factum und, so weit uns bekannt, bis jetzt nur von Kranzfeld und Paltauf beobachtet worden.

Auch Juffinger weist in seiner letzten Arbeit auf das Vorkommen von Bacterien im Epithelialüberzuge des Gaumens hin.

Die runden Zellen des Sclerominfiltrats sind zur Genüge von vielen früheren Beobachtern (hauptsächlich von Wolkowitsch) studirt worden, weshalb ein näheres Eingehen auf sie überflüssig ist. Ueber ihre Entstehung wusste man bis zur letzten Zeit nichts Genaueres. Mikulicz war der Meinung, dass die Mehrzahl derselben auf irgend welche Weise von den Gefässen herstamme. Mibelli hielt ihre Entstehung aus den fixen Bindegewebszellen und hauptsächlich aus den Zellen der Gefässwandungen für höchst wahrscheinlich.

Sowohl wir als auch andere frühere Autoren hatten nie Gelegenheit, die Figuren der Kerntheilung zu sehen. Nur Juffinger konnte letztere in den Zellen der Gefässwandungen, in ihrer unmittelbaren Peripherie und in einzelnen Granulationszellen constatiren.

Jetzt ist es durch eine Reihe von Untersuchungen erhärtet, dass die Sclerombacillen sich in besonderen grossen Zellen, die zuerst bereits von Mikulicz beobachtet worden, einnisten. Frisch fand die Bacillen fast ausschliesslich in diesen Zellen; seine Beschreibung ist zwar kurz, aber selten exact.

Die Untersuchungen von Wolkowitsch, Paltauf, Mibelli und Juffinger haben zur Arbeit Frisch's einige Ergänzungen gebracht. Das Dittrich'sche Schema der Entwicklung Mikulicz'scher Zellen ist durch die Arbeiten der eben genannten Autoren nicht bestätigt worden.

Meine eigenen Beobachtungen über Bau und Entwicklung Mikulicz'scher Zellen haben zu denselben Resultaten geführt.

Gut entwickelte Mikulicz'sche Zellen sind grosse, runde, ovale, spindelförmige oder unregelmässig configurierte Körper, die eine oder sehr oft mehrere kleine Vacuolen mit Bacillen enthalten*). In der allergrössten Mehrzahl Mikulicz'scher Zellen sieht man (*b a*) einen Kern, der bald gut erhalten, bald geschrumpft ist. In einigen, dem Anscheine nach kernlosen Zellen waren sie vielleicht nicht in den Schnitt gekommen: Die Zellen sind so gross, dass sie bequem für zwei Schnitte ausreichen (Taf., Fig. 8 und 12). Das Zellenprotoplasma ist nach der Peripherie hin gedrängt und erscheint fein netzförmig oder feinkörnig. Einige Zellen sind ohne Vacuolen; die oft zahlreichen Microben liegen direct im netzförmigen Protoplasma und sind zuweilen von einem hellen Saum umgeben, welcher einer Bacillenkapsel entsprechen könnte (Taf., Fig. 5 e, g). Auch solche Zellen sind anzutreffen, wo ein Theil der Microben in einer Vacuole gruppirt ist, die andern dagegen im feinmaschigen Protoplasma (Taf., Fig. 8). Gewöhnlich sind die in ein und derselben Zelle liegenden Bacillen von fast gleicher Grösse; aber in verschiedenen, oft neben einander sich befindenden Zellen unterliegt ihre Grösse oft bedeutenden Schwankungen; das betrifft besonders Mikulicz-

*) Der Polymorphismus Mikulicz'scher Zellen erhellt aus Fig. 8, Taf.

sche Zellen aus jungen Herden der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut. In einigen Zellen sind die Microben dermassen klein, dass das Auge sie nur schwer wahrnimmt (Taf., Fig. 11), aber selbst bei diesen winzigen Bacillen lässt sich bei günstiger Färbung zuweilen die Anwesenheit von Kapseln nachweisen. Solche mit winzigen Microben versehene Mikulicz'sche Zellen trafen wir in grossen Gruppen an einigen Stellen des Kehlkopf-Subepithelialinfiltrats an. Oft war es hier rein unmöglich, an unsern Spirituspräparaten die vacuolisirten Zellen dieser Abschnitte von einander abzugrenzen (Taf., Fig. 11).

Die Präparate aus dem Falle des Herrn Collegen Boëff, sowie aus dem Naseneingang meines zweiten Pat. hatten fast ausschliesslich grosse und gut entwickelte Bacillen aufzuweisen.

Die Anfangsstadien Mikulicz'scher Zellen gelang uns in Präparaten aus jungen Herden der Nasenhöhle zu constatiren. Nie beobachteten wir eine runde Zelle mit 1 — 2 Bacillen ohne gleichzeitige Veränderung im Zellprotoplasma; die letztere bestand entweder in Bildung einer kleinen Vacuole oder trug zur Vergrösserung der Gesamtprotoplasmamasse bei. Die in der Zelle in diesem Entwicklungsstadium sich befindenden Microben zeichneten sich gewöhnlich durch ihre Winzigkeit aus (Taf., Fig. 5 a, b, c). Dieser Umstand erklärt die Schwierigkeit des Auffindens solcher Zellen, da die kleinen Microben beim Abspülen der Präparate mit Alcohol, Essigsäure und hauptsächlich nach der Methode von Gram leicht farblos werden. Im Fall des Herrn Coll. Boëff traf man Mikulicz'sche Zellen im Initialstadium nirgends an, was wohl auf das lange Bestehen des Processes, wobei sich bereits fibröses Gewebe in weiter Ausdehnung gebildet hatte, zurückzuführen ist; selbst Mikulicz'sche Zellen waren hier ein seltener Befund und in einigen ziemlich grossen Gewebspartikeln fehlten sowohl sie, als auch die Microben.

Das weitere Entwicklungsstadium der Zelle besteht in der Massenzunahme der Microben und parallelen Vergrösserung des Zellenumfanges, bedingt durch das Wachsthum der Vacuole oder der Vacuolen, falls ihrer mehrere sind; der Protoplasmarest wird nach der Peripherie hin verdrängt oder kann auch ganz verschwinden. Sind in einer Zelle mehrere kleine Vacuolen, so confluiren sie bei ihrer Vergrösserung im Centrum; aber die Spuren einer früher bestandenen Separirung bleiben noch eine Zeit lang an der Peripherie wahrnehmbar (Taf., Fig. 5 h, k).

Schliesslich platzt die Zellmembran allem Anscheine nach und die freigewordenen Microben emigriren in neue Zellen, aber wie es scheint nicht unmittelbar — sonst würde man wahrscheinlich Zellen mit einer oder zwei grossen Microben antreffen —, sondern in Form einer neuen Generation junger und kleiner Bacillen; ihr Eintritt in die Zellen verursacht eine sich rasch vollziehende Protoplasmaveränderung, wodurch die Schwierigkeit, in einer intacten runden Zelle Microben nachzuweisen, bedingt ist.

Ein anderes, mehr oder weniger häufiges Element im Scleromgewebe sind die sogen. hyalinen Körper, zuerst von Pellizzari und Cornil beschrieben. Dieser letztere Befund ist von allen den Bau des Scleroms studirenden Autoren (mit Ausnahme Dittrich's) angeführt worden. Bald stellte es sich heraus, dass solche Hyalinkörper nicht nur beim Sclerom allein vorkommen. Martinotti fand sie in der tuberculösen Lunge eines

Syphilitikern und in den Lymphdrüsen einer Luetikerin; Remedi (cit. bei Mibelli) in verschiedenen pathologischen Producten; Del Chiappa in syphilitischen Ulcera der Genitalien, bei Elephantiasis, Sycosis labii super.; Studakewitsch und Ssaawtschenko*) bei Lepra; der Autor in Schleimpolypen der Nase, adenoiden Vegetationen und Polypen des Ohres; endlich Paltauf bei der Actinomykosis.

Nach der Ansicht der überwiegenden Mehrzahl der Beobachter entwickeln sich die Hyalinkörper unter dem Einfluss der Sclerombacillen, da man in einigen derselben die Anwesenheit der letzteren constatiren kann. Einige Autoren (z. B. Wolkowitsch) halten das reichliche Auftreten derselben im Scleromgewebe für eins der histologischen Unterscheidungsmerkmale.

Die microscopischen Eigenschaften der Hyalinkörper (Widerstandsfähigkeit Säuren gegenüber, Unlöslichkeit in Alcohol, Aether, Chloroform, das Tingirtwerden mit Anilinfarben [Fuchsin, Gentiana, Methylviolett haften ihnen an bei Behandlung nach Gram etc.]) sind ausführlich von vielen Untersuchern studirt worden. Nach Wolkowitsch sind die meisten Hyalinkörper in den älteren Abschnitten des Scleromgewebes. Er behauptet weiter, dass die wirkliche Menge des Hyalins bei Weitem grösser ist als diejenige, welche wir in gefärbten Präparaten zu sehen gewöhnt sind, da eine Menge von Körpern beim Entfärben seine frühere Farbe einbüsst.

Die in einigen hyalinen Kugeln angetroffenen Bacillen sind entweder von gewöhnlicher Form oder erscheinen als Pünktchen, als Stäbchen conturirt, als Kerne von verschiedener Grösse etc. Es gelang mir niemals, ähnliche Bildungen in hyalinen Kugeln und Ellipsoiden anzutreffen, im Gegentheil aber sehr häufig in Hyalinmassen unregelmässiger Form**) (hauptsächlich in Infiltraten am medianen Winkel des Stimmbandes).

Die Quantität der hyalinen Körper ist in verschiedenen Fällen und sogar in verschiedenen Abschnitten der Infiltration ein und desselben Kranken ziemlich veränderlich. Ich konnte bemerken, dass Stellen, die sehr reich an Mikulicz'schen Zellen waren, nur wenig hyaline Körper aufzuweisen hatten und umgekehrt. Es kamen aber auch Abschnitte vor, wo sowohl beide in verhältnissmässig grosser Menge anzutreffen waren (an einigen Gewebspartikeln aus der knorpeligen Nase beim ersten Pat.).

In den Präparaten vom zweiten Pat., die sehr reich an Mikulicz'schen Zellen waren, kamen Hyalinkörper ziemlich selten vor. Die Gewebspartikel aus dem Fall des Herrn Coll. Boëff, welche, wie schon früher bemerkt, stellenweise an weiten Strecken keine Mikulicz'schen Zellen aufwiesen, waren nicht sehr reich an Hyalinschollen; das rundzellige Infiltrat lag hier in Form von kleinen Inselchen im massiven Narbengewebe eingestreut. Hieraus ersieht man, dass reichliches Antreffen von Hyalinkörpern in altem Scleromgewebe eine beständige Erscheinung ist.

Die beim ersten Pat. nach anhaltender Pinselung mit Milchsäure entfernten Gewebspartikel wiesen im Vergleich mit früher viel weniger

*) Wolkowitsch: Rhinosclerom (russ.), Seite 133.

**) Conf.: Stepanow: Ueber das Vorkommen der sogen. hyalinen Kugeln etc., Monatschr. f. Ohrenheilk. 1891, No. 5.

Mikulicz'sche Zellen und viel mehr Hyalinkörper auf. Hier traf man Gruppen gut formirter, capselttragender Bacillen in den Intercellularräumen, gleichsam als ob sie in der Hyalinsubstanz eingebettet, an. In anderen Hyalinschollen waren die Microben mehr oder weniger verändert, an die Formen alter Culturen anlehnd.

Betrachtet man die Microben in Hyalinschollen genauer, so kann man sich nicht des Eindruckes erwehren, dass die Hyalinsubstanz keinen günstigen Boden für die Entwicklung von Microben darbietet und dieselben allem Anscheine nach in ihr verkümmern. Reichliches Vorhandensein von Hyalinkörpern im Scleromgewebe bekundet das rasche Erlöschen des specifischen Processes, wogegen sein Blüthestadium durch reichliche Anwesenheit von Mikulicz'schen Zellen characterisirt wird. Deshalb halte ich in Einklang mit Mibelli die Bacillen als Ursache der Hyalinkörperbildung (nicht aller, wie Mibelli meint, sondern nur eines Theils derselben), doch stelle ich mir diesen Process etwas anders vor.

Das Schicksal der in runde Zellen gelangten Microben hängt von der Lebensenergie der Bacillen selbst ab, vom Widerstandfähigkeitsgrad der Zellen und vielleicht noch von äusseren Einflüssen (Behandlung mit energischen Agentien, z. B. Milchsäure, Bougieren). In dem einen Fall vermehren sie sich und zerstören die Zelle, welche sich in eine Bacillencolonie verwandelt; im anderen sind die Bedingungen weniger günstig und die Zelle producirt Hyalinsubstanz, die die Microben einhüllt und ihr Wachsthum behindert. In beiden Fällen geht schliesslich die Zelle zu Grunde; im ersten bilden sich neue Bacillencolonien, im zweiten bleiben sie in der Hyalinsubstanz gleichsam begraben. Von diesem Standpunkte aus kann die hyaline Degeneration als das Auftreten einer *Vis medicatrix naturae*, welche dem unbegrenzten Vermehren der Bacillen in den afficirten Geweben hemmend entgegentritt, betrachtet werden.

Früher ist darauf hingewiesen worden, dass nicht alle Hyalinkörper ihr Entstehen den Bacillen verdanken; das gilt auch von den hyalinen Kugeln oder Ellipsissen, in welchen man niemals weder Bacillen, noch ihren Zerfall hatte nachweisen können und welche man in Polypen der Nase, des Ohres, in callösen Geschwürsrändern etc., also in Processen, die nichts mit dem Sclerom gemein haben, anzutreffen pflegt.

Die Hyalinkugeln färben sich viel intensiver mit Carbol-Fuchsin und Carbol-Gentiana, als die bacillenträgenden Hyalinmassen. Vermuthlich tingiren sich die Hyalinbildungen desto intensiver, je älter sie sind; die Hyalinkugeln pflegen schon zu Beginn einer chronischen Entzündung aufzutreten, wogegen die Hauptmasse der Hyalinschollen mit den Microben erst viel später, in *Stadio decrementi* des Processes anzutreffen sind; mithin färben sich die letzteren, als jüngere Erzeugnisse, schwächer denn die ersteren.

Die Specificität der Scleromaffectionen an Larynx, Trachea, Bronchen ist jetzt durch eine Reihe von Beobachtungen (Bandler, der Autor, Juffinger zwei Fälle) vermittelst pathologischer und bacteriologischer Untersuchungen sichergestellt.

Gleichzeitig ist die Frage über die Beziehungen zwischen Sclerom und Blennorrhoea Störcki zur Genüge auseinandergesetzt, eine Frage, die

bereits Ganghofner aufgeworfen und vollkommen richtig vorherbestimmt hatte. Juffinger und ich haben gleichzeitig*) und unabhängig von einander durch pathologisch-anatomische Untersuchungen nachgewiesen, dass die exquisitesten Fälle Störck'scher Blennorrhoea — Fälle von Sclerom der Athmungswege sind.

Wenngleich nach Juffinger das Sclerom an einer beliebigen Stelle der oberen Athmungswege auftreten kann, so trifft man es doch am häufigsten an gewissen bestimmten Abschnitten derselben: 1) am knorpeligen Theile der Nase, wobei allgemein angenommen wird, dass der Process von der Nasenhöhle aus beginnt; 2) im Cavum pharyngo-nasale; 3) am subligamentösen Theil des Larynx und, nach Juffinger, am freien Rande des weichen Gaumens.

Bis zur Zeit wusste man nicht genau, wo in der Nasenhöhle die Krankheit ihren Ausgangspunkt nehme; auf Grund unseres Falles lässt sich annehmen, dass der Process im Bereiche der Verbindung der knorpeligen Nase mit der knöchernen und an den entsprechenden Abschnitten der knorpeligen Nasenscheidewand anfange.

Im Cavum pharyngo-nasale spielt dieselbe Rolle der hintere Rand der Nasenscheidewand und der Choanen. Die noch von Mikulicz gemachte und von Juffinger bestätigte Voraussetzung, dass das im Cavum pharyngo-nasale sich befindende adenoide Gewebe in Folge seiner Structur einen günstigen Boden für die Scleromentwicklung darstelle, ist wohl schwerlich annehmbar. In dem von mir beobachteten Fall war dasselbe heil und in der klinischen Casuistik kommen nur sehr seltene Fälle vor, in welchen die Luschka'sche Drüse, die Tonsillen und Drüsen an der Zungenbasis selbstständig afficirt wären; gewöhnlich greift der Process vom hintern Rande des Septums oder vom Rande der Choanen auf die Luschka'sche Drüse über.

Welche von den angeführten Regionen am häufigsten erkrankt, ist wohl kaum möglich mit Bestimmtheit auf Grund klinischer Thatsachen zu entscheiden, denn wir sehen in unserm Fall, dass ein Afficirtsein der Oberfläche des weichen Gaumens erst durch die nach dem Tode vorgenommene microscopische Untersuchung bestimmt wurde.

Die angeführten Prädispositionsstellen des Scleroms haben gewisse, ihnen allen gemeinsame Eigenheiten, die vielleicht zur Affection prädisponiren: 1) sie alle bilden die engsten Stellen des oberen Abschnittes der Athmungswege, 2) sind sie in histologischer Beziehung alle nach der Richtung hin gleich, dass in ihrem Rayon eine Art Epithel mit der anderen abwechselt (Platten mit Flimmerepithel und umgekehrt), und 3) dass die angeführten Regionen am häufigsten mechanischen Insulten ausgesetzt sind.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nasenhöhle beim Sclerom sind bis jetzt wenig untersucht worden, viel weniger als die Veränderungen des Cavum pharyngo-nasale und hauptsächlich des Larynx. Bis jetzt sind in der Literatur neun Obductionsprotocolle von Sclerom mit weniger oder mehr ausführlichen micro- und macroscopischen

*) Russisch im October 1892 in der Festschrift des Prof. Klein erschienen.

Untersuchungen mitgeteilt worden*). Das Hauptaugenmerk war in fast allen Fällen den Veränderungen des Larynx und der Trachea zugewandt. Die ziemlich dürftigen Hinweise über die Veränderung in der Nasenhöhle sind nur in 4 Fällen angeführt (Ganghofner, Chiari, Pellizzari, Juffinger).

Alle unsere Kenntnisse über die Veränderungen der Nasenhöhle beruhen hauptsächlich auf die bei Lebzeiten durch die Besichtigung derselben gewonnenen Resultate (zuweilen bei plastischen Operationen, Wolkowitsch), sowie auf Grund microscopischer Untersuchung entnommener Gewebspartikel.

Um diese bestehenden Lücken auszufüllen, ist die Nasenhöhle unseres Patienten auf das Sorgfältigste untersucht worden, wobei wir uns vom Vorhandensein von Scleromherden in der Nasenschleimhaut, die mit blossem Auge nicht bestimmt werden konnten, überzeugten.

Die Untersuchung ergab weiter, dass wirklich zwischen dem Ergriffenwerden des vordern und hintern Nasenabschnitts und des Cavum pharyngo-nasale ein unmittelbarer anatomischer Zusammenhang nicht existirt (richtiger gesagt — nicht zu sein braucht) und dass das Sclerom hier als isolirte, separirte Herde auftritt. Dadurch wurde die oft geäußerte Voraussetzung vom Weiter-schreiten der Krankheit per continuitatem aus dem Cavum pharyngo-nasale nach vorne und umgekehrt beseitigt.

Die diffusen Infiltrate, unter deren Bilde in unserem Falle die Krankheit vorzüglich sich manifestirte, lagen oberflächlich in der Subepithelial-schicht und vertieften sich nicht jenseits der Drüsenschicht; der Process begann also in den dem Epithel am nächsten gelegenen Schichten der Mucosa. Die Anwesenheit Mikulicz'scher Zellen in Epithel selbst erhärtet die Voraussetzung, dass vielleicht zuweilen als Ausgangspunkt für die Entwicklung der Krankheit die Epithelschicht verantwortlich gemacht werden muss, so wie zum Zustandekommen der Infection eine Continuitätsverletzung des Epithels nicht nothwendig ist (Juffinger).

Die Veränderungen im Cavum pharyngo-nasale und hauptsächlich im oberen Abschnitte des weichen Gaument boten ebenfalls das Bild einer oberflächlichen, diffusen, subepithelialen Infiltration dar. Ausläufer nach der Tiefe hin an der hinteren Grenze des Infiltrats entsprachen, was an einigen Schnitten constatirt wurde, den Drüsenausführungsgängen.

Die Dicke des weichen Gaumens und seine untere Fläche waren unverändert, aber die Infiltration streifte schon den vorderen Rand der oberen Drüsenschicht.

Das intraacinosöse Bindegewebe der Drüsen ist besonders geeignet für Verbreitung von Sclerominfiltrationen und da die obere und untere Drüsenschicht einen bedeutenden Theil der Gaumendicke ausmacht, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass vielleicht einige Fälle mit besonders stark ausgesprochener Veränderung in Bezug auf Gestalt und Form des

*) Die Fälle von Ganghofner, Chiari, zwei Fälle von Stroganoff, ein Fall von Pellizzari, Bandler, mein Fall und zwei von Juffinger. Letzterer führt in der Literatur nur 3 Fälle an; er liess den Fall von Pellizzari durch und kannte nicht die Arbeiten Stroganoff's.

weichen Gaumens vorzüglich das Resultat der Infiltration und des Ersetzwerdens dieser Drüsen durch Narbengewebe sind.

Die Veränderungen des Larynx unterscheiden sich von denjenigen der Nasenschleimhaut dadurch, dass das Infiltrat hier in zwei Schichten zerfällt: in eine subepitheliale und in eine tiefere, den Drüsen entsprechende. Diese Differenz ist dadurch bedingt, dass die Drüsen in der subligamentösen Strecke viel weiter von der Mucosaoberfläche abstehen, als in der Nasenschleimhaut.

Auch hier beginnt der Process höchstwahrscheinlich in der subepithelialen Schicht und verbreitet sich in die Tiefe längs der Ausführungsgänge auf das intraacinöse Bindegewebe, wo der Boden für das weitere Fortschreiten wahrscheinlich noch günstiger ist, als in der Subepithelialschicht. Tritt hier eine Infiltration in der Nähe einer Drüse auf, so geschieht das Weiterübergreifen auf die nächstliegenden einfach per continuitatem, und zwar viel schneller als in einem primären, subepithelialen Herde. In der That, Juffinger hatte Gelegenheit, eine Infiltration der Drüsenschicht an solchen Stellen anzutreffen, wo an der entsprechenden oberflächlichen Schicht der Mucosa keine Veränderungen vorlagen.

Mit der Zeit verwandeln sich allmählig die beiden Infiltratschichten in Bindegewebe und die Theilung fällt weg; die ganze Mucosa geht in derbes, fibröses Gewebe, in welchem hier und da Häufchen des Infiltrats anzutreffen sind, über.

Zum Schluss ein paar Worte über das Diagnosticiren des Scleroms unter dem Microscop. Nach Paltauf genügt in zweifelhaften Fällen, im Probestück die Abwesenheit der Sclerombacillen zu constatiren, um selbiges auszuschliessen.

Unsere eigene Erfahrung erlaubt uns nicht, uns dieser Behauptung ohne Einschränkung anzuschliessen. Bei der microscopischen Untersuchung der Partikel unstreitigen Scleromgewebes hängt das Auffinden oder Nichtauffinden der Sclerommicroben einzig und allein davon ab, in welchem Entwicklungsstadium der betreffende Abschnitt, aus dem die Probe entnommen wurde, sich befunden hatte. In späteren Stadien, in welchen das fibröse Gewebe die Hauptmasse der Geschwulst ausmacht und die Infiltrate in ihm als kleine Herde eingestreut liegen, ist die Constatirung von Bacillen oft sehr schwer.

In einigen grossen Gewebstücken, die man während der plastischen Operation aus dem Falle des Herrn Coll. Boëff erhalten und in welchen das fibröse Gewebe besonders stark entwickelt war, konnte man trotz allen Bemühens keine Bacillen nachweisen; an anderen Gewebstücken dieser Geschwulst waren alle charakteristischen Merkmale des Scleromgewebes leicht anzutreffen.

Hieraus folgt, dass, wenn beim Untersuchen reichliches Vorhandensein von fibrösem Gewebe in einer verdächtigen Geschwulst angetroffen wird, nur wiederholtes, sorgfältigstes Untersuchen mehrerer, aus verschiedenen Stellen der Geschwulst entnommener Partikel die Diagnose „Sclerom“ ausschliesst.

Aus der Klinik des Herrn Prof. v. Schrötter.

Zwei Sarcome der hinteren Pharynxwand.

Von

Dr. P. v. Felix, Secundararzt der Klinik.

In Nachfolgendem sind zwei Fälle von Sarcom der hinteren Rachenwand beschrieben, welche bald nacheinander auf der Klinik operirt wurden. Wie eine Durchsicht der einschlägigen Literatur ergibt, finden sich Sarcome in dieser Gegend überhaupt nicht häufig. Beide Fälle rechtfertigen eine gemeinsame kurze Besprechung darum, dass das Neugebildete gestielt aufsass und dass der Stiel gerade dem Aditus ad laryngem gegenüber von der hinteren Pharynxwand seinen Ursprung nahm, wodurch die Geschwülste in nähere Beziehung zum Kehlkopf traten und dessen Functionen zum Theil beeinflussten. Auch der histologische Bau ist bei beiden Tumoren sehr ähnlich, es sind beide Spindelzellensarcome.

Den diesbezüglichen microscopischen Befund verdanke ich der Güte des Herrn Prof. Kolisko.

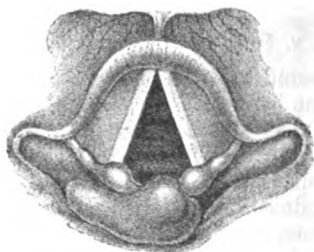
I. Chr. B., Maurer, 59 Jahre alt, angeblich stets gesund, hatte insbesondere niemals irgend welche Beschwerden von Seite des Larynx und Pharynx. Erst seit 3—4 Wochen bemerkt derselbe beim Schlingen ein Drücken im Schlunde und bringt besonders härtere Speisen schwer hinab. Beim Sprechen keine Beschwerden; kein Husten.

Patient ist von grosser, kräftiger Gestalt, von sehr gesundem Aussehen. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt nichts Abnormes, ebensowenig der äussere Hals; insbesondere finden sich nirgends geschwellte Lymphdrüsen.

Bei der laryngoscopischen Untersuchung (19. Februar) sieht man sofort eine eigenthümliche, auffallende Veränderung an der hinteren Larynxwand. Man erblickt daselbst nämlich eine gleichförmige, und zwar dunkelrothe, beinahe der Spitze eines kleinen Fingers entsprechende, zapfenförmige Geschwulst der hinteren Fläche der hinteren Larynxwand anliegend und über die Mesarytaenoidal-Gegend nach oben vorspringend. Da der Kranke sehr empfindlich ist, ist erst nach wiederholter Untersuchung der genauere Sitz der Geschwulst festzustellen. Dieselbe ist zwischen hinterer Pharynxwand und hinterer Larynxwand eingekeilt, und zwar aus der Mittellinie nach rechts gerückt, derartig, dass ihre Mitte dem rechten Aryknorpel entspricht. Mit einem zapfenförmigen Ende überragt dieselbe die hintere Larynxwand zwischen den beiden Aryknorpeln gegen das Kehlkopffinnere hin. Nach rechts greift sie weiter hinab gegen den rechten Sinus pyriformis und scheint dort ebenfalls zapfenförmig in der Tiefe zu enden. Die der hinteren Larynxwand anliegende Fläche erscheint concav, die gegenüberliegende der hinteren Rachenwand entsprechende convex.

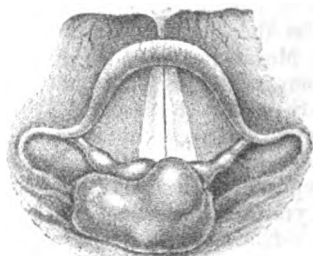
Bei Intonationsvorgängen und Würgebewegungen sieht man sehr deutlich, dass die gegenseitigen Lagerungsverhältnisse des Tumors und des Larynx sich ziemlich beträchtlich verändern, während sich Tumor und hintere Rachenwand anscheinend nicht gegen einander verschieben. Der Tumor ist also offenbar an der Pharynxwand fixirt, was auch später mittels der Sonde festgestellt werden konnte.

Beim ruhigen Athmen ruht der vordere obere Zapfen auf der hinteren Larynxwand auf, legt sich mit der concaven Fläche eng um den rechten



Figur 1.

Aryknorpel herum und berührt auch nach links hin den Aryknorpel. Beim tiefen Inspirium (Fig. 1) bleibt der Contact zwischen der Geschwulst und dem linken Aryknorpel bestehen, während der rechte Aryknorpel sich von jener entfernt hat, so dass zwischen ihm und dem Neugebilde noch ein beträchtlicher Theil der hinteren Larynxwand unbedeckt bleibt. Dabei ragt der Zapfen etwa halb so tief in's Larynxinnere, als die Aryknorpel. Beim Intoniren (Fig. 2) drücken die aneinanderrückenden Aryknorpel das zapfenförmige Ende der Geschwulst in die Höhe, so dass es nunmehr auf beiden oben aufruht. Zugleich wird die ganze Geschwulst etwas emporgehoben. Sie erscheint nun grösser, sowohl in der Richtung von vorne nach hinten, als auch in ihrer Ausdehnung nach rechts hin, wo man jetzt ziemlich deutlich das ebenfalls zapfenartige andere Ende der Geschwulst erblicken kann. Bei dieser durch die Intonationsbewegungen bewirkten Hebung des Tumors macht derselbe auch eine drehende



Figur 2.

Bewegung nach vorne, indem er mit seiner concaven Fläche an dem rechten Aryknorpel gleitet. Dadurch kommt der obere Zapfen, der früher nur wenig über die hintere Larynxwand herüberreichte, weiter nach vorne zu liegen, so dass derselbe jetzt weiter als die Aryknorpel in's Larynxlumen hineinragt.

Uebungen mit der Kehlkopfsonde lassen erkennen, dass die Geschwulst eine derb-elastische Consistenz besitzt und bestätigen, dass sie deutlich beweglich ist und der hinteren Pharynxwand aufsitzt. Man

kann sie mit der Sonde etwas von links nach rechts wegschieben und dabei den blässerem, etwas unebenen Stiel zur Ansicht bringen; die Verschiebung von rechts nach links gelingt nur in viel geringerem Maasse.

Nachdem die Empfindlichkeit des Kehlkopfes mehrere Tage hindurch durch Einführen der Larynxsonde abgestumpft worden war, wurde (23. Februar) zur Abtragung der Geschwulst geschritten. Nach dreimaliger Bepinselung mit 20procentiger Cocainlösung wurde eine quer-gestellte electriche Glühschlinge zwischen hinterer Larynxwand und vorderer Tumorfäche durchgeschoben, um den Tumor herumgebracht und derselbe auf diese Weise durch Durchbrennung des Stieles entfernt. Es erfolgte eine geringe Blutung, die durch Schlucken von Eisstückchen bald gestillt war.

Die Geschwulst zeigt nach ihrer Herausbeförderung folgende Form- und Grössenverhältnisse. Sie hat eine im Ganzen und Grossen nierenförmige Gestalt. Die beiden Pole entsprechen den oben beschriebenen zapfenförmigen Fortsätzen, die Concavität entspricht der Auflagerungsfläche an der hinteren Larynxwand; an der Convexität (der hinteren Pharynxwand entsprechend) befindet sich der Rest des Stieles. Die Geschwulst hat eine Höhe von 10 Mm. (Längsaxe des Körpers), eine Breite von 19 Mm. (frontale Richtung) und eine Dicke von 11 Mm. (Richtung von vorne nach hinten). Die Oberfläche ist grob-höckerig; die Schleimhaut über den einzelnen Höckern glatt. Die Farbe ist im Allgemeinen dunkelroth, stellenweise, namentlich an der Convexität der gröberen Höcker, gelblich; Consistenz derb-elastisch. Der Rest des Stieles in Form eines 7 Mm. breiten, 5 Mm. hohen Ovals an der Convexität des Tumors angeheftet.

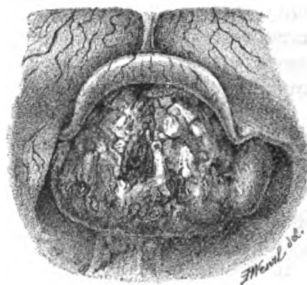
Die microscopische Untersuchung des Tumors (Prof. Kolisko) ergibt folgenden Befund: An der Oberfläche der Geschwulst findet sich ein geschichtetes Plattenepithel, das theilweise necrotisch ist; die oberflächlichen Schichten erscheinen von Rundzellen dicht infiltrirt. Das eigentliche Geschwulstgewebe, das aber bis an das Epithel heranreicht, besteht aus grossen, in Zügen angeordneten Spindelzellen mit ovoiden, scharfrandigen Kernen und ziemlich reichlicher faseriger Grundsubstanz, theils zwischen den Zellzügen, theils zwischen den Zellen selbst. An einzelnen Stellen mitten in die Zellzüge eingelagert grosse mehrkernige, polymorphe Zellen, deren Ausläufer mit dem Stroma zusammenhängen. Von dem oberflächlichen Epithel reichen an einzelnen Stellen dicke Stränge von Epithel in die Tiefe, und finden sich auch im Centrum der Geschwulst vereinzelt, in Hohlräume eingelagerte Inseln von demselben Epithel.

Diagnose: Spindelzellensarcom.

Am Tage nach der Operation und acht Tage später war an der Abtragungsstelle nichts zu sehen. Am 16. März, also etwa 3 Wochen nach der Operation, stellte sich Patient wieder vor; derselbe fühlt keinerlei Beschwerden; bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigt sich an der Stelle, wo der Tumor aufgesessen hatte, eine kleine, halberbsengrosse, kuppenförmige Erhabenheit von gelbrother Farbe. Nach weiteren 14 Tagen (30. März) war diese Erhabenheit wieder etwas kleiner geworden und erwies sich seither (letzte Untersuchung am 19. Mai) unverändert.

II. E. W., 73 Jahre alt, pensionirter Förster, war angeblich stets gesund mit Ausnahme eines schon Jahre lang bestehenden Hustens. Seit August 1893 verspürt er geringe Schmerzen im Halse und Beschwerden beim Schlingen; dagegen klagte er nie über Athemnoth. Lues negirt; Potus in geringem Maasse zugestanden.

Patient wurde am 7. März 1894 in die Klinik aufgenommen; die damalige Untersuchung ergab Folgendes: Patient ist ein grosser, sehr kräftig gebauter, ziemlich beleibter Mann; Hals ziemlich kurz und dick, daselbst nichts Besonderes zu finden, keine Schmerzhaftigkeit, keine vergrösserten Drüsen. Auch die Untersuchung des übrigen Körpers ergibt nichts Krankhaftes. Trotz der so gut wie gar nicht bestehenden subjectiven Beschwerden beim Athmen hört man auf kurze Distanz vom Patienten im Inspirium ein deutliches Stenosegeräusch, welches im Expirium verschwindet. Im Pharynx ist mit Ausnahme eines geringen Catarrhs nichts Abnormes zu finden; nur bei stärkerem Herabdrücken der Zunge mit dem Spatel bemerkt man rechts an der Stelle, wo der Arcus palato-pharyngeus sich in der Rachenschleimhaut verliert, beginnend, eine seitlich nicht deutlich abgrenzbare, ungefähr 1 Ctm. breite, bandförmig nach abwärts ziehende, dunkler roth als die Umgebung gefärbte Schwellung. Der Kehlkopfspiegel ergibt folgenden Befund: Der ganze Aditus ad laryngem ist von einem grossen Tumor überlagert, welcher den ganzen Raum zwischen der Epiglottis und der hinteren Pharynxwand ausfüllt. Derselbe schmiegt sich (bei ruhiger Athmung, Fig. 3) mit seinem mittleren Theile vorne eng an die Epiglottis an und überdeckt links mit einem seitlichen Lappen das Ligam. ary-epiglotticum sinistrum und den medialen Theil des linken Sinus pyriformis, während der vordere Theil dieses linken Lappens auch den medialen Theil des Ligament. pharyngo-epiglottic. überragt. Nach rückwärts zu liegt der



Figur 3.

Tumor, die ganze hintere Larynxwand verdeckend, der hinteren Rachenwand eng an und steht hier gegen die rechte Seite hin mit einem etwa 1 Ctm. breiten, stark gerötheten Stiel mit der hinteren Pharynxwand in Verbindung.

Auf der rechten Seite ist die seitliche Pharynxwand so eng an den Seitenrand der Epiglottis gerückt, dass das Ligament. pharyngo-epiglottic. gar nicht sichtbar ist. Hier liegt die Geschwulst mit einem weniger deutlich abgegrenzten rechten Seitenlappen nach vorne zu der genäherten

Pharynxwand eng an und deckt auch hier die ary-epiglottische Falte und den vorderen Theil des rechten Sinus pyriformis. Sichtbar sind also nur: die Epiglottis, das laterale Ende des linken Lig. pharyngo-epiglott, der laterale Theil des linken und der hintere Theil des rechten Sinus pyriformis; alles andere ist von der Geschwulst vollkommen gedeckt. Dieselbe zeigt im Allgemeinen eine querovale Gestalt und ist, wie erwähnt, undeutlich in drei Lappen geschieden, deren grösster, mittlerer im Bereiche der Epiglottis liegt und beiderseits durch zwei in sagittaler Richtung verlaufende Einkerbungen von zwei kleineren seitlichen Lappen getrennt ist. In diesen beiden Einkerbungen liegen vorne bei ruhiger Athmung die Seitenränder der Epiglottis.

Die Oberfläche des Tumors ist gewulstet und grob-höckerig; die Höcker bis zu Linsengrösse. Die Farbe im Allgemeinen gelblich-roth, stellenweise etwas durchscheinend. Einzelne der Höcker stärker geröthet, desgleichen, wie erwähnt, der an der hinteren Pharynxwand sichtbare Stiel.

Bei Untersuchung mit der Sonde zeigt der Tumor eine derbe Consistenz und eine ziemliche Beweglichkeit. Er lässt sich etwas nach beiden Seiten verschieben und von vorne her in beträchtlicherem Maasse von der Unterlage abheben. Dabei bemerkt man jedoch, dass derselbe nicht nur entsprechend dem oben erwähnten Stiele festhängt, sondern auch von da nach abwärts zu in nicht deutlich erkennbarer Weise mit breiterer Basis an der hinteren Pharynxwand fixirt ist. Bei diesen Manipulationen mit der Sonde tritt sehr leicht eine geringe Blutung im Bereiche des Stieles auf.

Bei der digitalen Untersuchung fühlt man deutlich einen höckerigen derben Tumor von über Wallnussgrösse, der sich aus dem Larynx mit der Fingerspitze ziemlich gut herausheben lässt.

Bei der Phonation wird der Larynx unter dem Tumor weg nach vorne und links bewegt, indem dieser hinten und rechts festgehalten wird. Dabei werden sichtbar: Die ganze laryngeale Fläche der Epiglottis, etwa das vordere Sechstel des rechten Stimmbandes, vom linken etwas mehr, ein entsprechender Theil des linken Taschenbandes, der vordere Theil der linken ary-epiglottischen Falte und ein grösserer Theil des linken Sinus pyriformis, weiter das ganze früher zum Theil verdeckte Ligament. pharyngo-epiglotticum sinistrum. Auf der rechten Seite schiebt sich die Epiglottis am vorderen Geschwulstrand entlang von der (wie erwähnt, bei ruhiger Athmung eng anliegenden) seitlichen Pharynxwand weg, so dass nunmehr ein Theil des rechten Ligam. pharyng.-epiglott. vor dem Tumor sichtbar wird.

Nach entsprechender Einübung des ziemlich gelehrigen Patienten wurde nun (am 9. März), nach vorhergegangener Cocainisirung, mit der electrischen Glühschlinge eingegangen und ein Stück des Tumors entfernt, wodurch dieser entsprechend dem oben beschriebenen mittleren Lappen abgekappt wurde. Bei der darauf vorgenommenen Untersuchung ergibt sich, dass ein vielleicht noch 4 mal so grosser Theil der Geschwulst zurückgeblieben ist, welcher aus den, wie nunmehr ersichtlich, in der Mittellinie zusammenstossenden und daselbst nach vorne zu durch eine tiefe Einkerbung getrennten seitlichen Geschwulstlappen besteht. Gleich darauf wurde mit der Schlinge ein weiteres, etwa doppelt so grosses Stück des Tumors entfernt, welches aus dem ganzen linken Seitenlappen

und dem vorderen oberen Theil des rechten Seitenlappens besteht. Es erfolgte eine ziemlich beträchtliche Blutung, die durch Eis beherrscht wird, aber in geringem Grade doch bis gegen Abend fort dauert.

Am folgenden Tage (10. März) folgender Befund: Von der hinteren Pharynxwand, etwa am unteren Ende des rechten Arcus palato-pharyngeus, ausgehend ein ca. 1 Ctm. langes, bleistift dickes Gebilde (der ursprünglich sichtbare Theil des Stieles), schief nach abwärts mit freiem Ende über dem Larynx hängend; darunter, gleichfalls von der hinteren Pharynxwand ausgehend, ein Stück des Tumors, gelblich belegt, den Aditus ad laryngem überragend, fast das ganze rechte Stimm- und Taschenband und die hintere Larynxwand verdeckend. Linkes Stimm- und Taschenband, beide ary-epiglottische Falten und Sinus pyriformes frei; desgleichen die laryngeale Fläche der Epiglottis. Nunmehr wurde mit der electricischen Schlinge dieser Tumorrest entfernt, die geringe Blutung durch Eis gestillt.

Am nächsten Tage (11. März) war unter dem noch vorhandenen zapfenförmigen Stielreste, durch Wegschieben desselben mit der Sonde, noch ein etwa erbsengrosses Stückchen des Tumors sichtbar, alle Gebilde des Larynx vollkommen deutlich zu überblicken. An den beiden folgenden Tagen wurde noch dieses, etwa in der halben Höhe der Epiglottis von der hinteren Rachenwand abgehende Restchen und der darüber befindliche Zapfen abgetragen und die Abgangsstellen mit 50 pCt. Milchsäure geätzt. Darauf wurde Patient aus der Behandlung entlassen. Der Befund des Larynx war (bis auf die weisslich belegten Ansatzstellen des Tumors und eine geringe chron. Laryngitis) normal.

Setzt man die exstirpirten Geschwulsttheile zusammen, so lässt sich über die Gestalt und Grösse des Tumors Folgendes sagen. Derselbe gleicht annäherungsweise einer Scheibe, deren Umrandung die Form eines Fünfecks zeigt und die mit ihrer vorderen, convexeren Fläche der Epiglottis zum Theil anliegt, mit ihrer hinteren Fläche an die hintere Pharynxwand sich anschmiegt, an welcher sie in der Mitte, in einer Ausdehnung von $1\frac{1}{2}$ Ctm., in der Richtung von oben nach unten, kurzgestielt festgewachsen ist. Der obere, ungefähr 1 Ctm. breite Theil der Ansatzstelle geht in den schon mit dem Spiegel constatirten längeren Stiel über, der, wie erwähnt, eine kurze Strecke der hinteren Pharynxwand, oberhalb des Tumors, anliegt und an dem unteren Ende des Arcus palato-pharyngeus in die Rachenwand übergeht. Von der vorderen, der Epiglottis anliegenden Fläche aus betrachtet, ist der Tumor durch drei tiefe, strahlenförmig angeordnete Kerben in ebensoviele sectorenartige Theile zergliedert, die den schon bei der laryngoscopischen Untersuchung constatirten Lappen entsprechen. Der obere und der linke Lappen sind annäherungsweise gleich an Gestalt und Grösse; der rechte beinahe doppelt so voluminös, indem er nicht nur beträchtlich tiefer herabreicht, als der linke, sondern auch in seiner Dicke die beiden anderen übertrifft. Die Grössen-Dimensionen des Tumors sind folgende: Von oben nach unten 30 Mm., von rechts nach links 37 Mm., von hinten nach vorne, im Bereiche der grössten Dicke (rechter Lappen), 22 Mm.

Microscopischer Befund (Prof. Kolisko):

An der Oberfläche der Geschwulst findet sich eine dicke, aus geschichtetem Plattenepithel bestehende Epithellage, welche mehrfache, zapfenförmig sich verzweigende Fortsätze in die Tiefe sendet. In diesen Fort-

sätzen einzelne Perlkugeln eingelagert. In mehreren der zapfenförmigen Fortsätze um die Epithelperlen herum Hohlräume gebildet, die von dicht aneinander gelagerten Eiterzellen ausgefüllt sind. Die oberflächliche Epithellage an einzelnen Stellen defect und daselbst das blossliegende Schleimhautgewebe von Rundzellen durchsetzt. Das Geschwulstgewebe selbst ist gegen die Schleimhaut zu ziemlich scharf abgegrenzt; reicht aber zwischen jene Epithelzapfen mit zackigen Fortsätzen bis an die Oberfläche, ist jedoch allenthalben, selbst an den tiefsten Stellen der Epithelzapfen, durch eine schmale, kernarme, mit Hämatoxylin hellblau sich färbende, bindegewebige Zone vom Epithel abgegrenzt. Die Geschwulstmasse besteht aus spindeligen Zellen, welche in Zügen angeordnet sind, die nach den verschiedenen Richtungen hin sich durchkreuzen; an längs getroffenen Zügen erscheinen die Zellen sehr lang, mit langgestreckten ovoiden Kernen versehen. Stellenweise sind in den Zügen grössere, mitunter mehrere Kerne besitzende, polymorph gestaltete, sehr protoplasma-reiche Zellen eingelagert. Zwischen den Zellen ist faserige Grund-Substanz, aber in nur ziemlich spärlicher Menge nachweisbar. Zahlreiche Gefässe, die grösseren mit deutlicher Wand, die kleineren mit von der Geschwulstmasse selbst gebildeter Wand, durchziehen das Gewebe. Ein grösseres, offenbar venöses Gefäss, ungefähr in der Mitte liegend, ist theilweise von einem Thrombus verschlossen.

Diagnose: Spindelzellensarcom.

Beide beschriebenen Sarcome scheinen primär an der Rachenwand entstanden zu sein; wenigstens hat die Untersuchung des übrigen Körpers keinerlei Anhaltspunkt für ein Neugebilde ergeben, als dessen Metastase das Pharynxsarcom aufgefasst werden könnte. Bei beiden Fällen ist die Geringfügigkeit der verursachten Beschwerden bemerkenswerth. Zunächst sollte man erwarten, dass ein Tumor, welcher am Eingange in den Oesophagus sitzt, für den herabgleitenden Bissen besonders dann ein bedeutendes Hinderniss abgeben müsste, wenn sich derselbe an seinem kurzen Stiel nur in sehr geringem Grade aus seiner hinderlichen Stellung verdrängen lässt. Dies ist besonders beim zweiten Patienten der Fall, wo das Hinderniss, wie ein Blick auf die Abbildung ergiebt, wirklich ein bedeutendes ist. Gerade bei diesem Fall sind auch die geringen Beschwerden beachtenswerth, die Patient beim Athmen zu leiden hatte. Der Tumor bedeckt die Glottis vollkommen und schmiegt sich den Kehlkopfwänden so eng an, dass das Durchströmen der Athemluft auf grosse Schwierigkeiten stossen muss; und doch klagte Patient nicht über Athemnoth. Freilich zeigt derselbe überhaupt eine Abstumpfung der Empfindlichkeit, was auch bei der Spiegeluntersuchung und den intralaryngealen Manipulationen deutlich sich zeigte. Jedenfalls beweist die Geringfügigkeit der Athembeschwerden auch, dass die Geschwulst relativ lange brauchte, bis sie zu der gegebenen Grösse anwuchs, dass dieselbe jedenfalls länger bestand, als die anamnestischen Daten vermuthen lassen, was wieder durch die geringe Empfindlichkeit des Patienten erklärlich ist. Weiters wäre vielleicht noch ein Punkt zu beachten, welcher sich auf die räumliche Ausdehnung beider Tumoren mit Rücksicht auf die Nachbargebilde bezieht. Bei näherer Betrachtung ergiebt sich, dass in beiden Fällen die Geschwulst sich den zunächst befindlichen Kehlkopftheilen in einer Stellung derselben am vollkommen-

sten anpasst, welche der ruhigen Athmung entspricht. Sowohl bei der tiefen Respiration, als besonders bei der Phonation ist die Berührung eine weit weniger innige. Während, wie oben geschildert, z. B. der erste Tumor auf der hinteren Larynxwand aufliegend, sich eng um den rechten Aryknorpel herumlegt und auch dem linken sich anschmiegt, wird schon bei forcirter Respiration die Berührung mit dem rechten Aryknorpel aufgehoben. Bei der Phonation endlich ist der Tumor ganz aus seiner bequemen Lage heraus in die Höhe gehoben und berührt den Kehlkopf nur mehr im Bereiche der geringen Ausdehnung, in der er auf beiden aneinanderliegenden Aryknorpeln aufliegt. Im zweiten Falle liegt, wie beschrieben, der Tumor dem Aditus ad laryngem fast so genau auf wie ein Gipsabguss. Bei der Phonation war der Contact zum Theile aufgehoben; die Geschwulst wird auch hier aus ihrer Gleichgewichtslage herausgedrängt, etwas emporgehoben und liegt nur noch der rechten Hälfte des Larynx an, während der vordere linke Theil desselben unter dem Tumor wegrückt und bei der laryngoscopischen Untersuchung sichtbar wird. Diese Thatsachen sind wohl daraus leicht zu erklären, dass der Tumor in jedem Falle während seines Wachstums die Richtung einhält, in welcher sich ihm der geringste Widerstand entgegenstellt, also vor allem präformirte Räume auszufüllen trachtet. Natürlich sind für ihn die Raumverhältnisse maassgebend, welche bei einem seine Gestalt verändernden Organ derjenigen Lage desselben entsprechen, welche dasselbe vorwiegend, d. h. die meiste Zeit hindurch einnimmt; das aber ist beim Larynx schon mit Rücksicht auf die Nachtruhe der Zustand der ruhigen Athmung. Was zum Schluss noch die Therapie und Prognose betrifft, so war die erstere von vorne herein klar in der Entfernung gegeben. Die Prognose ist trotz der Malignität der beiden Tumoren wegen ihres langsamen Wachstums und besonders wegen ihres gestielten Aufsitzens wohl eine relativ ganz gute. Im ersten Falle zeigt die Geschwulst nach der allerdings kurzen Zeit keine Neigung zur Recidive; vom zweiten Patienten, der in seine Heimat reiste, ist vorläufig nichts bekannt.

II. Referate.

a) Rhinologische:

Krankheiten der äusseren Haut, die besonders die Nase befallen.

(The diseases of the skin, that especially affect the nose.) Von G. Th. Jackson. New-York. (Amer. medico surgical Bulletin. 15. Jan. 1894.)

Unter anderen Krankheiten bespricht Verf. auch die Acne rosacea, gegen die er 15 Minuten dauernde Waschungen mit sehr heissem Wasser empfiehlt. Allerdings müsse man auch den ursächlichen Verhältnissen Rechnung tragen, aber nicht Jeder, der eine rothe Nase habe, sei ein Trinker. Verf. hat drei Fälle von Syphilis der Nase behandelt, welche vorher von competenten Collegen als Lupus vulgaris diagnosticirt worden waren. Die Aehnlichkeit sei sehr gross. Das Epitheliom der äusseren Nase zeichne sich durch einen harten, erhabenen, wachstartigen Rand aus, über den erweiterte Gefässe verliefen.

M. Schm.

Der Einfluss intranasaler Zustände auf äussere Erkrankungen der Nase. (The influence of intranasal conditions upon external affections of the nose.) Von D. Bryson, Delavan. *Ibidem.*)

In Anschluss an den eben erwähnten Vortrag Jackson's bespricht Verf. das ähnliche Thema, besonders auch das Eczem der äusseren Nase und das Erysipel im Zusammenhang mit Excoriationen der Scheidewand. Beide Verfasser erwähnen auch Fälle von Rhinosclerom, die sie in Amerika gesehen haben.

In der Discussion spukt wieder die Ansicht, dass eine gutartige Geschwulst durch Reizungen in eine bösartige verwandelt werden könne. W. B. Johnson erwähnt einen Fall, in welchem ein Carcinom nach der Ansicht Bosworth's durch das Sondiren des Thränennasenganges entstanden sein soll. Es ergab sich aber aus der Section, dass dasselbe in der Keilbeinhöhle entstanden war und dass der Thränengang ganz untheiligt war. Rupp weist die angeführte Ansicht zurück, indem er einen ganz ähnlichen Fall von Krebs erzählt, der aber nie sondirt worden war.

M. Schm.

Ozaena der Nase, des Larynx und der Trachea. (Un cas d'ozène rhinolaryngotracheal.) Von Dr. Méndel. (Französ. Gesellschaft für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Kein Fötör, weder aus dem Munde noch aus der Nase; man soll also nicht jede atrophische Rhinitis mit dem Namen Ozaena bezeichnen; hier in diesem Falle bestand atrophische Rhinitis links, Aphonie seit drei Wochen mit Anhäufung von Krusten im Larynx. Heilung nach Entfernung der Krusten.

Dr. P. K.

Hämatom der Nasenscheidewand. (Hématome de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. Lacoarret. (Französ. Gesellsch. f. Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Doppelseitiges Hämatom in Folge von Trauma. Einen Monat später bestanden die beiden Tumoren noch ohne Reactionerscheinungen. Die Punction ergab seröse Flüssigkeit und verfallene Blutelemente. Die beiden Tumoren waren nicht mit einander verbunden. In solchen Fällen muss man die Differentialdiagnose mit chronischem Abscess, Perichondritis und lymphatischem Tumor machen.

Dr. P. K.

Behandlung der Schleimpolypen der eigentlichen Nasenhöhlen. (Traitement des polypes muqueux des fosses nasales proprement dites.) Von Dr. Delie. (Französische Gesellsch. f. Laryngologie und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Alle anderen Methoden ausser der des Ausreissens und Ausschneidens sind zu verwerfen. Vor der Operation muss 1) die Nase mit einer antiseptischen oder aseptischen Flüssigkeit (Salolwasser, Borwasser oder einfach gekochtes Wasser) gereinigt werden, 2) muss man die ganze Geschwulst überblicken können. Verf. giebt die Operationsweisen und deren Nachbehandlung, welche aber nichts Neues bieten.

Dr. P. K.

Behandlung der Schleimpolypen und fibromucösen Polypen des Nasenrachenraumes. (Traitement des polypes muqueux et fibromuqueux du pharynx nasal.) Von Dr. Wagnier. (Franz. Gesellsch. für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Nicht mit der der eigentlichen Nasenhöhlen zu verwechseln; viel schwieriger. Bei Nasenobstruction oder Asthma soll man immer die Rhinoscopia anterior und posterior machen. Die Operationsmethoden, welche Verf. angiebt, bieten nichts Neues. Dr. P. K.

b) Pharyngo-laryngologische:

Epithelioma oder Syphilis der Zunge? (Glossite syphilitique ou epithélioma?) Von Dr. Du Castel. (Société de dermatologie et syphiligraphie de Paris, Séance du 12 Avril 1894 und Semaine méd. No. 25, 1894.)

Ein Patient hat seit zwei Jahren eine granulirende Geschwürsfläche an der linken hinteren Zungenfläche. Keine Gangliengeschwulst und keine Anamnese von Syphilis. Dennoch wurde antisiphilitische Behandlung eingeschlagen, welche grosse Besserung brachte, ohne jedoch zur definitiven Heilung zu führen. Dr. Fournier bemerkt, dass bei zweifelhafter Diagnose in solchen Fällen die antisiphilitische Behandlung gewöhnlich Besserung hervorbringt, obgleich man mit einem Epithelioma zu thun hat; die Diagnose des Epithelioma wird in solchen Fällen im späteren Verlaufe bekräftigt. Man kann nicht in allen diesen Fällen mit Verneuil eine hybride Form von Syphilis mit Krebs annehmen, sondern man muss annehmen, dass Quecksilber und Jod einen momentan günstigen Einfluss auf Krebs haben. Dr. P. K.

Technik der rhythmischen Zungentraktionen zur Bekämpfung der Asphyxie. (Technique des tractions rythmées de la langue pour combattre l'asphyxie.) Von Dr. Laborde. (Journal des praticiens 1894.)

1) Zwischen Daumen und Zeigefinger fasst man das vordere Drittel der Zunge mit einem feinen Tuche oder den blossen Fingern. 2) 10—15 Mal in der Minute übt man kräftige, sich regelmässig wiederholende und durch gleichartige Pausen getrennte Traktionen aus. 3) Während der Traction muss man sich überzeugen, dass die Zungenbasis sich mitbewegt. 4) In dem Moment, wo man beim Ziehen eine Resistenz spürt, beginnt die Athmung sich wieder einzustellen; es entstehen dann mehrere Schluckbewegungen, das von Laborde als „respiratorisches Aufstossen“ bezeichnete Phänomen, als das erste Zeichen der Wiederbelebung. 5) Zusammengepresste Kiefer müssen gewaltsam von einander entfernt werden; bei Ertrunkenen soll man ausser den Zungentraktionen noch den Schlund kitzeln, um Erbrechen hervorzurufen. Dr. P. K.

Behandlung des Myxoedem mit dem chirurgischen Thyroido-Arethismus. (Traitement du myxoedème par le thyroïdo-éréthisme chirurgical) Von Dr. Poncet. (Congrès des sociétés savantes, Paris, 27. März 1894 und Semaine médicale No. 21, 1894.)

Bei zwei 12 — 13jährigen myxomatösen Mädchen mit beginnendem Idiotismus und atrophischer Glandula thyroidea hat Verf. mit seiner Methode auffallenden Erfolg gehabt. Diese Methode besteht in einem

medianen Hautschnitt an der vorderen Halsfläche; jede Schilddrüsenhälfte wird freigelegt, in dieselbe wird ein aseptischer Fremdkörper, hier eine 10—15 Millimeter lange Elfenbeinplatte eingelegt, welche in jeder Schilddrüsenhälfte einen dauernden Reiz hervorrufen soll. Wenn nach dieser unschuldigen Operation, nach Heilung per primam intentionem, der Reiz noch vermehrt werden soll, so kann man einfach noch massiren.

Dr. P. K.

Fall von Myxoedem geheilt durch Nahrung mittelst Schilddrüse vom Lamme. (Un cas de myxoedème congénital guéri par l'ingestion de corps thyroïde de mouton.) Von DDr. Souques und Brissaud. (Société médicale des hôpitaux, séance du 13 Avril 1894 und Semaine médicale No. 23, 1894.)

Eine 37jährige Frau, mit congenitalem Myxoedem behaftet, nahm während 6 Wochen jeden Morgen die Hälfte einer rohen Schafsschilddrüse in Oblaten. Heilung in körperlicher Beziehung; die Intelligenz blieb immer die eines Kindes.

Dr. P. K.

Myxomatöser Idiotismus gebessert durch Schilddrüse, innerlich und unter der Haut angewandt. (Idiotie myxoédémateuse améliorée par la greffe thyroïdienne et par l'alimentation thyroïdienne.) Von Dr. J. Voisin. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 6 Mars 1894 und Semaine médicale No. 17, 1894.)

Ein 9 $\frac{1}{2}$ jähriges idiotisches Mädchen; man brachte unter die Haut der Brustdrüse ein Stück Schilddrüse vom Schafe; die Wunde heilte per primam und die Resorption hatte sich nach 6 Wochen gänzlich gemacht; dann nahm das Kind innerlich täglich 6—8 Gramm frische Schilddrüse während 21 Tagen, Tag an welchem Fieber eintrat. Bedeutende Besserung.

Dr. P. K.

Die Behandlung gewisser Zustände der Mandeln mittelst einer neuen Lochzange. (The treatment of certain conditions of the tonsills by means of a new tonsill punch.) Von A. Brown Kelly, M. B. (Lancet, 7. Juli 1894.)

Das Bedürfniss, Mandeln, die nicht eigentlich so gross sind, dass sie ganz entfernt werden müssten, zu behandeln, hat sich in neuerer Zeit mehr und mehr herausgestellt. Früher benutzte man die galvanocaustische Stichelung, später hat dann von Hoffmann die Schlitzung angegeben; allein diese Methoden reichen nicht in allen Fällen hin. Verfasser empfiehlt nun für solche Fälle ein neues Instrument, mit dem man kleine Stücke aus der Mandel entfernen kann. Er giebt eine Abbildung desselben, nach der es für den angegebenen Zweck ganz geeignet erscheint. In der „Deutschen medicinischen Wochenschrift“ No. 27, 1894, hat Hartmann zu dem gleichen Zweck sein Conchotom empfohlen, das Ref. auch schon wiederholt mit recht günstigem Erfolge dazu benutzt hat. In neuerer Zeit macht Ref. die kleine Operation gewöhnlich mit der senkrecht fassenden Krause'schen Doppelcurette für den Kehlkopf. Er hat sich nur ein gerades Ansatzstück dazu machen lassen. Das Instrument schneidet so gut, dass es sehr leicht damit gelingt, die gewünschten Theile der Mandel zu entfernen. Ref. benutzt es hauptsächlich dann, wenn nach

der Schlitzung sich die Mandeln nicht genügend zurückbilden, um die Zwischenfalten herauszunehmen, damit keine Zurückhaltung von Mandelpföpfen mehr stattfinden kann.

M. Schm.

Behandlung der chronischen veralteten Laryngitis mittelst Scarificationen der Stimmbänder. (Du traitement des laryngites chroniques invétérées par les scarifications des cordes vocales.) Von Dr. Krause. (Semaine médicale No. 25, 1894.)

Krause wendet bei den so verdickten Stimmbändern mit den freien Stimmbandrändern parallel laufende, ziemlich tief gehende Scarificationen an, welche das unangenehme subjective Gefühl, die Heiserkeit und Verdickung aufheben.

Dr. P. K.

Argyrose. (Argyrose.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 1, 1894.)

Anschliessend an einen früher von ihm beschriebenen Fall, wo ein Larynxkrebskranker während drei Jahren eine 10procentige Höllensteinlösung inhalirte und eine bis in den Plexus choroideus dringende Argyrose erwarb, erzählt Verf. folgenden wegen seiner Entstehung interessanten Fall: Ein 62jähriger Mann, früher syphilitisch, brannte sich während drei Jahren alle drei Tage den Pharynx mit Höllenstein in Substanz aus; während der sechs folgenden Jahre pinselte er sich zwei- bis dreitäglich den Pharynx mit einer starken Höllensteinlösung aus. Alle diese Bepinselungen wurden vom Pat. ausgeübt, weil er behauptete, nicht von seiner Syphilis geheilt zu sein. Argyrose. Es konnten keine specifischen Symptome entdeckt werden und Patient versprach, von dem Höllensteingebrauch abzulassen.

Dr. P. K.

Pachydermie des Larynx und ihre Behandlung. (La pachydermie du larynx et son traitement.) Von Dr. O. Chiari. (XI Congrès international de Rome und Semaine médicale No. 20, 1894.)

Diffuse Pachydermie und Pachydermia verrucosa (Virchow) müssen streng getrennt werden. Erstere entsteht einfach aus dem chronischen Catarrh, während die Pachydermia verrucosa bei Syphilis, Tuberculose etc. etc. entsteht. Pachydermie ist also im Allgemeinen ein Symptom und keine eigentliche Krankheit. Die Behandlung ist eine dreifache: 1) Behandlung der leichteren Excrescenzen im Interarytenoidalraum; 2) Behandlung der typischen Geschwülste auf den Stimmbändern, vorzugsweise medicamentös; 3) die grösseren Tumoren, uamenlich die des Interarytenoidalraumes müssen chirurgisch behandelt werden.

Dr. P. K.

Indicationen und Grenzen der topischen Behandlung der Larynxphthise. (Indications et limites du traitement topique dans la phthisie laryngée.) Von Dr. Lennox Browne. (XI Congrès international de Rome und Semaine médicale No. 20, 1894.)

Verf. giebt, auf 102 Fälle gestützt, die Indicationen und Contraindicationen der localen Behandlung; er zeigt auch deren Grenzen an. Die Abhandlung wird am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

Ueber die motorischen Anomalien des Kehlkopfs: Tonus der Erweiterer und Neigung zu früherer Erkrankung derselben. (On laryngeal the motor anomalies: abductor tonus and abductor proclivity.) Von James Cagney. London. (Lancet. 16. Juni 1894.)

Verf. giebt in dem sehr interessanten Aufsatz zuerst unter Angabe der Literatur eine einleitende Auseinandersetzung der Frage der vorwiegenden Erkrankung der Erweiterer und erörtert die verschiedenen Ansichten. Die Erklärungsversuche: der „Unterschied in der biologischen Zusammensetzung“, in dem „verschiedenen Widerstand gegen Verletzungen“ und die „Neigung zu früherer Erkrankung“ geben eigentlich keine Erklärung, sondern sind nur Versuche, diese Erscheinung mit Worten zu umschreiben. Er sieht den Unterschied darin, dass die Erweitererfasern in der Medulla endigen und die der Verengerer durch die Pyramiden eine Verbindung mit der Rinde besitzen, und dass die letztere die spinale Zelle trophisch beeinflusse, vielmehr, dass sie sich gegenseitig auf- und abwärts beeinflussen. Die mehr automatische spinale Zelle der Erweiterer ist in ihrer Energie mehr sich selbst überlassen und zeigt dies auch in dem respiratorischen Tonus, während die der Verengerer durch die Rindenzelle in ihrer Energie, aber auch in der Ernährung beeinflusst wird. Die spinale Zelle der Erweiterer ist also abgeschnitten von dem ernährenden Einfluss der Rinde und dadurch möglicherweise weniger widerstandsfähig und stirbt daher auch leichter ab. In einem Falle von Broadbent, den er beobachten konnte, fand er, dass auch die den Verengerern entsprechenden Flexoren der Glieder sich ähnlich verhielten. Bei einer Frau, die an diabetischer Neuritis litt, waren die Muskeln der durch eine Hämorrhagia cerebri gelähmten Glieder nicht secundär contrahirt, sondern blieben schlaff auf der gelähmten Seite, weil sie von dem ernährenden Einfluss der Rinde durch die Unterbrechung der Fasern abgeschnitten waren, während die auf der nicht gelähmten Seite degenerative Entartung und alle Zeichen von Neuritis darboten.

(Bei gänzlicher Unterbrechung, z. B. bei Durchschneidung, findet man doch auch, dass die Erweiterer früher ihre electriche Reizbarkeit verlieren und da kann doch von einer nutritiven Beeinflussung durch die Rindenzellen nicht mehr die Rede sein. Ref.) M. Schm.

Behandlung der Trachealfisteln. (Traitement des fistules trachéales.)

Von Dr. Kirmisson. (Société de chirurgie de Paris, séance du 23 Avril 1894 und Semaine médicale No. 25, 1894.)

Ein 19jähriger Mann trug die Trachealcannüle seit fünf Jahren. Verf. wandte zur Schliessung der Fistel die Methode von Berger an: Es wird ein elliptischer Hautlappen in Form eines Kragens, welcher nur mehr durch seinen inneren Rand an der Fistel haftet, gebildet. Mit diesem Hautlappen bildet man eine Invagination, so dass dessen Epithelialfläche auf die Mucosa der Trachea zu liegen kommt; dann vernäht man mit Catgut die zwei blutigen Flächen des Lappens in einer tieferen Schichte, während man in einer mehr oberflächlichen Schichte die Ränder der Hautwunde vernäht. Nach 9 Tagen musste wegen Athemnoth die Naht entfernt und die Cannüle von Neuem eingeführt werden; letztere wurde nach zwei Tagen wieder entfernt und die Heilung ging durch Granulation von Statten.

Dr. P. K.

Experimentelle Studie über die Localisation der gefärbten Flüssigkeiten, wenn selbe durch die Tracheal- und Thoraxwand in die Lungen der Thiere und in die Cavernen der Phthisiker eingespritzt werden. (Etude expérimentale sur la localisation des liquides colorants injectés par la voie trachéale et à travers la paroi thoracique dans les poumons des animaux et dans les cavernes des tuberculeux.) Von Dr. Heryng. (XI Congrès international de Rome und Semaine médicale No. 20, 1894.)

Pyoctaninlösung tropfenweise in die Trachea auf dem Rücken liegender Thiere eingespritzt, dringt gleichmässig in beide Lungen und gleichmässig in jede einzelne Lunge ein. Bei Seitenlage der Thiere dringt dieselbe Lösung, an der Seitenwand der Trachea eingespritzt, bloß in die betreffende Lunge. Bei sitzender Stellung dringt die Flüssigkeit viel schwerer ein. Diese Vertheilung des Farbstoffes lässt sich leicht an Querschnitten der getrockneten Lungen nachweisen. Wird aber die Flüssigkeit durch die Thoraxwand eingespritzt, so ist das Resultat nicht so sicher vorherzusagen; es entstehen oft Blutung und Entzündung. 60 bis 120 Cubikcentimeter Flüssigkeit dringt bei horizontaler Lage der Leiche der Phthisiker gleichmässig in beide Lungen ein; besonders leicht dringt sie in tuberculöse und bronchiectatische Cavernen ein, namentlich wenn selbe in den oberen Lungentheilen sich befinden; in sclerotische Lungenpartien dringt die Flüssigkeit schwieriger ein. Die klinischen Experimente erlauben noch keine bestimmten Schlüsse. Jedenfalls schaden durch die Trachea gemachte Einspritzungen von einer $\frac{1}{500}$ procentigen Pyoctaninlösung in der Menge von 5 — 10 Cubikcentimeter nicht.

Dr. P. K.

I N H A L T.

I. Originalien: Ostmann: Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen. — Stepanow: Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms (Schluss). — v. Felix: Zwei Sarcome der hinteren Pharynxwand. — II. Referate: a) Rhinologische: Jackson: Krankheiten der äusseren Haut, die besonders die Nase befallen. — Bryson: Der Einfluss intranasaler Zustände auf äussere Erkrankungen der Nase. — Mendel: Ozaena der Nase, des Larynx und der Trachea. — Lacoarret: Hämatom der Nasenseidewand. — Delie: Behandlung der Schleimpolypen der eigentlichen Nasenhöhle. — Wagner: Behandlung der Schleimpolypen und fibromucösen Polypen des Nasenrachensraums. — b) Pharyngo-laryngologische: Du Castel: Epithelioma oder Syphilis der Zunge? — Laborde: Technik der rhythmischen Zungentraktionen zur Bekämpfung der Asphyxie. — Poncet: Behandlung des Myxoedem mit dem chirurgischen Thyroido-Arethismus. — Souques und Brissaud: Fall von Myxoedem geheilt durch Nahrung mittelst Schilddrüse vom Lamme. — Voisin: Myxomatöser Idiotismus gebessert durch Schilddrüse, innerlich und unter der Haut angewandt. — Brown Kelly: Die Behandlung gewisser Zustände der Mandeln mittelst einer neuen Lochzange. — Krause: Behandlung der chronischen veralteten Laryngitis mittelst Scarificationen der Stimmbänder. — Onodi: Argyrose. — Chiari: Pachydermie des Larynx und ihre Behandlung. — Browne: Indicationen und Grenzen der topischen Behandlung der Larynxphthise. — Cagney: Ueber die motorischen Anomalien des Kehlkopfs: Tonus der Erweiterer und Neigung zu früherer Erkrankung derselben. — Kirmisson: Behandlung der Trachealfisteln. — Heryng: Experimentelle Studie über die Localisation der gefärbten Flüssigkeiten, wenn selbe durch die Tracheal- und Thoraxwand in die Lungen der Thiere und in die Cavernen der Phthisiker eingespritzt werden.

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

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblenz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

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

Hierzu eine Tafel.

Gomperz. Lipom der Nasenhöhle.



Vergrößerung 10 : 1

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gempers (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirschner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfänger (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanew (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

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

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

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ 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. XXVIII.

Berlin, September 1894.

No. 9.

I. Originalien.

Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen.

Nach einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg gehaltenen Vortrage

von

Dr. Ostmann

Stabsarzt und Privatdocent in Königsberg.

(Fortsetzung zu No. 8.)

Wenn man nun die mit Exostosen behafteten Peruaner-Schädel betrachtet und von den Untersuchungen Seligmann's absieht, über welche anscheinend nur die schon Eingangs gemachten Angaben bekannt sind, nämlich dass er an 6 langgestreckten Peruaner-Schädeln vom Titicaca-See 5 Mal Exostosen des äusseren Gehörganges gefunden habe, und von denen Jeffries Wyman's, über die ich in dem Handbuch der Ohrenheilkunde von Rooka¹⁸⁾ die kurze Notiz finde, dass er unter 334 Peruaner-Schädeln 6 Mal Exostosen an der gleichen Stelle sah, so verbleiben die von Flower, Davis und Virchow als die einzigen, welche mir in der mir zu Gebote stehenden Literatur bekannt geworden sind. Ueber diese liegen auch bezüglich der Schädelformen genauere Angaben vor, welche in die nachstehende kleine Tabelle eingetragen sind.

¹⁸⁾ Deutsche Uebersetzung von Weiss. Berlin 1889, pag. 279.

Name des Autors	Zahl der überhaupt untersuchten Schädel	Zahl der mit Exostosen behafteten Schädel	Fundort der Schädel	Jedige Zugehörigkeit der Schädel	Schädelform			Bemerkungen	
					Längen-Breitenindex	Brachycephalie L.-B. von 80—85,0	Hyp-brachycephalie L.-B. von 85,1 u. mehr		Dolichocephalie L.-B. bis 79,0
Flower*)	?	6	3 von Pasamayo 2 von Pisagua 1 Titicaca	Huntersches Museum	81,8 bis 90,8	5	—	Scheinen occipitale Compression erlitten zu haben. Werden als abgeplattet (flattened) bezeichnet.	
					70,3				—
Davis*)	20	3	Quichuas	eigene Sammlung des Autors	85 90 96	1	2	—	Virchow vermutet, dass diese Schädel aus Pasamayo stammen.
Virchow*)	134	18	Ancon	Sammlung der Herren Reiss und Stöbel	—	Besitzen im Allgemeinen eine einfache oder schiefe brachyceph. Form		—	Die meisten der Schädel sind etwas, wenige stark deformirt; manche sehen jedoch ganz normal aus.
Ostmann	111	12	1 Truxillo, 6 Ancon, 2 aus einer Huaca near to Callao, 2 Chanaray, 1 unbestimmter Herkunft	Craniolog. Samml. der anatom. Institute zu Berlin u. Halle a. S. Privatsamml. des Herrn Professor E. Schmidt zu Leipzig	82,6 87,2 88,4 88,5 91,0 91,4 98,1 98,1 98,7 99,3	1	9	—	Für 2 Schädel aus Halle a. S. fehlen nur die Masse; die Schädel waren jedoch ausgesprochen brachycephal.
	245 oder 265?	39				2	11	1	

*) Die Angaben sind der Arbeit Virchow's über krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner entnommen. Ich vermute nach einer Angabe Virchow's in seiner Abhandlung: „Ueber einige Merkmale niederer Menschensrasen am Schädel“, pag. 86, wo er, wie in der Abhandlung über krankhaft veränderte Knochen alter Peruaner, auf den Unterschied cranium von Davis Bezug nimmt und anführt, dass von Davis 50 Peruaner-Schädel untersucht seien, dass die Zahl 50 auch hierfür richtig ist.

Von Virchow ist in seiner Abhandlung „Ueber einige Merkmale niederer Menschenrassen am Schädel“¹⁹⁾ darauf hingewiesen, dass es bezüglich des Vorkommens des Os Incae bei den alten Peruanern Gegenstand der weiteren Forschung sein müsse, „ob geographische Begrenzungen des Gebietes, in welchen diese Köpfe vorkommen, nachzuweisen sind.“ Stellt man einen solchen Versuch bezüglich des Vorkommens der Exostosen an, so ergibt sich sofort, dass von einer geographischen Begrenzung dieser krankhaften Veränderung nicht die Rede sein kann. Die Orte, an denen die in der vorstehenden Tabelle aufgeführten, mit Exostosen behafteten Schädel gefunden sind, liegen z. Th. räumlich weit auseinander, wenngleich sie sämtlich, mit Ausnahme des einen Titicaca-Schädels, dem schmalen Küstenstreifen entstammen, welcher zwischen dem peruanischen Hochgebirge und dem stillen Ozean gelegen ist.

So liegt Ancon 10 Meilen, Chancay 20 Meilen nördlich von Lima, Callao ist die Hafenstadt von Lima und Truxillo liegt im Norden Peru's, etwa 35 Meilen nördlich von Callao. an der pacifischen Küste. Pasamayo endlich liegt zwischen Ancon und Chancay, während Ciucha etwa zehn Meilen südlich von Lima entfernt ist. Dagegen waren sämtliche von mir untersuchten Peruaner-Schädel, welche aus dem Innern Peru's oder aus den Cordilleren stammten, frei von Exostosen. So aus der Sammlung des Herrn Prof. E. Schmidt 2 aus Ayacucho, 5 aus der Nähe von Chosika in den Cordilleren und 2 aus einer Felsspalte bei Yauliako. Rechnet man schliesslich die den einzelnen Begräbnissplätzen gemeinsam entstammenden Schädel zusammen, so ergibt sich, dass unter 177 Ancon-Schädeln (134 von Virchow, 43 von mir) 22 Mal Exostosen des äusseren Gehörganges oder in 12,4 pCt. sich fanden. Ein noch gehäufteres Vorkommen ergibt sich für 10 von mir untersuchte Schädel aus Chancay, von denen 20 pCt. Knochenneubildungen aufwiesen.

Nach Alledem kann man sagen, eine Einheit des Ortes besteht für das Vorkommen der Exostosen bei den alten Peruanern nicht, wohl aber nach den bisherigen Untersuchungen fast ausschliesslich eine Einheit der Schädelform²⁰⁾, und zwar die mehr oder weniger stark brachycephale. Von den zuvor aufgeführten 39 Schädeln sind 38 brachycephal und, soweit die für den einzelnen angegebenen Maasse erkennen lassen, sind von 11 allein 9 hyperbrachycephal, und zwar z. Th. stärkster Art. Indess zeigte sich auch bei meinen Untersuchungen, was Virchow für seine Ancon-Schädel hervorgehoben hat, dass von den ein und derselben Grabstätte entnommenen nicht gerade die am stärksten deformirten Schädel Exostosen aufweisen. Ich kann dies nur für die Schädel von Chancay und Ancon belegen. Der Längen-Breitenindex meiner 6 Ancon-Schädel mit Exostosen beträgt durchschnittlich 92,7 und schwankt zwischen 88,4 und 98,1, während derselbe Index von 40 Ancon-Schädeln ohne Exostosen aus der Leipziger Sammlung im Durchschnitt 94,1 ist und von 81,8 bis 107,3 variirt. Der Längen-Breitenindex meiner Schädel aus

¹⁹⁾ pag. 86 und 87.

²⁰⁾ Herr Geheimrath R. Virchow hat mir brieflich mitgetheilt, dass er in seinen *Crania americana*, welche mir nicht zu Gebote stehen, 2 mit Exostosen behaftete Peruaner-Schädel habe abbilden lassen, die gar keine Deformation besaßen.

Chancy ist im Mittel fast genau derselbe, wie der der Ancon-Schädel, nämlich 94,3, und schwankt zwischen 82,6 und 102,0, während die beiden Schädel aus derselben Grabstätte mit Exostosen einen Längen-Breitenindex von 82,6 bezw. 98,1 aufweisen.

Aus der Thatsache, dass einerseits auch nicht deformirte Peruaner-Schädel (Virchow²¹) Gehörgangsexostosen aufweisen, andererseits von den deformirten Schädeln nicht gerade die am stärksten deformirten auch am häufigsten von dieser Knochenwachsthumsstörung befallen sind, folgt, dass die Deformirung kein nothwendiges Erforderniss für die Entwicklung der Exostosen ist und weiter, dass selbst die weitgehendste Deformirung als solche keineswegs die Entstehung dieser Geschwülste mit Nothwendigkeit bedingt. Aber daraus zu folgern, dass die so häufige Exostosenbildung des Os tympanicum bei den alten Peruanern mit der künstlichen Deformirung der Schädel nun überhaupt gar nichts zu thun haben könne, diese Folgerung scheint mir der Thatsache wenig gerecht zu werden, dass, wie die vorstehende Zusammenstellung aufweist, von 39 mit Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs behafteten Peruaner-Schädeln 38 mehr oder weniger hochgradig brachycephal sind; denn wenn mir auch die Maasse der von Virchow in Betracht gezogenen Schädel nicht bekannt sind, so beschreibt er sie doch selbst als im Allgemeinen einfach oder schief brachycephal. Deshalb erscheint mir auch das weitere Eingehen auf die Frage, ob nicht wenigstens die Möglichkeit einer gewissen mittelbaren Beziehung nahe liegt und wie wir uns dieselbe zu denken haben, noch keineswegs müssig zu sein, wenn auch von anderer Seite ein völlig negirender Standpunkt eingenommen wird.

Bei der Durchmusterung so vieler und mannigfaltiger Rassenschädel fiel mir mehr und mehr auf, dass zu einer gewissen Schädelform auch eine gewisse Form des äusseren knöchernen Gehörganges gehört, wobei jedoch Ausnahmen vorkommen. Mit einer gewissen Gesetzmässigkeit wiederholt sich die Beobachtung, dass der dolichocephale Schädel einen mehr rundlichen, der brachycephale einen mehr länglich-ovalen Gehörgang hat. Je nach dem vorherrschenden Typus der Schädelform einer Rasse zeigt sich auch ein vorherrschender Typus des Gehörganges. So zeigen die Schädel von afrikanischen Negern, Ozeaniern, Australiern und Eskimo's vorwiegend ein mehr kreisrundes Gehörgangslumen; wobei die Höhenaxe ziemlich senkrecht gestellt ist und nur wenig die Breitenaxe an Länge übertrifft. Bei diesen Völkerrassen überwiegt aber auch in mehr oder weniger starkem Maasse der dolichocephale Schädelbau; denn nach einer von Ranke²²) aufgestellten Tabelle, welche ich procentualisch berechnet habe, ergibt sich für diese Völker folgende Vertheilung der Hauptschädelformen:

Völkerrasse	Anzahl der Schädel	Schädelform		
		Dolichocephalie	Mesocephalie	Brachycephalie
Australier . . .	88	89,0 pCt.	11,0 pCt.	—
Ozeanier	410	69,0 „	24,0 „	7,0 pCt.
Afrikaner . . .	?	56,0 „	38,0 „	6,0 „

²¹) L. c. ²²) Der Mensch. II. Bd., pag. 204.

Die Eskimo's sind nahezu reine Dolichocephalen. Dabei sind die räumlichen Verhältnisse des äusseren Gehörganges namentlich bei den Negern z. Th. recht bedeutende; ich habe an dem Schädel einem Unamwezi-Negers die Höhe des Gehörganges an seiner äusseren Oeffnung mit 1,8 Ctm. und die Breite mit 1,5 Ctm. gemessen.

Demgegenüber haben die asiatischen Völkerschaften, wie die Chinesen, Japaner und die Bewohner der Mongolei einen vorwiegend mehr länglich-ovalen Gehörgang, dessen Höhendurchmesser nicht selten doppelt oder doch nahezu doppelt so gross wie der Breitendurchmesser ist. In Uebereinstimmung hiermit finden wir bei diesen, wenn auch nicht ganz in dem Maasse wie bei den Europäern, die Meso- und Brachycephalen bei Weitem vorherrschend.

Eine solche Abhängigkeit der natürlichen Form des Gehörganges von dem Schädelbau dürfte auch erklärlich sein, denn mit dem Wachstum des gesammten Schädels in die Länge wird auch der Querdurchmesser des Gehörganges wachsen und somit sich mehr der rundlichen Form nähern und umgekehrt.

Wir können demnach sagen, dass die Form des Gehörgangslumens im Grossen und Ganzen abhängig ist von der Schädelform, und dass im Allgemeinen zu dem dolichocephalen Schädel der mehr kreisrunde, zu dem brachycephalen Schädel der mehr länglich-ovale Gehörgang gehört.



Welches ist nun der natürliche vorherrschende Typus des äusseren knöchernen Gehörganges bei den alten Peruanern gewesen?

In dem III. Band des Prachtwerkes von Reiss und Stübel „Das Todtenfeld von Ancon“ hat Virchow einerseits die nahezu typische Form der nicht deformirten Ancon-Schädel, andererseits zwei weitere Ancon-Schädel beschrieben und abgebildet, welche ein charakteristisches Bild der in Ancon üblichen Art der Deformirung starken und stärksten Grades geben. Die typische Form des nicht deformirten Schädels ist die orthobrachycephale mit einem Längen-Breitenindex von 82,9 und einem Längen-Höhenindex von 74,5 bei im Allgemeinen regelmässiger Schädelentwicklung.

Unter Zugrundelegung der orthobrachycephalen als der typischen Schädelform der Ancon-Peruaner und im Hinblick auf die für die Hauptschädelformen überhaupt gefundene Gesetzmässigkeit zwischen dieser und der Form des äusseren Gehörganges können wir wohl mit einigem Recht als die typische Form desselben bei den Peruanern die länglich-ovale ansprechen, ungefähr so, wie ich sie überwiegend bei Chinesen und Japanern gefunden habe.

Die natürliche Form erleidet nun bei einer Deformierungsmethode, welche durch occipito-frontale Compression den Längsdurchmesser des Schädels zu verringern trachtet, also seine Brachycephalie erhöht, eine mehr oder weniger erhebliche und, wie mir scheint, eine je nach dem Angriffspunkt der comprimirenden Kräfte wechselnde, künstliche Umgestaltung. Diese besteht darin, dass der Gehörgang von vorn nach hinten zusammengedrückt und somit schmaler wird, wobei er dafür vielleicht etwas an Höhe gewinnt; denn an stark asymmetrischen Schädeln, welche wesentlich eine einseitige occipitale Compression erfahren hatten, habe ich bei vergleichenden Messungen zuweilen gefunden, dass die

Höhenaxe des Gehörgangs auf der verdrückten Seite die der anderen um ein Weniges übertraf. Ausserdem aber erleiden die Axen des Gehörganges eine Verschiebung, und zwar derart, dass bei einem von hinten und oben auf die Squama ossis occipitis und die angrenzenden Theile der Seitenwandbeine ausgeübten Druck die Höhenaxe des Meatus ext. nach vorn abweicht, so dass sie mit der Verticalen einen grösseren Winkel bildet, während man in den Fällen, wo der Angriffspunkt der von hinten wirkenden Kraft möglichst tief lag, eine gerade umgekehrte Drehung der Axen beobachten kann. Es kommen so Bilder wie die

nachstehenden zu Stande:  oder 

Man findet nicht selten geradezu sichelförmige oder „säbelscheidenartige“ Gehörgänge und die gegen das Gehörgangslumen zuweilen auffallend starke Vorwölbung der vorderen Gehörgangswand legt die Vermuthung nahe, dass von Seiten des Unterkiefergelenkkopfes dem von hinten her wirkenden Druck ein kräftiger Widerstand entgegengesetzt worden ist. Eine gleiche Einwirkung haben anscheinend alle jene Deformierungsmethoden, welche, wie dies z. B. bei den Titicaca-Schädeln der Fall ist, möglichst dolichocephale Formen erstrebten, nicht gehabt, wie dies auch nach Lage der nicht selten auf das Deutlichste sichtbaren Schnürfurchen erklärlich wird. Man findet an solchen Schädeln häufiger nahezu rundliche Gehörgänge und, soweit ich mich zu entsinnen glaube — besondere Aufzeichnungen habe ich darüber leider nicht gemacht — und die Photographien derartiger Schädel mir nachträglich Aufschluss gaben, auch jene bei den brachycephalen Schädeln so häufig zu beobachtende unvollständige oder fehlende Verwachsung zwischen Os tympanicum und Schuppe wie Warzenfortsatz nicht. An diesen Schädeln sind aber auch Exostosen des äusseren Gehörgangs eine grosse Seltenheit.

Es scheint mir demnach nur diejenige Deformierungsmethode der alten Peruaner einen wesentlichen Einfluss auf das Gehörgangslumen gehabt zu haben, welche vor Allem durch occipito-frontale Compression anstrebte, den Schädel zu verkürzen. Zu dieser brachycephalen bezw. hyperbrachycephalen Schädelform gehören aber von 39 mit Exostosen behafteten Schädeln 38.

Wir können uns sehr wohl vorstellen, dass bei diesen Schädeln durch den Deformierungsprocess, welcher ja nur in der ersten Zeit des Lebens, so lange der Schädel noch weich war, ohne directe Lebensgefahr in Anwendung kommen konnte, der für das Os tympanicum nach der gesammten natürlichen Schädelanlage präformirte Raum in seiner Form verändert und in toto verkleinert wurde.

In diesen künstlich veränderten oder in der Veränderung begriffenen Raum wächst der knöcherne Gehörgang hinein, und es will mir als sehr wahrscheinlich erscheinen, dass wir in dieser besonderen, künstlich geschaffenen Raumveränderung und Beschränkung ein Irritamentum zu suchen haben, welches das wachsende Os tympanicum in seiner normalen Entwicklung derartig zu stören vermochte, dass es, bei einer aus irgend welchen anderen Gründen vorhandenen Disposition zur Exostosenbildung überhaupt, an Stellen, welche zur Ossification schritten, excessiv wucherte und somit Exostosen des äusseren Gehörgangs erzeugte.

Wir würden somit zu der Annahme eines mittelbaren Zusammenhanges zwischen Gehörgangsexostosen und einer bestimmten Art der Schädel-Deformirung gedrängt.

Der Einfluss der Schädel-Deformirung auf das Lumen des äusseren Gehörganges wird von Virchow gleichfalls besonders hervorgehoben, aber dennoch glaubt er selbst einen mittelbaren Zusammenhang, wenn auch als möglich zuzugestehen, doch als den wirklichen Thatsachen wenig entsprechend vor der Hand ablehnen zu müssen, weil er in den Gehörgangsexostosen lediglich eine Theilerscheinung der auch an anderen Knochen alter Peruaner gefundenen multiplen Exostosen zu sehen geneigt ist, und er erwartet, dass, sofern bei künftigen Ausgrabungen nicht nur den Schädeln, sondern auch den dazu gehörigen Knochen des Rumpfes und der Gliedmassen eine grössere Beachtung geschenkt werden würde, bald Klarheit über diese interessante Affection geschafft werden würde.

Meines Erachtens macht die von Virchow betonte Gleichwerthigkeit der Gehörgangsexostose mit der Exostosis multiplex es wohl verständlich, wie überhaupt die Verdrückung als Irritamentum so häufig zu excessiver Wucherung führen konnte, aber ohne Hinzunahme dieses Reizes verstehen wir aus der Virchow'schen Anschauung nicht, weshalb es denn, wie die bisherigen Befunde wenigstens zeigen, immer nur gerade das kleine Os tympanicum ist, welches Exostosen aufweist, während die übrigen Schädelknochen, wie dies bei der Exostosis multiplex überhaupt der Fall zu sein pflegt, auch bei den alten Peruanern keine Exostosen, wenn auch anderweitige Störungen des Knochenwachsthums, aufweisen. Da kann man sich, wie mir scheinen will, die Affection immer nur dieses einen kleinen Schädelknochens doch allein abhängig denken von einer örtlichen Einwirkung, die allerdings völlig belanglos bleibt, so lange nicht die Neigung zur excessiven Knochenwucherung überhaupt besteht. In diesem Sinne, glaube ich, dürfen wir wohl eine Beziehung zwischen der occipito-frontalen Schädelcompression und dem auffallend häufigen Auftreten von Gehörgangsexostosen bei den alten Peruanern nicht ganz von der Hand weisen.

Ich will meine Anschauung durch die Benutzung eines Bildes erläutern, welches Du Bois-Reymond in einer seiner Reden gebraucht hat.

Die von der Schelle des Saumthieres ausgehenden Schallwellen können wohl einmal den Sturz einer Lawine auslösen, ohne doch die auf der Kippe liegenden Schneemassen, die durch ihre eigene Schwere fallen, herabzustürzen; indess wird ein Lawinensturz keineswegs immer durch die Schallwellen, die zu den Bergeshöhen hinaufdringen, veranlasst werden, wie er andererseits ganz unabhängig davon vor sich geht. So könnte wohl einmal die durch die künstliche Deformirung hervorgerufene Verdrückung des Gehörgangslumens der Anstoss, das Irritamentum sein, um die bestehende Neigung zu excessivem Knochenwachsthum auszulösen, während ohne diese die stärkste Verdrückung wirkungslos bleibt und andererseits durch sie auch ohne Verdrückung aus anderer Ursache eine Exostosenbildung auftreten kann.

Aus dem besonderen Zusammenwirken zweier Momente,

der eigenartigen Verdrückung des äusseren Gehörgangs bei den brachy- und hyperbrachycephalen Schädeln und einer gegebenen Neigung zu excessivem Knochenwachsthum überhaupt, wie sie durch die Exostosis multiplex zu Tage tritt, würde sich somit das so auffallend häufige Vorkommen von Exostosen des äusseren Gehörgangs bei den alten Peruanern erklären lassen.

Ausser den Exostosen an Schädeln alter Peruaner wurden von Schädeln amerikanischer Rasse nur noch an einem Mexicanerschädel doppelseitige Exostosen gefunden. Nach den Untersuchungen C. J. Blake's²³⁾ kommen dieselben auch noch bei anderen amerikanischen Völkerschaften verhältnissmässig häufig zur Beobachtung. Unter 195 Schädeln von Höhlenbauern in Tennessee aus der Sammlung des Peabody-Museums zu Cambridge fand er 36 Mal Exostosen in einem oder beiden Gehörgängen und von 108 kalifornischen Schädeln hatten 5 einseitige oder doppelseitige Knochenwucherungen. Unter 37 Schädeln aus Höhlen in Arkansas schliesslich kamen solche 6 Mal vor.

Es scheint demnach, als ob bei einer ganzen Reihe amerikanischer Völkerschaften Gehörgangsexostosen ein ganz auffallend häufiges Vorkommniss gewesen sind, und wenn sie allgemein ebenso ausgedehnt sind, wie vielfach bei den alten Peruanern, so kann man mit einigem Recht vermuthen, dass Schwerhörigkeit nicht gerade ganz selten gewesen sein muss.

Stellt man die gesammten amerikanischen Schädel zusammen, so erhält man die Zahl 676 (202 + 134 + 195 + 108 + 37), von denen 78 oder 11,5 pCt. aller Schädel mit Exostosen behaftet waren.

Nach der Häufigkeit des Vorkommens folgten auf die Amerikaner die Australier und Ozeanier. Unter 113 Schädeln derartiger Völkerschaften habe ich, wie erwähnt, 2 mit Exostosen gefunden. Ueber sonstige Befunde anderer Untersucher ist zu berichten, dass Welcker²⁴⁾ unter 30 Schädeln von Marquesas-Insulanern sie 2 Mal, oder wie Virchow angiebt, besser 3 Mal gefunden hat, und dass von 140 Kanaka-Schädeln der Sammlung Davis²⁵⁾ 5 mit vorwiegend einseitigen Exostosen behaftet sind.

Dies macht für in Sa. 283 Schädel 10 Mal oder 3,5 pCt. Exostosen.

Bei den Schädeln der übrigen Völkerrassen wurden, sofern wir von dem einen altägyptischen Schädel absehen, Exostosen nicht gefunden und wir können demnach das Schlussresultat der Untersuchung dahin zusammenfassen, dass vor Allem bei der amerikanischen Rasse, demnächst bei den Ozeaniern Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs ungleich viel häufiger vorzukommen scheinen, als bei den afrikanischen Negern, den Asiaten und Europäern.

(Schluss folgt.)

²³⁾ Nach Roosa: Lehrbuch der Ohrenkrankheiten. Deutsche Uebersetzung von Weiss, Berlin 1889.

²⁴⁾ und ²⁵⁾ Nach Virchow l. c.

Tuberculose des Schläfenbeins. Uebergang der Tuberculose auf die Basis des Schläfenlappens.

Von

Dr. Otto Koerner in Frankfurt a. M.

In der Leiche tuberculöser Menschen findet man nicht selten Meningeal- und Hirntuberkel neben tuberculösen Zerstörungen im Schläfenbeine. Meist bestehen gleichzeitig noch andere tuberculöse Herde und es lässt sich oft nicht feststellen, welche von den vielen Localisationen der Krankheit die primäre war. In anderen Fällen darf man annehmen, dass die Infection des Schädelinhalts vom kranken Schläfenbeine aus erfolgte, namentlich wenn die Zerstörung des Knochens bis in den carotischen Canal hineingeht, die Carotiswand erkrankt ist und die Aussaat miliarer Tuberkel lediglich im Gebiete der gleichseitigen Arteria fossae Sylvii erfolgte. Zur Sicherheit wird diese Annahme, wenn sich ausser der Tuberculose im Schläfenbein kein anderer Tuberkelherd im Körper findet, der für die Infection der Pia verantwortlich gemacht werden kann, wie es z. B. in einem Falle von Pitt¹⁾ war. Geht die Knochenkrankheit bis zu einem der Sinus oder zum oberen Bulbus der Jugularis, so können diese Gefässe erkranken und die Tuberkelsaat kann durch den venösen Blutstrom durch den Körper verstreut werden. Sie haftet dann grösstentheils in den Lungen fest und in keinem der mir bekannten hierher gehörigen Fälle²⁾ fanden sich Tuberkel an der Pia oder im Hirn.

Der Uebergang von Tuberculose des Schläfenbeins auf benachbarte Hirntheile durch Contact ohne Vermittelung der grossen Gefässe scheint ebenfalls selten zu sein. Ich habe nur zwei Beobachtungen dieser Art in der Literatur³⁾ gefunden und will deshalb einen Fall meiner Beobachtung im Folgenden mittheilen. Die Seltenheit dieser Entstehungsart der Hirntuberculose hat offenbar ihren Grund darin, dass die Tuberculose des Schläfenbeins, sobald sie durch Vermittelung des Gehörorgans mit der Luft in Berührung kommt, zur Entstehung einer Mischinfection führt, die bei Contact mit dem Schädelinhalt viel leichter und schneller eitrige, als tuberculöse Infectionen des Hirns und seiner Häute herbeiführt, die tödtlich werden, bevor sich eine Hirntuberculose ausbilden kann. —

Herr Yü Kai Chi, Missionsschüler aus Kiv Kiang in China, 18 Jahre alt, aus angeblich gesunder Familie und selbst seither gesund, bekam Anfang Juni 1892 ohne bekannte Ursache Schmerzen im rechten Ohre, die acht Tage später mit dem Eintritt einer reichlichen Eiterung aus dem Gehörgange nachliessen. Seitdem eiterte das Ohr fortwährend stark, bis sich Ende Juli eine Anschwellung auf dem Warzenfortsatz ausbildete.

Am 1. August 1892 sah ich den Kranken zum ersten Male. Die Schwellung erstreckte sich über den ganzen Warzenfortsatz, drängte die Muschel vom Kopfe ab und fluctuirte stark. Der Gehörgang war durch

¹⁾ British Medical Journal 1890, Vol. I, pag. 772.

²⁾ Fall von Kossel, Charité-Annalen, Bd. 17, 1892, S. 835. — Fall meiner Beobachtung, der an anderer Stelle veröffentlicht werden soll.

³⁾ Pitt l. c. — Jansen, Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 87, S. 146.

eine Anschwellung seiner hinteren oberen Wand stark verengert und mit geruchlosem Eiter gefüllt. Temperatur normal.

Am nächsten Tage (2. August 1892) operirte ich den Kranken mit Herrn Dr. von Wild. Nach der Eröffnung des subcutanen Abscesses fand sich eine Fistelöffnung in der Bezold'schen Fossa mastoidea.

Bei dem Vorgehen mit Meissel und scharfem Löffel zeigte es sich, dass der Knochen im Innern erweicht und mit Granulationen und Knochentrümmern gefüllt war. Das Antrum enthielt ebenfalls Granulationen. Nach hinten ging die Erkrankung des Knochens bis zum Sinus transversus, der an einer etwa 1 □ Ctm. grossen Stelle aufgedeckt wurde und normal aussah. Nach Durchspülung durch Warzenhöhle und Gehörgang mit Sublimatlösung wurde Jodoform eingepulvert und die Höhle mit Gaze ausgestopft.

Obwohl Wunde und Ohr regelmässig durchgespült und beim Verband reichlich mit Jodoform eingestäubt wurden, trat keine Heilung ein. Die Schwellung im Gehörgang wurde wiederholt gespalten. Am 9. November wurde die Wundhöhle in Narcose untersucht. Es ergab sich, dass der Knochen nach allen Richtungen hin weiter erkrankt war. Obwohl nun wiederum alles krank Erscheinende mit dem scharfen Löffel, der schneidenden Zange und dem Meissel entfernt wurde, war ich mit Herrn Dr. Pinner schon am 27. December zur Wiederholung dieses Eingriffs gezwungen, wobei der Sinus, der jetzt mit Granulationen bedeckt war, noch weiter blossgelegt wurde. Trotzdem schritt die Erkrankung fort. In der Tiefe der Wunde bedeckte sich der Knochen nicht mit Granulationen. Ende Februar 1893 musste ein Abscess auf der Spitze des Warzenfortsatzes durch Erweiterung der Wundöffnung nach unten eröffnet werden.

In den folgenden Monaten ging der Kranke auf Reisen und kam erst wieder im Herbste in meine Behandlung. Am 2. November 1893 zog ich ihm zwei erbsengrosse Sequester aus der Tiefe der Wunde. Unmittelbar darauf kam es zu Erbrechen, Schwindel und Facialispärese. Vier Tage später zog ich in Narcose einen dritten Sequester heraus, wobei die rechte Gesichtshälfte zuckte und die Facialispärese deutlicher wurde. Der Kranke erwachte auffallend spät aus der kurzen und nicht tiefen Narcose, hatte mehrere Zuckungen im rechten Bein und in beiden Händen und blieb nach dem Erwachen während des ganzen Tages in einem apathischen Zustande. Temperatur Abends 38,5. In den nächsten Tagen subjectives Wohlbefinden, kein Fieber mehr.

Darauf wurde der Kranke meiner Behandlung entzogen und einer Anstalt anvertraut, in welcher er vegetarische Kost erhielt und einer Kaltwasserkur unterworfen wurde. Als ich ihn im Frühjahr 1894 wieder sah, war er auffallend abgemagert und hustete. Die Facialislähmung war vollständig geworden. Die Wundhöhle zeigte ungefähr denselben Zustand wie früher. Zwischen den Granulationen in der Gegend des Sinus kam der Eiter pulsirend hervor. Die Abendtemperaturen schwankten zwischen 37,8 und 38,4. Die Untersuchung der Lungen ergab die Zeichen einer beiderseitigen Spitzeninfiltration. Auswurf war nicht vorhanden. Ein neuer Eingriff konnte nach den seitherigen Erfahrungen bei dem unaufhaltsamen Fortschreiten der Krankheit nicht mehr angerathen werden.

Im Mai 1894 schwankten die Temperaturen Morgens zwischen 36,0 und 37,0, Abends zwischen 38,0 und 38,5. Fast täglich kam es zum Erbrechen. Am 25. Mai Nachmittags trat ein schwerer Schüttelfrost ein, worauf die Temperatur bis 39,2 stieg. Ein zweiter Schüttelfrost erfolgte am 29. Mai Abends, wobei die Temperatur auf 40,0 kam, am 30. Mai früh auf 35,2, also um fast 5 Grad herabsank, Mittags nach einem neuen Frost auf 40,7, also um $5\frac{1}{2}$ Grad stieg, Abends 39,1 betrug und am 31. Mai früh auf 35,9 herabging. Der nächste Frost stellte sich am 7. Juni ein, dann kamen Fröste am 9. und 15. Juni. Zwischen diesen Frostfällen bestand mässiges irreguläres Fieber. Die Kräfte schwanden zusehends, das Erbrechen wiederholte sich häufig, der Husten war stets gering, der Auswurf schleimig und äusserst spärlich. Der Puls hielt sich nahe an 100 Schlägen in der Minute und war regelmässig. Unter dem rechten Kieferwinkel scholl eine Drüse an und wurde druckempfindlich. Die Klagen beschränkten sich auf grosse Schwäche und häufigen Hinterhauptsschmerz. Von Anfang Juli an stellte sich bisweilen Somnolenz ein. Am 9. Juli kam wieder ein Frost. Jetzt liess sich eine schmerzhafteste Härte vom Kieferwinkel bis in die Mitte des Halses hinab fühlen. Am 18., 22., 24. und 25. Juli wieder Schüttelfröste. Die Somnolenz nahm zu und am 31. Juli trat der Tod ein.

Section 22 Stunden nach dem Tode mit Dr. von Wild.

Starke Abmagerung. Im Herzbeutel reichliche klare Flüssigkeit. Die Pleuren an den Lungenspitzen verwachsen. In beiden Oberlappen kleine, bis bohngrosse Cavernen, peribronchitische Indurationen und spärliche miliare Knötchen. Milzschwellung. Vereinzelter Tuberkel in den Nieren.

Das Hirn reisst beim Herausnehmen über dem rechten Tegmen tympani ein. Der auf dem Tegmen haften bleibende, etwa 4 Ctm. breite und lange und $1 - 1\frac{1}{2}$ Ctm. dicke Theil hinterlässt an der Basis des Schläfenlappens einen ebenso grossen Defect, der überall bis in die weisse Substanz geht. Von diesem Defect zieht nach hinten eine thrombosirte Piavene, die mit Eiter bedeckt ist. In beiden Sylvii'schen Spalten, besonders in der linken, zahlreiche Tuberkel an der Pia. In beiden, nur wenig ausgedehnten Seitenventrikeln klare Flüssigkeit. Im Uebrigen Hirn und Kleinhirn normal. Der Sinus transversus enthält in seinem S-förmigen Theil Eiter. Der Sinus petrosus superior ist thrombosirt. Beim Abziehen der Dura vom rechten Felsenbein ergiebt sich, dass die ganze Fossa sigmoidea des Sulcus transversus cariös zerstört ist und dass der mit blassen, starren Granulationen bedeckte Sinus tief in den zerstörten Knochen hineinragt. Auch das Tegmen tympani ist in grosser Ausdehnung zerstört. Hier ist die Dura stark verdickt und aussen mit voluminösen, starren Granulationen bedeckt, in welchen zahlreiche Knochen-trümmer eingebettet sind. In gleicher Ausdehnung, wie diese Granulationswucherungen an der Aussenseite der Dura, haftet innen an derselben das erwähnte Stück Hirnsubstanz, welches gleich wie die mit ihm fest verwachsene, bindegewebig verdickte Dura mit hanfkorn- bis erbsengrossen, zum Theil verkästen Knoten durchsetzt ist. Warzenfortsatz, Gehörgang und Paukenhöhle sind in einen mit Granulationen und Knochen-trümmern gefüllten grossen Hohlraum verwandelt, in welchem, wie die Untersuchung des herausgenommenen und macerirten Knochens

später zeigte, der Facialiscanal, die Schneck, ein Theil der Bogengänge, die Fossa jugularis und die laterale Wand des carotischen Canals fast vollständig aufgegangen sind. Die Zerstörung überschreitet die Grenzen des Schläfenbeins nicht, sondern ist an den Nahtverbindungen mit dem Seitenwand- und Hinterhauptsbeine scharf abgegrenzt.

Nach Entfernung einer taubeneigrossen Drüse im Kieferwinkel wird die Jugularis blossgelegt. Sie ist oben mit Eiter gefüllt, in der Mitte des Halses vollständig zerstört und verliert sich hier in einem etwa hühnereigrossen Abscesse.

Ueber das Vorkommen von Lipomen in der Schleimhaut der Nasenhöhle.

Von

Dr. B. Gomperz,

Docenten an der Wiener k. k. Universität.

(Hierzu eine lithographirte Tafel.)

Das Vorkommen von Lipomen innerhalb der Nasenhöhle ist bis nun nicht beschrieben worden. In keinem der bekannten Lehrbücher der Rhinologie oder pathologischen Anatomie ist solcher Nasengeschwülste Erwähnung gethan; auch in Zuckerkandl's grossem Werke über normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle findet sich darüber keine Bemerkung. Ich halte es daher für angezeigt, folgenden von mir beobachteten Fall eines von Flimmerepithel bekleideten Lipomes der Nasenhöhle mitzuthellen.

Am 18. Juni 1890 wurde mir von Herrn Prof. Politzer Herr W. R., Restaurateur, ein kräftiger, corpulenter Sechziger zur Behandlung seines chronischen Mittelohrcatarrhes zugesendet. Bei der Rhinoscopia anterior, die ich dem Catheterismus vorausschickte, fiel mir in der linken Seite ein Tumor auf, der, etwa 2 $\frac{1}{2}$ Ctm. von der Nasenspitze entfernt, von der oberen Nasenwand herabragte, dort, wo sich die Cartilago triangularis an das Nasenbein ansetzt.

Er hatte die Grösse einer kleinen Kirsche, war rundlich, an der Oberfläche drusig, von Schleimhaut bekleidet; die Farbe war blassroth; stellenweise war die Neubildung exulcerirt und mit Blutkrusten bedeckt. Die Sondirung ergab, dass der Tumor von derbem Gefüge und breit gestielt war.

Die Nasengänge erwiesen sich als sehr weit durch Atrophie der Schleimhaut, welche mit festhaftenden Schleimkrusten bedeckt war; üblen Geruch konnte ich nicht wahrnehmen. Auf näheres Befragen erzählte der Patient, dass ihn nur häufiges Nasenbluten belästige, die „kranke Stelle“ jucke oft und die geringste Berührung genüge, um eine Blutung zu erzeugen; er war mit der sofortigen Entfernung einverstanden.

Nach gründlicher Cocainisirung konnte ich unter Beleuchtung mit reflectirtem Lichte die grössere Hälfte der Geschwulst mit der Glüh-schlinge abschneiden; der Rest liess sich mit einem scharfen Löffel leicht ausheben, Anpressen von Jodoformwatte stillte die Blutung.

Beim Durchschneiden der Neubildung fiel mir nichts Besonderes auf; es war dieselbe Consistenz da, wie bei derberem Nasenpolypen. Der Tumor kam sogleich in Alcohol und wurde in Celloidin eingebettet.

Bei der microscopischen Untersuchung war ich nun nicht wenig überrascht, den Tumor aus Fettgewebe bestehend zu finden, dessen Anordnung die auf beifolgender Tafel bei schwacher Vergrößerung (1:12) aufgenommene Abbildung zeigt. Bekleidet ist der Tumor von einem hohen geschichteten Flimmerepithel *e e*, welches gegen die Kuppe allmählig in geschichtetes Plattenepithel übergeht. Ausser an der ulcerös zerfallenen Strecke *u*, welche der vordersten Partie des Tumors entspricht, während die Basis bei *b b* zu suchen ist, liegt unter dem Epithel ein sehr kernreiches, dichtgefaseretes Bindegewebe, welches stellenweise allmählig, stellenweise mit schärferer Grenze in ein zartes, grossmaschiges Bindegewebsnetz übergeht; in den Maschen desselben liegen die Fettzellen, welche die Hauptmasse der Neubildung ausmachen. Dieses Netz ist ausserdem von grossen Gefässen (*g*) durchzogen, in deren Umgebung das Bindegewebe stärker entwickelt ist; nahe der Oberfläche fanden sich einzelne Nervendurchschnitte.

Der Tumor ist demnach als Lipom anzusprechen. Der Fall ist jedenfalls ein Unicum, wengleich man sich über diese Bildung von Fettgewebe nicht zu verwundern braucht, da ja für die histologischen Constituerten der Nasenhöhle dieselben Gesetze gelten, wie für die an anderen Körperstellen. An die Entstehung des Tumors aus dem subcutanen Fettgewebe braucht man nicht zu denken; dieser Meinung war auch Herr Professor Zuckerkandl, der nach Durchsicht meiner Schnitte die grosse Freundlichkeit hatte, mir an einem Cadaver das Verhältniss des subcutanen Zellgewebes zur Mucosa an der genannten Stelle zu demonstrieren; ein Durchbrechen des subcutanen Fettgewebes wäre nur an den Rändern der Cartilago triangularis und auch da nur schwer möglich; von dieser Eventualität kann wohl abgesehen werden.

An der Stelle, wo das beschriebene Lipom in die Nasenhöhle hineinwucherte, findet sich zwar normaliter in der Submucosa kein Fettgewebe (Zuckerkandl), doch ist es bekannt, dass die submucöse Schichte vieler Orte eine Disposition der Bindegewebszellen zur Fettaufnahme zeigt, die sie als Parallelgewebe für das Unterhautzellgewebe betrachten lässt. Wenn auch gewöhnlich an diesen Stellen niemals ein zusammenhängendes Fettlager besteht, so findet man doch bei gut genährten Individuen öfters einzelne Fettläppchen, z. B. in der Submucosa des Darmes, des Magens, der Trachea etc. (Virchow.)

Die pathologische Anatomie lehrt, dass jeder Lipombildung örtliche Ursachen zu Grunde liegen, die, wenn auch klein, doch grosse Wirkungen haben können, insbesondere bei Prädisposition zur Lipombildung. Bedenkt man, wie vielen Insulten die Nase bei manchen Menschen ausgesetzt ist, durch brusques Anfassungen und Abwischen beim Schnutzen, durch Bohren, Kratzen etc., so wird man wohl auch in diesem Falle den Reiz als vorhanden gewesen betrachten können, umsomehr, als in Folge der Rhinitis atrophicans eine öftere Reinigung der Nase erforderlich war.

Auffallend ist nur das Vorkommen dieses Lipomes an einer Stelle, wo die Mucosa straff gespannt ist, während sich bekanntlich diese Ge-

schwülste dort am häufigsten vorfinden, wo die Haut am leichtesten verschiebbar ist.

Eine weitere Frage lässt sich darüber aufwerfen, ob die Bildung des Fettgewebes hier als Rückbildungsvorgang, oder als progressive Metamorphose aufzufassen sei. Ich glaube, dass ein Rückbildungsvorgang ausgeschlossen werden kann, da nirgends die von Förster beschriebenen Bilder — das Vorkommen mehrerer Fetttropfen in einer Zelle — zu sehen sind; ferner findet sich die Hauptmasse des Fettgewebes gerade in den centralen Partien, während die peripheren reichlicheres, derbes Bindegewebe enthalten.

Dagegen spricht für die zweitgenannte Form das reichliche Vorkommen von Rundzelleninfiltration im Bindegewebe des Tumors; bekanntlich entsteht Fettgewebe derart, dass zuerst in dem Bindegewebe eine zellige Wucherung stattfindet, und dass der neugebildete kleine Zellhaufen sich durch Aufnahme von Fett in das Innere dieser Zellen in einen Fetttappen umwandelt.

Ueber den weiteren Verlauf kann ich nicht Vieles sagen; am 21. 5. 1891, also 11 Monate nach der Operation, besuchte mich Herr R. wegen seiner Ohren; dabei fand ich an der Stelle, wo der Tumor sass, einen flachen Höcker, über den glatte Schleimhaut hinzog. Die weitere Controlle ist nicht möglich gewesen, da Patient kurze Zeit darauf an einem Vitium starb.

II. Referate.

Pharyngo-laryngologische:

Rheumatische Halsaffectionen. (Affections rhumatismales de la gorge.) Von Dr. Max Thorner. (Cincinnati med. Journal; März 1893 und Revue de laryngol. No. 7, 1894.)

Klinische Studie mit Vorstellung zweier Kranken. Gewöhnlich rheumatische Schmerzen auch an anderen Stellen. Salol und Salophen helfen dabei immer.

Dr. P. K.

Retropharyngealabscess beim Kinde. (Absès rétropharyngien chez l'enfant.) Von Dr. Bilton Pollard. (The Lancet, Februar 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Diese Abscesse sind nicht immer, wie man früher annahm, eine Folge von Caries der Wirbelsäule. Verf. giebt vier Fälle, von welchen keiner eine Läsion der Wirbelsäule hatte. Diese von der Wirbelsäulenerkrankung unabhängigen Abscesse können von einer gewöhnlichen phlegmonösen Entzündung herkommen, oder sie sind die Folge einer Entzündung einer Drüse, welche sich vor dem dritten Lebensjahre zwischen Mucosa und der Aponeurose der Praeventebralmuskeln befindet, nachher aber verschwindet; und in der That findet man diese von Caries unabhängigen Abscesse meistentheils vor Ende des dritten Jahres. Verf. giebt die Symptome der Retropharyngealabscesse und rath deren frühzeitige Eröffnung nach der äusseren, Chiene'schen Methode.

Dr. P. K.

Ueber retropharyngeale Abscesse. (Sur les abcès rétropharyngiens.)
Von Dr. Roquer Casadesus. (Revista de laryngologia und Annales des
maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Sobald mit der Explorationsspritze die Gegenwart des Eiters festgestellt ist, soll man eröffnen; ein junger Mann, bei dem man zu spät eröffnete, starb an Pyämie. Man muss genau zwischen Retropharyngeal- und Lateropharyngealabscess unterscheiden; letztere hängen gewöhnlich von einer Erkrankung der Halswirbel ab. Die Stellung des Kopfes hilft zur Differentialdiagnose: beim Retropharyngealabscess ist der Kopf nach rückwärts gehalten, der Hals steif; bei Lateropharyngealabscess ist der Kopf nach der gesunden Seite hin geneigt. Dr. P. K.

Beitrag zum Studium der Mund- und Pharynx tuberculose mit besonderen Bemerkungen über ihr Entstehen. (Contribution à l'étude de la tuberculose de la bouche et du pharynx, avec considérations spéciales sur sa pathogénie.) Von Dr. Nicolo Pazzolo. (Archiv. ital. di laringologia, Januar 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Diagnose oft schwer; der Koch'sche Bacillus, wenn man selben findet, kann von einem Lungensputum herkommen; manchmal findet man ihn gar nicht und es besteht dennoch Tuberculose (Feurer, Hansemann). Die Diagnose macht sich noch am leichtesten aus dem Zustand der betreffenden Geschwüre und der Lunge. Verf. beschreibt diese Geschwüre. Unversehrte Lungen sprechen nicht gegen Tuberculose; primäre Mund- und Pharynx tuberculose können bestehen, was ja nach unserer heutigen Auffassung leicht möglich ist. Verf. bringt mehrere Beispiele. Dr. P. K.

Sexualkrankheiten und Krankheiten der obersten Luftwege beim Weibe. (Troubles génitaux et affections des voies aériennes supérieures chez la femme.) Von Dr. Albespy. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Dieser Zusammenhang, namentlich der Zusammenhang zwischen weiblichen Genitalien und äusserer, aber namentlich innerer Nase ist längst festgestellt. Da das Gewebe der Nasenmuscheln cavernöses Gewebe ist, so lassen sich viele mit Genitalleiden, namentlich mit Amenorrhoe zusammenhängende Nasenleiden durch mechanische, passive Ueberfüllung des cavernösen Gewebes erklären. Die Unterleibsleiden haben auch einen störenden Einfluss auf den Larynx selbst, sei es durch Reflexreiz, durch passive Congestion oder durch Hypertrophie der Schilddrüse. Verf. giebt verschiedene Krankengeschichten, welche den Zusammenhang der Unterleibsleiden mit Nasen- und Rachenkehlkopfleiden darthun. Verf. benutzt dieses klar bewiesene Verhältniss, um das Exclusive des Halsspecialisten thums zu tadeln, welches in jedem kleinen Halsleiden eine eigene Krankheit erblickt und statt dieselbe auf ein allzu oft daneben bestehendes Allgemeinleiden zurückzuführen, dieses kleine Halsleiden ohne Erfolg local behandelt. Dr. P. K.

Retropharyngealabscess, Operation. (Abcès rétropharyngien, opération.) Von Dr. A. G. Hawkins-Ambler. (British Medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Verf. wandte die Methode nach Chiene an: Einschnitt am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus, genaues Präpariren der vor der Wirbelsäule gelegenen Theile, Entleerung des Eiters und Drainage.
Dr. P. K.

Ueber den Werth der Unterbindung der Arteriae linguales bei der Behandlung der malignen Zungentumoren. (De la valeur de la ligature des artères linguales dans le traitement des affections malignes de la langue.) Von Dr. W. Haslain. (Birmingham medic. Review, April 1893 und Revue de laryngol. No. 7, 1894.)

Verf. bespricht den Werth dieser Unterbindung, wenn selbe im digastrischen Dreieck stattfindet. Bei bösartigen Tumoren der Zunge, welche man nicht operiren will, verzögert diese doppelte Unterbindung den Verlauf der Krankheit um ein Bedeutendes, sie vermindert den Schmerz und die belästigende Hypersecretion, verhindert die Blutungen und verlängert demgemäss das Leben um ein Bedeutendes. Verf. räth sogar, in manchen Fällen die Resection des Geschmacksnerven zu machen und erzählt zwei Fälle als Beweis seiner Behauptung.

Dr. P. K.

Seltener Fall von Uvulitis. (Cas unique d'uvulite.) Von Dr. J. Huber. (Arch. of Pediatrics, Januar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Ein 10monatliches Kind hat unaufhörlichen Husten und Schlingbeschwerden; bei dem endlich sehr erschöpften Kinde bemerkt man während eines heftigen Hustenstosses eine kleine rothe Masse zwischen den Lippen, welche sich als die ödematös angeschwollene Uvula herausstellte; einige Nadelstiche und Eis innerlich brachten nebst chloresurem Kali Heilung.

Dr. P. K.

Tuberculose der Zunge und des Gaumens. (Tuberculose linguale et palatine.) Von Dr. Du Castel. (Société de dermatologie et de syphiligraphie, Séance du 8 Mars 1894 und Semaine médicale No. 16, 1894.)

Zungenulcerationen bestehen bei einem vorgestellten Patienten seit zwei Jahren. Antisyphilitische Behandlung schadete auffallend. Creosot innerlich und Acid. lacticum äusserlich brachten Besserung. Jetzt besteht Schwellung des Gaumens und der linken Zungenhälfte; die Lungen sind gesund. Gewöhnlich bringt Tuberculose keine Schwellung; in diesem Falle muss man eine tuberculöse Glossitis mit Tumorbildung annehmen.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Abscess der Zungenbasis. (Note sur un cas d'abcès de la base de la langue.) Von Dr. L. Héлары. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Selten und nur durch das Laryngoscop zu erkennen. Nach Ruault wären sie gewöhnlich das Resultat der Entzündung der vierten Mandel. In vorliegendem Falle aber entstand der Abscess ohne vorhergehende

Glossitis; er entstand, wie in einem Falle von Seifert, durch Verletzung durch einen Fremdkörper, hier einen Knochen. Untersucht man in solchen Fällen nicht ganz genau, so hält man die Röthung des Pharynx und des Gaumensegels für eine einfache Angina; das Laryngoscop wird aber dann einen kleinen runden Tumor in der Tiefe zeigen.

Dr. P. K.

Zungenneurose. (Névrose de la langue.) Von Dr. Piotrowsky. (Bulletin de la société de biologie 1893, pag. 41 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Kommt meistentheils bei Neuropathen vor und ist besonders von Verneuil und Fournier studirt. Die Patienten glauben an ein tiefes, unheilbares Zungenleiden. Die Venenerweiterung an der Zunge ist kein constantes Symptom. Kommt meistens bei alten Männern und bei Frauen in der Menopause vor.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von congenitaler Anomalie der vorderen Bogen des Gaumensegels. (Deux cas d'anomalie congénitale des piliers antérieurs du voile du palais.) Von Dr. Garel. (Französ. Gesellsch. für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

20 Fälle in der Literatur bekannt, wovon 5 die hinteren und 15 die vorderen Gaumenbögen betreffen. Verf. bringt zwei neue Fälle, einen von symmetrischer Perforation der beiden vorderen Gaumenbögen und einen von einseitiger linksseitiger Perforation. Verf. ist der Ansicht, dass solche Perforationen nicht immer von Diphtheritis, Scarlatina oder Abscessen herrühren, sondern glaubt an eine embryonäre Resorption.

Dr. P. K.

Behandlung der Mandelhypertrophie mittelst Galvanocaustik. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales par le galvanocaustère.) Von Dr. R. Botey. (Revista de Ciencias medicas de Barcelona, Archives internationales de laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

In 10 — 15, vier bis sechs Tage von einander entfernten Sitzungen sind die Kranken geheilt; letztere ziehen diese Behandlung gewöhnlich der rascheren Amygdalotomie vor. Bei sehr stark entwickelten Mandeln macht Verf. vorher eine partielle Amygdalotomie und zerstört den Stumpf mittelst Galvanocaustik. Cocain ist unnöthig.

Dr. P. K.

Behandlung der acuten Amygdalitis mittelst Guajacol. (Du traitement de l'amygdalite aigue par les badigeonnages de guajacol.) Von Dr. Sciolla. (Semaine médicale No. 27, 1894.)

Nicht nur als Antithermicum, sondern auch als Analgeticum mit Erfolg angewandt. Auf die Mandeln bei acuter Entzündung eingerieben, kann es sogar abortiv wirken; es wird pur mittelst eines Wattetampons auf die Mandeln gebracht; Anfangs bringt es ein Gefühl von Brennen hervor, welches durch den vorherigen Gebrauch von Cocain nicht verhindert wird. Zwei bis drei Einpinselungen genügen gewöhnlich.

Dr. P. K.

Neue Methode der Eröffnung der Abscesse der Mandelumgebung. (Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens.) Von Dr. A. Ruault. (Mercredi médical, Januar 1893 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Man eröffne sobald als möglich. Die Classiker rathen, den Eiter einen Centimeter nach aussen vom Rande des Arcus palatoglossus, auf der Höhe, wo dieser Arcus aus der verticalen Richtung in die horizontale übergeht, zu suchen. Verf. rath hingegen, zwischen Arcus palatoglossus und der Mandel an dem oberen Theile letzterer nach aussen vorzugehen; Verf. bedient sich dazu eines stumpfen, rechtwinklig gebogenen, sondenartigen Instrumentes, dringt zwischen Mandel und Arcus anterior in die Tiefe, trennt den Arcus anterior von der meist ihm anklebenden Mandel und umgeht nun die so isolirte Mandel, um in die Tiefe einzudringen; denn hier ist der gewöhnliche Sitz des Eiterherdes. In Ausnahmefällen sitzt er hinter der Mandel und dann muss man zwischen letzterer und dem Arcus palatopharyngeus eingehen.

Dr. P. K.

Falsches Myxoedem; Giftigkeit des Succus thyroideus. (Myxoedème fruste; toxicité du liquide thyroïdien.) Von Dr. Chantemesse und Dr. R. Marie. (Société méd. des hôpit., Séance du 16 Février 1894.)

Beim Eintreten der Pubertät schwillt die Schilddrüse beim Weibe an. In den climacterischen Jahren nimmt die Schilddrüse beim Weibe ab und aus dieser Functionsverminderung lassen sich jedenfalls viele der in der Menopause eintretenden Erscheinungen ableiten, wie Tachycardie, Hitzegefühl, Schwindel, Muskelschwäche. Solche Fälle werden durch Thyroidealsaft geheilt. Verff. erzählen einen auffallenden Fall; der Saft wurde subcutan angewandt; bei zu grossen Dosen traten Schwindel, Magenbeschwerden, Müdigkeit, Schlafsucht ein.

Dr. P. K.

Myxoedem durch frische Schafsschilddrüse, innerlich gereicht, geheilt. (Cas de myxoedème guéri par l'ingestion de glandes thyroïdes fraîches de mouton.) Von Dr. Canter. (Société médico-chirurgicale de Liège, Séance du 4 Janvier 1894.)

Verf. giebt die genaue Beschreibung des ganzen Krankheitsverlaufes sowie der Behandlungsweise. Mit den meisten Autoren übereinstimmend, hält Verf. den innerlichen Gebrauch für besser, als die subcutanen Injectionen.

Dr. P. K.

Ein Luftkropf. (Un cas de goître aérien.) Von Dr. Pellegrini. (Riforma medica und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Ein Trompetenbläser hat unterhalb des horizontalen Unterkieferastes einen nussgrossen, durch Druck reducibaren, bei starkem Ausathmen wieder erscheinenden Tumor. Laryngoscopischer Befund negativ; gleich von Anfang an hatte der Tumor sein grösstes Volumen erreicht, was den Verf. denken lässt, dass Anfangs ein Abscess vorhanden war, welcher in die Trachea spontan sich ergoss und nachher in Tracheocele umwandelte.

Dr. P. K.

Eine Bemerkung über die Behandlung der tertiären Schlundgeschwüre mittelst topischer Anwendung von Cuprum sulfuricum. (A note on the treatment of tertiary ulcers of the pharynx by the topical application of sulphate of copper.) Von Philipp R. W. de Santi, London. (Lancet 1894, 23. Juni)

Verf. beschreibt zwei Formen der Geschwüre, die oberflächlichen und die tiefen, und empfiehlt die locale Anwendung einer Kupferlösung 1:30 auf die vorher gereinigten und cocainisirten Geschwüre. Er bringt dann 5 Krankengeschichten, in denen die Geschwüre in 10 bis 30 Tagen geheilt waren, natürlich unter gleichzeitiger Verabreichung von Jodkali, das er mit Chinin vermischt zu geben pflegt. (In der Regel heilen die Geschwüre ebenso rasch auch ohne örtliche Behandlung. Wenn es aber sich in einem gegebenen Falle darum handeln würde, eine möglichst rasche und sichere Heilung zu erzielen, so könnte das Verfahren des Verf. schon werthvolle Dienste leisten. Ref) M. Schm.

Rohrzucker im Urin von an Keuchhusten erkrankten Kindern. (Le sucre de canne dans l'urine des enfants atteints de coqueluche.) Von Dr. P. Cherubino. (Terapia moderna und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Verf. fand den Zucker blos im Höhestadium der Krankheit bei sehr starken Anfällen, wie im Anfang und in der Abnahme der Krankheit, nie bei leichten Hustenanfällen. Verf. glaubt an eine Ueberanstrengung der Leberfunctionen in solchen Fällen. Dr. P. K.

Diphtherische Lähmung, Allocheiria. (Diphtherial paralysis, allocheiria.) Von William Gay, M. D. (Lancet 1893, October 21.)

Der Name, von *ἀλλή χεις* stammend, wurde zuerst von Obersteiner für ähnliche Fälle, die er bei Tabes beobachtete, gebraucht.

Des Verf.'s Fall betraf ein 13jähriges Mädchen, das 4—5 Wochen nach einer überstandenen schweren Diphtherie neben Anosmie, Aphonie und sonstigen Lähmungserscheinungen in den Muskeln der Augen, der Extremitäten u. s. w. das eigenthümliche Symptom zeigte, dass sie Berührungen der einen Seite des Körpers auf der anderen empfand. Nach Besprechung der verschiedenen Möglichkeiten, z. B. der Verbindung der diphtherischen Lähmungen mit Hysterie, sucht Verf. zu beweisen, dass es sich hier um eine der Tabes nahe verwandte diphtherische Lähmung handele. Aus den Beobachtungen Dumontpelliers, der nach örtlicher Anästhesirung des einen Arms einen Abscess an der correspondirenden Stelle des anderen schmerzlos eröffnen konnte, folgert Verf., dass eine sehr enge Verbindung der sensorischen Areas der beiden Körperseiten bestehen müsse. M. Schm.

Hysterisches Stummsein durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt. (Mutisme hystérique guéri par la suggestion à l'état de veille.) Von Dr. Ficano. (Gazzeta degli Ospitali und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Soll immer zuerst versucht werden und dann erst soll man zur Suggestion im schlafenden Zustande schreiten; man soll aber dabei sehr vorsichtig sein. Dr. P. K.

Ueber Stimmbandzittern. Rolle des Kleinhirns bei Sprach- und Stimmstörungen. (A propos du tremblement des cordes vocales. Rôle des lésions du cervelet dans les troubles de la parole et de la phonation.) Von Dr. J. Collet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Bei der Section eines Pat., bei dem man Herdsclerose diagnosticirt hatte, fand man folgenden unerwarteten Befund: 1) Fehlen jeder Medullarläsion, Atrophie des Kleinhirns, trotzdem Herdsclerose klinisch festgestellt war; man muss also eine Pseudosclerose in Herden, vom Kleinhirn ausgehend, annehmen, ebenso wie man pseudobulbäre Paralyse, vom Kleinhirn ausgehend, angenommen hat. 2) Der Zusammenhang gewisser Kleinhirnstörungen einerseits und der Sprach- und Stimmstörungen andererseits muss angenommen werden. Dieser Zusammenhang ist längst festgestellt worden (Luys, Jaccoud, Köhler) und in den meisten solchen Fällen war Sclerose des Kleinhirns vorhanden. In denselben Zusammenhang muss man das Zittern der Stimmbänder bringen, welches von Leube und Löri erwähnt wird, dann später von Krause bei Chorea und Bleilähmung, von Herbert Spencer bei Kleingehirntumor festgestellt wurde. Dieses Stimmbandzittern kommt also nicht nur bei Herdsclerose allein vor. Die Schlussfolgerungen der ganzen Arbeit sind folgende: 1) Es besteht eine Sclerose des Kleinhirns und seiner Annexa, welche dieselben Symptome, wie die Herdsclerose hervorbringt. 2) Es giebt Stimm- und Sprachstörungen, welche offenbar von einer Erkrankung des Kleinhirns herrühren, eben weil die Gehirnnerven und ihre Kerne gesund sind. 3) Das Zittern der Stimmbänder ist nicht als Symptom der Herdsclerose (Sclérose en plaques) allein zu betrachten, sondern es kann auch bei scleröser Atrophie des Kleinhirns vorkommen.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von catamenialer Larynxblutung. (Deux cas d'hémorrhagies laryngées cataméniales.) Von Dr. C. Compaired. (Revista de laringologia und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Eine 25jährige hysterische Frau hat jeden Monat statt ihrer gewöhnlichen Menstruation Bluthusten in Folge eines exacerbirenden Pharyngolaryngealcatarrhs; dieser Anfall dauert eine Woche, um nach 3 Wochen wieder anzufangen.

Eine 21jährige nervöse Frau hat ebenfalls statt regelmässiger Menstruation jeden Monat Blutspeien; es besteht dabei Morbus Basedowi.

Verf. betont in seiner Arbeit, dass man diese laryngealen Menstruationsblutungen nicht Larynxblutungen nennen soll, da sich nie Blutklumpen bilden, welche den Larynx verstopfen oder in das submucöse Gewebe sich einsenken; bei den catamenialen Larynxblutungen besteht nur mittelmässige Hyperämie der Mucosa.

Dr. P. K.

Ueber den Verlauf des Nervus laryngeus inferior. (Trajet suivi par le nerf laryngé inférieur.) Von Dr. W. Ramsay Smith.

Verf. verwirft die Theorie von Herbert Davies, nach welcher die Respiration von der combinirten Action des Zwerchfells und der Glottismuskeln abhängen soll.

Dr. P. K.

Ueberanstrengung des Larynx. (Du surmenage vocal.) Von Dr. Poyet. (Französische Gesellschaft f. Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Kann nicht nur durch Missbrauch, sondern auch durch unverständiges Athmen kommen; in letzterem Falle macht die Compensation zwischen dem vibrirenden und motorischen Moment sich nicht geltend. Immer bestehen jedoch dabei Funktionsstörungen der Stimmbänder, welche letztere von bleibenden oder vorübergehenden Veränderungen der Larynxgewebe (Mucosa, Blutgefäße, Drüsen, Muskeln) stammen. Ruhe und Antiseptica bei acuter Ermüdung; die chronische Form ist schwer zu heilen.

Dr. P. K.

Larynx tumor. (Cas de tumeur du larynx.) Von Dr. H. L. Swain. (New-York med. Journal, März 1893 und Revue de laryngol. No. 7, 1894.)

Ein 50jähriger Mann hat Aphonie und Larynxpfeifen; beim Husten fühlt er eine Bewegung im Larynx. Ein gestielter fibröser Tumor legte sich während der Respirationsbewegungen zwischen beide Stimmbänder; der grosse Tumor wurde nach mehreren vergeblichen Extractions-Versuchen mittels der kalten Schlinge entfernt; der Stiel ging von der hinteren Epiglottisfläche und von der vorderen Commissur aus. Blutung bedeutend, so dass der Patient mit herabhängendem Kopfe ins Bett gelegt werden musste. Heilung. Kein Recidiv.

Dr. P. K.

Ueber die angeblich besondere Neigung gutartiger laryngealer Geschwülste, nach intralaryngealen Operationen eine bösartige Veränderung zu erleiden. (On the alleged special liability of benign laryngeal growths to undergo malignant degeneration after intralaryngeal operations.) Von Prof. Semon, London und Dr. Newmann, Glasgow. (New-York med. Journ. 1894, 2. Juni.)

Hervorgerufen wurde diese Veröffentlichung durch einen Artikel von Mr. Lennox Browne in Burnett's System of diseases of the ear, nose and throat, in dem Browne die in dem Titel erwähnte, von Semon durch die bekannte Sammelforschung so gründlich widerlegte Behauptung wieder aufwärmt. Die Verff. weisen zunächst nach, dass Browne in den zur Unterstützung seiner Ansicht herbeigezogenen drei Fällen von Mackenzie dessen Ansichten arg entstellt hat, indem er den Bericht Mackenzie's für seine Zwecke umgestaltet. Mackenzie berichtet in dem einen Falle z. B., dass es ihm im Anfang so „geschienen“ habe, als ob es sich um ein Papillom handele, dass aber nach der Herausnahme der Geschwulst durch Thyreotomie sich gezeigt, dass es ein Krebs gewesen. Er fügt ausdrücklich hinzu, dass er nicht glauben könne, dass eine gutartige Geschwulst durch das einmalige Eingehen mit der Zunge in den Kehlkopf in eine bösartige verwandelt werden könne. Das will doch sagen, dass er glaubt, die Geschwulst sei von Anfang an bösartig gewesen. Daraus macht nun Herr Browne einen Fall, in dem Anfangs ein Papillom „diagnosticirt“ worden sei und in dem Mackenzie „mehrere“ Stücke entfernt habe und stützt darauf seine Meinung, die der von fast sämtlichen hervorragenden Laryngologen widerspricht.

Noch bequemer macht es sich Herr Browne mit dem von Newmann in dem Brit. med. Journ. Vol. I. 1889, pag. 133 mitgetheilten Falle. Um ihn für seine Zwecke benutzen zu können, ändert er ganz einfach ein Wort, wodurch allerdings der Sinn gerade umgekehrt wird. Newmann sagt, dass er in dem Falle den Tumor nach der Untersuchung des ersten Probestückchens für ein Papillom „gehalten“ habe, dass er aber nach der Untersuchung weiterer Stückchen erkannte, dass es ein Carcinom war. Das Wort „gehalten“ (believed) ändert Browne ganz kurz in „erwiesen“ (demonstrated) um, dass also der Tumor als Papillom „erwiesen“ gewesen wäre.

Einen dritten Fall, den Browne als den am stärksten beweisenden erklärt, entnimmt er einer Veröffentlichung von Semon selbst, den er sonach zu seinen Anhängern zählen zu dürfen glaubt, worin er sich allerdings stark irrt. Der Fall war von Massei und Malbranc und dann auch von Semon nach dem „Spiegelbilde“ für ein Angiom gehalten worden. Die microscopische Diagnose des per vias naturales exstirpirten Tumors ergab aber, dass es ein in einen Bluterguss eingebettetes Papillom war. Vier und einen halben Monat später fand sich eine Wiederkehr des Tumors, der wieder per vias naturales herausgenommen wurde und dessen microscopische Untersuchung wieder ein Papillom ergab. Da sich aber an der Basis epitheliale Zapfen fanden, die in den Tumor eindringen, wurde der Rest nun mittelst der Thyreotomie entfernt, und nun zeigte die Untersuchung, dass es ein Krebs war. Für Herrn Browne steht trotzdem fest, dass es von Anfang ein Angiom war, trotzdem dass Semon den Fall absichtlich unter dem unverfänglichen Titel „Anomaler Tumor des Kehlkopfs“ beschrieben und seiner Mittheilung hinzugefügt hatte, dass „die Neubildung in diesem Falle jedenfalls primär bösartig gewesen und nicht etwa als Beispiel des Uebergangs einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst betrachtet werden dürfe“. Herr Browne lässt eben auch in der Wiedergabe dieses Falles Alles weg, was seiner Ansicht unbequem sein konnte.

Nachdem in der Sitzung der pathologischen Gesellschaft von London Herrn Browne von verschiedenen Rednern diese und ähnliche Vorhalte gemacht worden waren, nahm er seine Ansicht in Bezug auf diesen Fall, den er für den am stärksten beweisenden erklärt hatte, zurück. Semon fügt am Schlusse hinzu: „Wie schlecht muss eine Sache sein, wenn sie nöthig hat, durch solche Mittel, wie die des Herrn L. Browne, vertheidigt zu werden.“ Ref. möchte dem voll beistimmen. Nach den angeführten Thatsachen kann man Herrn Lennox Browne kaum mehr unter die wissenschaftlich ernst zu nehmenden Aerzte zählen.

Wie verderblich solche unbewiesen in die Welt gesetzte Ansichten wirken können, zeigt ein in dem Centralblatt für Laryngologie 1894, 2, berichteter Fall von Jeannell, der sich durch die Furcht vor der Umwandlung eines fibrösen Tumors in einen bösartigen bestimmt liess, in einem Falle die Totalexstirpation des Kehlkopfs zu machen. Es wäre wirklich Zeit, dass die Kollegen die von Semon mit so grossem Fleiss veranstaltete und bearbeitete Sammelforschung und ihren Ergebnissen die einer solchen Arbeit gebührende Beachtung schenkten. (Ref.)

M. Schm.

III. Kritik.

Taubstummheit. Von Dr. Holger Mygind in Kopenhagen. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin 1894.

In der vorliegenden, geradezu classischen Arbeit hat sich der Autor zur Aufgabe gestellt, „eine vollständige und systematische Darstellung der Taubstummheit zu bieten“.

Nach einem kurzen historischen Rückblick über die Geschichte der Literatur der Taubstummheit im Alterthum, Mittelalter und Neuzeit bespricht der Verfasser die Eintheilung der Taubstummheit in angeborene und erworbene und scheidet jene Form von Taubstummheit, die ein Ausdruck kretinischer Degeneration ist — weil in ätiologischer, pathologischer und symptomatischer Beziehung verschieden von der gewöhnlichen Taubstummheit — von der Besprechung aus

Zunächst erörtert nun Mygind das Verhältniss zwischen angeborener und erworbener Taubheit und stellt in einer Tabelle die neueren Statistiken über das numerische Verhältniss zwischen taub geborenen und taub gewordenen Taubstummen zusammen, wobei er zu dem Resultat gelangt, dass dieses Verhältniss grossen Schwankungen unterworfen ist, insbesondere deshalb, weil die hauptsächlichste Ursache der erworbenen Taubstummheit — epidemische Krankheiten — zu verschiedenen Zeiten sich mit verschiedenem Character und verschiedener Stärke geltend macht. Wenigstens die Hälfte der sämtlichen Fälle von Taubstummheit in der Gegenwart beruhe auf erworbener Taubheit. In einer zweiten Tabelle findet sich eine Zusammenstellung über die Verbreitung der Taubstummheit in den verschiedenen Ländern und die Zahl der in den verschiedenen Ländern lebenden männlichen und weiblichen Taubstummen. Es ergibt sich daraus, dass die Taubstummheit gegenwärtig mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 79 zu 100000 Individuen auftritt, was etwa 275000 in Europa und über 1 Million für die ganze Erde ergeben würde. In Europa ist die geringste Verbreitung in West- und Südeuropa, und es scheint aus statistischen Zusammenstellungen hervorzugehen, dass die Grösse des Taubstummenquotienten in den verschiedenen Ländern im Laufe der letzten Hälfte dieses Jahrhunderts nur geringe Aenderungen erlitten hat, dass der Quotient der schwer belasteten Länder in stetem Fortgang, der der geringer belasteten im Zurückgehen begriffen sei.

Nun wird in Kürze die Verbreitung der Taubstummheit unter den verschiedenen Volksstämmen (stärkere Verbreitung unter den Bekennern der mosaischen Religion; geringe Verbreitung unter den Farbigen in Amerika) und in den verschiedenen Confessionen (kein Unterschied nachweisbar), dann die Verbreitung unter den beiden Geschlechtern besprochen, wobei sich die Thatsache des Ueberwiegens der Taubheit unter der männlichen Bevölkerung besonders in den jüngeren Altersklassen ergibt, was deswegen besonders auffallend erscheint, weil ja das männliche Geschlecht dem weiblichen numerisch unterlegen ist. Als Ursache erwähnt Mygind die Thatsache, dass mehr Knaben als Mädchen geboren werden, und dass unter den Knaben mehr Krankheiten des Gehirns vorkommen. Ein besonderes Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes zeigt sich bei Taubgewordenen.

Nach dieser Einleitung folgt ausführlich die Besprechung der Aetiologie und Pathogenese der Taubstummheit zunächst der Frage des Einflusses der geologischen und Höhenverhältnisse. Mygind führt das häufige Vorkommen von Taubstummheit in Gebirgsgegenden an und die relative Immunität der Thäler und Tiefebene (im Canton Wallis 492 : 100000, in holländischen Provinzen 8,5 : 100000). In den klimatischen Verhältnissen und in der Beschaffenheit des Wassers liess sich kein Einfluss auf die Verbreitung der Taubstummheit constatiren. Dagegen stimmt Mygind mit den meisten Autoren darin überein, dass ungünstige sociale und hygienische Verhältnisse für die Taubstummheit von hervorragender Bedeutung seien (Einfluss der Beschäftigung, der Nahrung, der Ergiebigkeit der Ortschaften und Dichte der Bevölkerung, Uebereinstimmung zwischen Verbreitung der Taubstummheit und hoher Sterblichkeit unter den Kindern, Ueberwiegen der auf erworbener Taubheit beruhenden Taubstummheit für die Städte, dagegen Ueberwiegen der auf angeborener Taubheit beruhenden Taubstummheit bezüglich der Landdistricte).

Sehr ausführlich befasst sich Mygind mit der Frage der Erbliehkeitsverhältnisse, wobei er mit grossem Fleisse theils die vorliegende Literatur, theils selbstständige Untersuchungen aus den Taubstummen-Schemata in Dänemark benutzt. Zunächst wird die Frage der Taubstummheit in der Verwandtschaft Taubstummer besprochen: Auftreten unter Kindern Taubstummer. Aus den angeschlossenen statistischen Tabellen geht hervor, dass in Ehen, in welchen beide Theile taubstumm sind, jede 13.—14. Ehe ein taubstummes Kind hervorbringt, ferner, dass jede 31. oder 32. Ehe, in welcher nur der eine Betheiligte taubstumm war, ein taubstummes Kind erzeugt. Nicht weniger als 5 pCt. derjenigen Kinder, die in Ehen zwischen zwei Taubstummen erzeugt werden, sind mit diesem Gebrechen behaftet. Die Taubstummheit vererbt sich häufiger durch den Vater, als durch die Mutter. Unter den Taubgeborenen haben ca. 40 pCt. taubstumme Geschwister. Ungefähr 15 pCt. von denjenigen Verbindungen, in welchen taubstumme Nachkommenschaft geboren ist, haben zwei oder mehrere taubstumme Kinder und jedes 5.—6. Kind aus solchen Ehen ist taubstumm. Dabei gehört es nicht zu den Seltenheiten, dass eine nach der Geburt erworbene Taubheit zwei oder mehrere Kinder derselben Familien befällt und Taubstummheit erzeugt. Endlich kann die angeborene Taubheit gleichzeitig mit erworbener Taubheit unter Geschwistern auftreten, was Mygind an interessanten Krankengeschichten illustriert. Er erwähnt dann noch kurz das gleichzeitige Auftreten der Taubstummheit bei Zwillingkindern, bespricht dann die Taubstummheit an anderen Punkten des Stammbaumes (auf jeden 16. Taubstummen, besonders bei angeborener Taubheit, ein taubstummer Verwandter, seltener in der gerade aufsteigenden Stammlinie, häufiger in den aufsteigenden Seitenlinien [Geschwisterkinder und Geschwister der Eltern und Grosseltern]), ferner das Auftreten von Ohrenkrankheiten bei Verwandten Taubstummer, sowie Geisteskrankheiten bei Verwandten Taubstummer (7—8 pCt. in sämmtlichen Fällen, unter Verwandten Taubgeborener ungefähr doppelt so häufig, als bei Verwandten Taubgewordener) und Epilepsie, die besonders häufig bei Eltern Taubstummer auftritt. Mygind citirt die interessante Dahl'sche Stammtafel von gleichzeitigem Auftreten von Geisteskrankheiten, Idiotie und Epilepsie bei Verwandten Taub-

stummer (34 Individuen, unter welchen 4 Taubstumme, 4 Geistesranke, 5 Idioten, 1 Epileptiker).

Noch erwähnt Mygind das Auftreten von Stottern und anderer Sprachfehler, sowie das Vorkommen von Nervenkrankheiten bei Verwandten Taubstummer.

Was die Retinitis pigmentosa bei Verwandten Taubstummer betrifft, meint Mygind, dass künftige Untersuchungen zweifellos im Stande sein werden, ein constantes Auftreten der Retinitis pigmentosa unter Verwandten Taubstummer nachzuweisen, weil zwischen diesen beiden Abnormitäten ein intimes Verwandtschafts-Verhältniss besteht.

Eine ausführliche Besprechung widmet Mygind der Frage der Blutsverwandtschaft als Ursache der Taubstummheit. Er citirt zunächst Mygge's in dänischer Sprache erschienene Untersuchungen, aus denen hervorgeht, dass die Nachkommenschaft consanguiner Ehen in weit höherem Grade der Idiotie, Geisteskrankheiten und anderen psychischen Defecten ausgesetzt ist, als die Nachkommenschaft aus gekreuzten Ehen. In der Nachkommenschaft consanguiner Ehen finden sich verhältnissmässig mehr Taubstumme, als unter Kindern gekreuzter Ehen. Viele Umstände sprechen für die Bedeutung der Consanguinität in der Aetiologie der Taubstummheit, besonders bei angeborener Taubheit, 14,6 pCt. der Taubgeborenen stammen aus consanguinen Ehen. Die irische Statistik weist nach, dass in consanguinen Ehen umso mehr taubstumme Kinder geboren werden, je näher die Verwandtschaft zwischen den Eheleuten ist (47 Ehen zwischen Blutsverwandten mit 72 taubstummen Kindern).

In Kürze bespricht dann Mygind andere Ursachen für die Taubstummheit, so Krankheiten bei den Eltern, Alcoholismus und Syphilis, dann die Frage des Alters und des Altersunterschiedes der Eltern, den Kinderreichthum, Kindersterblichkeit, Zeitpunkt für die Geburt, Reihenfolge der Geburten, uneheliche Geburten, Einflüsse während der Schwangerschaft und während der Geburt (Druck auf den Kopf des Kindes, Umschlingung der Nabelschnur).

Nach Erörterung dieser mittelbaren oder früheren Ursachen zur Taubstummheit befasst sich Mygind nun eingehend mit den nach der Geburt auf das kindliche Gehörorgan direct einwirkenden und zur Taubstummheit führenden Ursachen. Aus Hartmann's Statistik ergiebt sich, dass ca. $\frac{2}{3}$ der taubgewordenen Taubstummen im Laufe der drei ersten Lebensjahre taub wurden, und Mygind gelangt nach einer Zusammenstellung der seit Hartmann's Arbeit erschienenen grösseren Statistiken zu demselben Resultat.

Die Gehirnkrankheiten namentlich sind diejenige Gruppe von Krankheiten, welche gegenwärtig die wichtigste Ursache zu der nach der Geburt auftretenden und zur Taubstummheit führenden Taubheit abgeben, und zwar die Meningitis simplex (in Magdeburg z. B. in 28 pCt. sämmtlicher taubgewordenen Taubstummen) und besonders die Meningitis cerebrospinalis epidemica, welche zuerst im Anfange dieses Jahrhunderts in der Schweiz auftrat, ihre grösste Verbreitung in Europa um die Mitte des Jahrhunderts erreichte und deren deletäre Einwirkung auf das kindliche Gehörorgan namentlich von Moos und Knapp hervorgehoben wurde (in Pommern—Erfurt ist in den Jahren 1874—75 die Meningitis

cerebrospinalis in 26,8 pCt. sämtlicher Taubgewordenen Ursache der Taubheit). Die während der Meningitis cerebrospinalis auftretende Labyrinthtaubheit stellt sich in der Regel plötzlich, seltener stufenweise ein, sehr häufig tritt sie im Laufe der ersten zwei Wochen der Krankheit auf. Die Taubheit ist einem Entzündungsproccesse im häutigen Labyrinth zuzuschreiben und die Ohrenkrankheit entsteht am häufigsten als Folge einer Fortpflanzung der Entzündung von den Gehirnhäuten, theils auf die perivascularären und perineuralen Lymphräume, theils auf die Wasserleitung des Labyrinthes.

Dann bespricht Mygind die Bedeutung der Gruppe der acuten Infectionskrankheiten für die Aetiologie der Taubstummheit. Die grosse Mehrzahl der Fälle von Taubstummheit, welche durch die nach der Geburt erworbene Taubheit hervorgerufen ist, stammt nach acuten Infectionskrankheiten, besonders nach Scharlach. Hartmann fand, dass 11,3 pCt. der Taubgewordenen ihre Taubheit auf Scharlach zurückzuführen haben; doch spielt, wie aus den Statistiken hervorgeht, der Scharlach in den verschiedenen Ländern und zu verschiedenen Zeiten eine ungleich wichtige Rolle. Die zur Taubstummheit führende scarlatinöse Taubheit beruht unzweifelhaft immer auf einer theilweisen oder vollständigen Zerstörung des häutigen Inhaltes des Labyrinthes, welches Leiden auch bisweilen auftreten kann, ohne dass eine Entzündung der Trommelhöhle das Verbindungsglied gebildet hat, so dass das Labyrinthleiden als eine Metastase aufzufassen wäre, ähnlich wie die während des Scharlach auftretenden Nierenleiden. Die Taubheit ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der Desquamationsperiode aufgetreten.

Der Procentsatz der nach Masern Taubgewordenen beträgt durchschnittlich 3,6 pCt. (in Berlin 8 pCt.). Die in Folge der Masern entstandene Taubstummheit bietet in pathogenetischer und pathologisch-anatomischer Beziehung grosse Aehnlichkeit mit der durch Scharlach hervorgerufenen dar.

In Folge Typhus haben nach Hartmann's Statistik 20 pCt. der Taubgewordenen das Gehör verloren. Neuere Untersuchungen weisen einen geringeren Procentsatz auf, in Italien jedoch 47,5 pCt. (ob Typhus da mit Meningitis cerebrospinalis zusammengeworfen?). Zur Aufklärung der Pathogenese der Taubheit nach Typhus liegen keine Obductionen von Taubstummten vor.

Diphtheritis wird bisher nur äusserst selten als Ursache von Taubheit angegeben (in Amerika 0,7 pCt., in Sachsen 0,3 pCt.), doch dürfte das primäre Leiden gewiss mitunter verkannt, oder die Diphtheritis mit der scarlatinösen Rachendiphtherie zusammengeworfen worden sein.

Blattern als Ursache der Taubstummheit ist in den verschiedenen Ländern verschieden häufig; früher von grosser Bedeutung als Ursache von Taubstummheit, spielen sie in neuerer Zeit nur eine unbedeutende Rolle.

Die amerikanische Statistik führt unter 100000 Fällen von erworbener Taubheit 6 als durch Vaccinae und 10 als durch Varicellae entstanden an, Erysipel wird in 0,1 pCt. der Fälle, Dysenterie in 0,06–0,6 pCt. als Ursache der Taubstummheit erwähnt, für Influenza führt Mygind nur eine aus dem Jahre 1851 für Irland vorliegende Statistik mit 0,6 pCt. der Fälle an, aus italienischen Anstalten wird die Malaria in 1,3 pCt.

sämmtlicher Fälle als Ursache der Taubstummheit bezeichnet, Keuchhusten soll in 0,4—4,3 pCt. (Dänemark), Mumps in 0,5 pCt. (besonders bei Kindern in jugendlichem Alter) die Ursache der Taubstummheit abgegeben haben, von der Pneumonia crouposa, die Uchermann in 0,5 pCt. bei Taubstummen in Norwegen ätiologisch anführt, meint Mygind, dass es nicht unwahrscheinlich sei, dass sie Veranlassung zur Taubstummheit geben kann. Acuter Gelenkrheumatismus wird in Magdeburg in 0,4 pCt. sämtlicher Fälle von Taubstummheit als Ursache genannt.

Nach Mygind erscheint es auch nicht unwahrscheinlich, dass Rhachitis die Ursache von Taubstummheit zu bilden im Stande ist; sie wird von Lemcke für Mecklenburg-Schwerin mit 5,3 pCt. und von Uchermann für 1,4 pCt. als Ursache angegeben. Die Bedeutung der Scrophulose für die Taubstummheit liege wahrscheinlich darin, „dass sie für Suppurationen im Mittelohre prädisponirt“. Angeborene Syphilis als Ursache der Taubstummheit haben die vorliegenden Statistiken sehr selten nachweisen können. „Dass auch die erworbene Syphilis im Stande ist, Taubstummheit hervorzurufen, ist höchst wahrscheinlich, jedoch erwähnt die Literatur nichts hierüber.“

Primäre Ohrenkrankheiten, oder aus dem Nasenrachenraume fortgepflanzte Entzündungen, besonders wenn sie das Labyrinth befallen, können so früh eintretende und so bedeutende Taubheit hervorrufen, dass die Taubstummheit als Folge sich einstellt. „Welche Bedeutung diese Krankheiten für die Aetiologie der Taubstummheit haben, darüber wird man sich schwerlich jemals ein sicheres Urtheil bilden können.“

Andere Einflüsse, die als Ursache der Taubstummheit angeführt werden, sind in ihrer Bedeutung theils problematisch, theils höchst zweifelhaft (Würmer, Zahnbruch, Zahnkrämpfe, Diarrhoe, Verbrennung, Schreck, Brustcatarrh, Chloroformnarcose, schlechte ärztliche Behandlung [in der amerikanischen Statistik nicht wenig Fälle]), theils unzweifelhaft, wie Blitzschlag, Sonnenstich, Chininvergiftung (78 Fälle in der amerikanischen Statistik), Sturz in's Wasser, äussere Gewalt (in Lemcke's Statistik aus Mecklenburg-Schwerin in 5 pCt. von sämtlichen Fällen).

Zum Schlusse erwähnt noch Mygind, dass hin und wieder die Taubstummheit auf die Weise entstehen kann, dass 2 oder mehrere verschiedenartige Einflüsse gleichzeitig oder nacheinander das kindliche Gehörorgan nach der Geburt treffen können (während des Keuchhustens entstandene Gehirnentzündung, Scharlach nachher Masern), oder dass die Taubheit einer Abortivform jener Infectionskrankheiten zuzuschreiben ist, die erfahrungsgemäss Taubstummheit hervorrufen können.

Eine sehr ausführliche, interessante und kritische Besprechung widmet Mygind sodann der pathologischen Anatomie der Taubstummheit. Aus den bis September 1893 vorliegenden 150 Berichten über die Sectionen von Taubstummen behandelt der Verfasser zunächst die pathologische Anatomie jedes Abschnittes des Gehörorganes für sich. Veränderungen der Ohrmuschel und des Gehörganges sind unwesentlich, von pathologischen Veränderungen des Mittelohres werden angeführt: Abnorme Kleinheit des Trommelfelles, abnorme Spannung, Perforationen, Narben, Kalk- und Knochenablagerungen; Verengerung des runden Fensters, Ausfüllung der Nische des Fensters durch Bindegewebe, Fehlen des runden Fensters; Verkleinerung, Verschluss des ovalen Fensters; Fehlen des Promontorium;

Ablagerung von Knochensubstanz, wodurch der Umfang der Trommelhöhle verkleinert wird; vollständiges Fehlen der Gehörknöchelchen als angeborener Mangel, Fehlen, Atrophie oder Deformitäten einzelner Gehörknöchelchen, Mangel der fötalen Anlage des Stapes, Ankylosirung der Gehörknöchelchen; Abnormitäten der Muskeln der Trommelhöhle, vollständiges Fehlen oder Atrophie und Degeneration derselben; Fehlen der Chorda tympani; Fehlen des Warzenfortsatzes; Verschluss des Ostium tympanicum tubae durch Knochensubstanz oder fibröses Gewebe. Die meisten dieser Veränderungen sind Residuen von Entzündungsprocessen, und in der überwiegenden Anzahl der Sectionen sind die Abnormitäten des Mittelohres von ausgesprochenen pathologischen Veränderungen im inneren Ohre begleitet gewesen.

Von Veränderungen des Labyrinthes wird von einzelnen Autoren zunächst Fehlen des ganzen Labyrinthes oder des ganzen häutigen Labyrinthes an einer oder beiden Seiten erwähnt; ferner Veränderungen im Vorhof, Ausgefülltsein desselben durch Knochen- oder Kalksubstanz, Veränderungen des membranösen Inhaltes desselben; Verschluss oder Fehlen der Aquaeducte, Erweiterung desselben; Bildungsanomalien der Bogengänge, welche theils den knöchernen, theils den häutigen Inhalt derselben betreffen, Fehlen oder Verschluss aller oder einzelner, zumeist des hinteren Bogenganges; pathologische Veränderungen der Schnecke, Hemmungsmissbildungen, mangelhafte Entwicklung der Lamina spiralis, Ausfüllung der Schnecke durch Knochen- und Kalkgewebe, vollständiges oder theilweises Fehlen des häutigen Inhaltes der Schnecke; Atrophie oder Zerstörung der Nerven- und der Ganglienzellen; pathologische Veränderungen im Nervus acusticus; Fehlen derselben, abnorme Dünnhheit, Fehlen oder schwache Entwicklung der Striae acusticae, Atrophie oder Degeneration des Stammes oder der Endzweige des Hörnerven; Hyperplasie des dem Nerven angehörigen Bindegewebes, Atrophie oder Zerstörung aller oder einzelner Endzweige; Auftreten von Corpora amylacea oder Kalkconcremente. Pathologische Veränderungen im Centralnervensystem sind sehr selten bei Sectionen Taubstummer nachgewiesen: Verdickung des Ependym des 4. Ventrikels mit Schrumpfung des unterliegenden Nervengewebes, einmal wurde Atrophie des Kleinhirns gefunden; von pathologischen Veränderungen im Grosshirne verdienen Erwähnung: Abflachung einzelner Hirnwindungen. Pathologische Veränderungen im Felsenbeine sind einigemale nachgewiesen, unvollständige Entwicklung desselben bei Fehlen des Labyrinthes, vollständige Sclerosirung, Verengerung des Meatus auditorius internus.

Die von älteren Autoren gefundenen pathologischen Veränderungen des Kehlkopfes und in den Lungen sind für die Taubstummheit von keiner Bedeutung.

Die beschriebenen pathologischen Veränderungen resumirt Mygind dahin, dass die früher sehr verbreitete Annahme, dass die auf angeborener Taubheit beruhende Taubstummheit im Wesentlichen von angeborenen Bildungsanomalien des Gehörorganes herrühre, nicht bestätigt worden ist. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind die gefundenen Veränderungen beiderseitig, wengleich oft im Character, in der Localisation und in der Intensität in beiden Seiten verschieden. Die vorgefundenen Veränderungen im Mittelohre sind sehr häufig gleichzeitig mit

eingreifenden Abnormitäten im inneren Ohre combinirt, am häufigsten in den Bogengängen, am seltensten im Vorhofs. Die Taubstummheit muss demnach in pathologisch-anatomischer Beziehung in der Regel als die Folge eines Labyrinthleidens angesehen werden.

Im nächsten Capitel behandelt Mygind die Symptome und Folgezustände der Taubstummheit. Er theilt die Taubstummheit nach dem Grade des Gehörs in 2 Klassen: eigentliche und uneigentliche Taubstummheit und versteht unter eigentlicher Taubstummheit diejenige Form, welche durch vollständiges Fehlen des Gehörs oder der Sprache sich kennzeichnet; uneigentliche Taubstumme heissen diejenigen Individuen, welche noch Reste von Gehör besitzen und die aus diesem Grunde, oder weil die Taubheit erst in einem Zeitpunkte des Kindesalters eingetreten ist, wo das Sprechen schon gelernt war, einige Sprachfertigkeit besitzen (semi-mutes in England). Zunächst wird die Art und Weise der Hörprüfung bei taubstummen Kindern besprochen, wobei Mygind erwähnt dass in einzelnen Fällen das Gehör Taubstummer nicht unbedeutenden Schwankungen unterliegt, „welche auf wechselnden Zuständen im Ohre beruhen. Von diesen Zuständen besitzen wir indess keine eingehende Kenntniss“. Die Anzahl der Taubstummen mit Totaltaubheit wird verschieden angegeben, nach Hartmann sind durchschnittlich 60,2 pCt, nach anderen Autoren 20,8 — 72,1 pCt. sämtlicher Taubstummen total taub. Die meisten Untersucher haben constatirt, dass unter Taubgewordenen mehr Totaltaube nachzuweisen sind als unter Taubgeborenen; die nach der Geburt Taubstummheit hervorrufenden Krankheitsursachen wirken aber auch nicht immer gleich stark zerstörend auf die Gehörorgane ein; auch ist die Taubheit bei Taubstummen häufig auf beiden Seiten verschieden stark. Lemcke hat ferner gefunden, dass unter Kindern solcher Verbindungen, in denen mehrere taubstumme Kinder geboren waren, sehr häufig die älteren gar kein oder nur geringes Gehör besaßen, während die jüngeren bedeutende Ueberreste des Gehörs hatten; je später die Kinder geboren waren, desto grösser waren die Ueberreste.

Das zweite Hauptsymptom der Taubstummheit, die Stummheit, welche in früherer Zeit gewöhnlich als das wesentlichste aufgefasst wurde, ist nur ein secundäres Phänomen und eine directe Folge der Taubheit. Indess sprechen theoretische Gründe dafür, dass die Stummheit gleichzeitig mit der Taubheit als Resultat des nämlichen Krankheitsprocesses entstehen kann, als sowohl angeborene wie erworbene Aphasie. (In einer Anmerkung erwähnt Mygind die interessante Möglichkeit, dass bei einem Kinde, welches schon an Aphasie leidet, ohne dass diese Abnormität constatirt war, weil das Kind noch ganz klein war, Taubheit auftreten kann.) Die Thatsache, dass nicht wenige Taubstumme trotz normaler Begabung und anhaltendem Unterrichte nie recht articuliren lernen, beruhe unzweifelhaft darauf, dass das Sprachcentrum gleichzeitig mit dem Gehörorgan afficirt sei.

Die Frage, bis zu welchem Grade das Gehör eines Kindes herabsinken muss, oder in welchem Zeitpunkte im Kindesalter die Herabsetzung des Gehörs stattfinden muss, damit die Stummheit sich einstelle, kann nicht bestimmt beantwortet werden; in dieser Beziehung können manchmal rein zufällige Momente entscheidend sein (äussere Verhältnisse, Sorge, welche die Umgebung des Kindes für die Entwicklung und Er-

haltung der Sprache trägt, individuelle Verhältnisse, indem einige Kinder leichter als andere die Sprache zu entwickeln und zu erhalten vermögen). So kann es kommen, dass Kinder mit verhältnissmässig geringen Ueberresten des Gehörs oder mit verhältnissmässig früh erworbener Taubheit eine relativ gute Sprachfertigkeit besitzen, Kinder dagegen mit bedeutenden Ueberresten des Gehörs oder spät erworbener Taubheit vollständig stumm sein können. Hartmann giebt an, dass Taubheit, die im 7. Lebensjahre auftritt, gewöhnlich eine secundäre Stummheit hervorruft.

Weiters erörtert nun Mygind andere Symptome und Phänomene, welche mit der Taubstummheit und ihren Krankheitsursachen in näherer oder fernerer Verbindung stehen, subjective Gehörsempfindungen, welche bei Taubstummen sehr häufig vorkommen sollen, Gleichgewichtsstörungen, welche sowohl während des ersten Auftretens der Taubheit, wie auch in der folgenden Zeit sich zeigen; er erwähnt das häufige Fehlen des Gefühls von Schwindel (James) und citirt ausführlich die Arbeiten von Kreidl und Pollak über Gleichgewichtstörungen und über Fehlen des galvanischen Schwindels bei einem Procentsatz der Taubstummen, der ziemlich genau der Häufigkeit entspricht, mit welcher bei Sectionen von Taubstummen die Bogengänge fehlen oder vollständig zerstört waren.

Unter den Folgezuständen der Taubstummheit erwähnt Mygind vor Allem die mangelhafte geistige Entwicklung. — „Die Weltgeschichte kennt noch nicht den Namen eines Taubstummen“. — Die von früheren Autoren behauptete mangelhafte Entwicklung des Kehlkopfes hat sich bei laryngoscopischen Untersuchungen nicht constatiren lassen; auch besteht keine mangelhafte Entwicklung der Lungen, wiewohl die Thatsache, dass Taubstumme häufig an Lungentuberculose sterben, auffallend häufig nachgewiesen ist, was wahrscheinlich durch schlechte hygienische Verhältnisse, in welchen die Taubstummen leben, verursacht wird. Dadurch dürfte auch das häufige Vorkommen von Scrophulose, die nachgewiesene grosse Sterblichkeit zu erklären sein. Sterilität, Linkshändigkeit, Herabsetzung der Muskelenergie wird von einzelnen Autoren erwähnt. Starke Entwicklung anderer Sinne, z. B. des Gesichtes, des Gefühls und Geruchs wird wiederholt angegeben.

Die bei Taubstummen gefundenen Abnormitäten und pathologischen Veränderungen des Ohres zeigen niemals für Taubstummheit charakteristische Abnormitäten; die Ohren der Taubstummen sind zweifellos mehr vulnerabel als bei Vollsinnigen und die vorgefundenen Veränderungen sind meist auf catarrhalische Prozesse oder eitrige Entzündungen der Trommelhöhle zurückzuführen. Auffallend häufig finden sich in den Ohren Taubstummer fremde Körper.

Catarrhalische Nasen- und Rachenraumaffectionen sind bei Taubstummen häufig nachgewiesen, „ohne Zweifel in vielen Fällen mit der der Taubheit zu Grunde liegenden Ohrenkrankheit in intimer Verbindung stehend, einerseits als Eingangspforte für Krankheitserreger . . . andererseits können Catarrhe der genannten Regionen sich direct nach dem Ohre fortpflanzen und das zur Taubstummheit führende Ohrenleiden hervorrufen“.

Einige Autoren erwähnen Abnormitäten des Schädels bei Taubstummen (Asymmetrie, Makro-, Mikro-, Oxy-, Hydrocephalie). Von Abnormitäten der Augen hebt Mygind besonders die Retinitis pigmentosa

hervor, die angeboren und erworben vorkommt. Liebreich fand unter 241 Taubstummen das Leiden in 5,8 pCt. der Fälle und wies nach, dass die Ret. pigm. in gewissen Familien gleichzeitig oder abwechselnd mit Taubstummheit auftritt, dass die Krankheit namentlich häufig bei Kindern aus consanguinen Eben zu finden ist, besonders häufig unter Israeliten. — Ferner findet man bei Taubstummen bisweilen angeborene Missbildungen der Augen, sowie solche Augenleiden, welche erfahrungsgemäss mehrere der Krankheiten begleiten, welche die erworbene Taubstummheit hervorrufen, Zerstörung der lichtbrechenden Medien des Auges, Erkrankungen des Sehnerven und seiner Verbreitung im Auge, Panophthalmia und bei Syphilis Keratitis interstitialis.

Abnormitäten der Schilddrüse wurden bei Zöglingen aus schweizerischen Taubstummenanstalten auffallend häufig gefunden.

Paralysen und Paresen der Bewegungsnerven scheinen bei Taubstummen häufiger als bei Vollsinnigen vorzukommen, besonders häufig scheint des Nerv. facialis gelähmt zu sein, besonders bei Taubgewordenen. — Der bei Taubstummen nicht selten vorkommende Strabismus kann auf Lähmung einiger der Augenmuskeln beruhen.

Missbildungen, wie Hasenscharte, Wolfsrachen, Syndactylie wurden namentlich bei Taubgeborenen gefunden.

Die Angaben, wie häufig die Taubstummheit mit Idiotie vorkommt, variiren bedeutend (1,3–10 pCt.). Nach amerikanischen Statistiken sollen Taubstumme 4mal so häufig geisteskrank sein, als Vollsinnige, was in Verbindung stehen soll mit der isolirten Stellung, welche Taubstumme einnehmen und mit der Depression, welche der geistige Zustand auf Taubstumme ausübt.

Im letzten Capitel spricht Mygind über Diagnose, Prognose und Therapie der Taubstummheit. Bei Kindern wird erst dann von Taubstummheit die Rede sein, wenn die Kinder am Schlusse des ersten Lebensjahres stehen; Hartmann giebt nämlich an, dass einige Kinder im 1. Lebensjahre und sogar später entweder gar nicht, oder auch nur langsam auf Schalleindrücke reagiren, obgleich sich später herausstellt, dass sie im Vollbesitze des Gehöres sind.

Die Simulation von Taubstummheit, Verwechslung mit hysterischem Mutismus, die Frage der Entscheidung, ob die Taubstummheit angeboren oder erworben ist, wird kurz berührt.

Bei Besprechung der Prognose der Taubstummheit erwähnt Mygind die vielen Beispiele von Heilung der Taubheit, welche die Literatur seit Herodot bis auf die jüngste Zeit mittheilt, und citirt eine Reihe von Beispielen, aus denen hervorgeht, dass in einigen Fällen die der Taubstummheit zu Grunde liegende Taubheit beseitigt oder spontan so bedeutend gebessert werden kann, dass die secundäre Stummheit aufhört und dass das betreffende Individuum in den Stand gesetzt wird, sich mittels Gehör und Sprache mit der Aussenwelt in Verbindung zu setzen. „Es ist zu erwarten, dass die mehr und mehr sich entwickelnde Otologie die Anzahl der Fälle vergrössern wird, bei welchen die Taubheit beseitigt oder verbessert wird.“

Die Frage, in welchen Fällen Behandlung indicirt ist, beantwortet Mygind dahin, dass in Fällen von Suppurationen im Mittelohr die Behandlung absolut indicirt sei, wegen der Gefahr der Eiterung und weil

durch die Behandlung in manchen Fällen der Hördefect verkleinert wird; ferner sei die Behandlung indicirt in Fällen, wo noch Ueberreste des Gehörs vorhanden sind und wo zugleich Zeichen catarrhalischer Zustände des Mittelohres nachgewiesen werden können, namentlich dann, wenn diese Zustände von Hypertrophie des adenoiden Gewebes im Nasenrachenraum begleitet sind. Ausführlichen Mittheilungen über die Resultate der Urbantschitsch'schen Behandlungsmethode „ist mit Interesse entgegenzusehen“. Zur Behandlung der die Taubheit begleitenden Stummheit ist die deutsche Methode der französischen weit überlegen.

Besondere Aufmerksamkeit sei der Frage der Vorbeugung der Taubstummheit zu widmen, Verbesserung der socialen und hygienischen Verhältnisse, rationelle Behandlung der bei Kindern auftretenden Ohrenkrankheiten. „Die Otologie hat sich, wenn auch langsam, immer grössere Anerkennung innerhalb der ärztlichen Kreise erworben. Hoffentlich wird dies dadurch einen Einfluss auf die Vorbeugung der Taubstummheit ausüben können, dass die Aerzte im Allgemeinen sich eine andere Ansicht als die frühere von der Bedeutung und der Behandlung der Ohrenkrankheiten bilden werden.“

In einem Anhang giebt Mygind eine Uebersicht über die in der Literatur vorliegenden Berichte über Sectionen Taubstummer (139, darunter auch früher nicht veröffentlichte Fälle), ferner ein ausführliches Literaturverzeichniss.

Das mit sehr grossem Fleisse ausgearbeitete, vorzüglich geschriebene Buch wird von Jedem, der sich mit der Frage der Taubstummheit beschäftigt, speciell von jedem Ohrenarzte mit grossem Interesse gelesen werden.

Druck und Ausstattung des Werkes sind ausgezeichnet und machen der Verlagsbuchhandlung alle Ehre.

Dr. Kaufmann.

I N H A L T.

I. Originalien: Ostmann: Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen (Fortsetzung). — Koerner: Tuberculose des Schläfenbeins. Uebergang der Tuberculose auf die Basis des Schläfenlappens. — Gompertz: Ueber das Vorkommen von Lipomen in der Schleimhaut der Nasenhöhle. — II. Referate: Pharyngo-laryngologische: Thörner: Rheumatische Halsaffectionen. — Pollard: Retropharyngealabscess beim Kinde. — Casadesus: Ueber retropharyngeale Abscesse. — Palazzolo: Beitrag zum Studium der Mund- und Pharynx tuberculose mit besonderen Bemerkungen über ihr Entstehen. — Albespy: Sexuale Krankheiten und Krankheiten der oberen Luftwege beim Weibe. — Hawkins-Ambler: Retropharyngealabscess, Operation. — Haslain: Ueber den Werth der Unterbindung der Arteriae linguales bei der Behandlung der malignen Zungentumoren. — Huber: Seltener Fall von Uvulitis. — Du Castel: Tuberculose der Zunge und des Gaumens. — Hélarý: Ueber einen Fall von Abscess der Zungenbasis. — Piotrowsky: Zungenneurose. — Garel: Zwei Fälle von congenitaler Anomalie der vorderen Bogen des Gaumensegels. — Botey: Behandlung der Mandelhypertrophie mittelst Galvano-caustik. — Sciolla: Behandlung der acuten Amygdalitis mittelst Guajacol. — Ruault: Neue Methode der Eröffnung der Abscesse der Mandelungebung. — Chantemesse und Marie: Falsches Myxoedem; Giftigkeit des Succus thyroideus. — Canter: Myxoedem durch frische Schilddrüsen, innerlich gereicht, geheilt. — Pellegrini: Ein Luftkropf. — de Santi: Eine Bemerkung über die Behandlung der tertiären Schlundgeschwüre mittelst topischer Anwendung von Cuprum sulfuricum. — Cherubino: Rohrzucker im Urin von an Keuchhusten erkrankten Kindern. — Gay: Diphtherische Lähmung, Allocheiria. — Ficano: Hysterisches Stummsein durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt. — Collet: Ueber Stimmbandzittern. Rolle des Kleinhirns bei Sprach- und Stimmstörungen. — Compairé: Zwei Fälle von catamenialer Larynxblutung. — Smith: Ueber den Verlauf des Nervus laryngeus inferior. — Poyet: Ueberanstrengung des Larynx. — Swain: Larynx tumor. — Semon: Ueber die angeblich besondere Neigung gutartiger laryngealer Geschwülste, nachintralaryngealen Operationen eine bösartige Veränderung zu erleiden. — III. Kritik: Mygind: Taubstummheit.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

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

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Frag), Docent Dr. Gempers (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurass (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfingler (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanew (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

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

Dr. N. RÜDINGER

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTER

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2 1/2 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. XXVIII.

Berlin, October 1894.

No. 10.

I. Originalien.

Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörganges bei den verschiedenen Völkerrassen.

Nach einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg gehaltenen Vortrage

von

Dr. Ostmann

Stabsarzt und Privatdocent in Königsberg.

(Schluss zu No. 9.)

Anhang.

A. Mit Exostosen behaftete Peruaner-Schädel*).

I. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Berlin.

1) Schädel ex sepulcro Truxillo (No. 7353 des Sammlungs-Cataloges). „Mittelschwerer, vorn an der Oberfläche stark verwitterter, hinten glatter, grauweisser Schädel. Die Gegend der kleinen Fontanelle ist in grosser Ausdehnung von hinten nach vorn eingedrückt. Die Lambdoidalnaht

*) Die allgemeinen Angaben über die Schädel sind den Sammlungs-Catalogen entnommen und durch Gänsefüsschen kenntlich gemacht.

und die Sagittalnaht sind in grosser Ausdehnung synostotisch. Der äussere Gehörgang erscheint ziemlich stark von vorn nach hinten plattgedrückt.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.151}{152} = 99,3$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

In beiden äusseren knöchernen Gehörgängen finden sich Exostosen, und zwar rechts stärker als links.

Rechts. Der hintere, nach innen umgebogene Rand des Os tympanicum ist wulstig verdickt. Die Verdickung springt kammartig gegen das Lumen vor. Die vordere Gehörgangswand trägt eine flache, halbkugelige, breit aufsitzende Periostose, ähnlich wie die untere Wand, während in der Tiefe des Gehörganges, von dem oberen vorderen, etwas eingerollten Rande des Os tympanicum zwei kleine, knopfförmige Exostosen in das Gehörgangslumen hineinragen. Sämmtliche Exostosen gehen von dem Os tympanicum aus und verengen das Lumen des Meatus externus bis auf wenige Millimeter Breite. (Cfr. Abbildung 1.)

Der linke Gehörgang zeigt genau an denselben Stellen gleichartige Knochenwucherungen, nur sind dieselben nicht so stark entwickelt und in Folge dessen das Gehörgangslumen auch etwas weiter. Die vordere Gehörgangswand ist links bis $2\frac{1}{4}$, rechts bis 3 Mm. dick.

2) Schädel No. 26215 des Sammlungs-Catalogs.

„Schwerer, stark verunstalteter und unsymmetrischer Schädel. Rechte obere Stirnhälfte und rechtes Os parietale sehr viel abgeflachter, als die linken. Norma verticalis kurz und breit. Sutura occipitalis transversa fast völlig verknöchert.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.151}{173} = 87,2$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

Der vornehmlich rechtsseitigen Abflachung der oberen Stirnhälfte und des rechten Os parietale entspricht eine vornehmlich linksseitige Abflachung des Hinterhaupt- und Seitenwandbeins, welche nach vorn und rechts fortgedrängt erscheinen.

Exostosenbildung findet sich nur im linken äusseren Gehörgang, wo von dem hinteren Rande des Os tympanicum eine breit aufsitzende, circa 3 Mm. hohe Exostose mit geriffter Oberfläche ausgeht, welche das Gehörgangslumen schlitzförmig verengt.

Der rechte Gehörgang ist gleichfalls schlitzförmig. Seine lichte Höhe, an der äusseren Oeffnung gemessen, beträgt 8 Mm., seine Breite ebenda $2\frac{1}{4}$ Mm., somit H : B annähernd wie 4 : 1.

3) Schädel aus dem Gräberfeld von Ancon. (No. 26222 des Sammlungs-Catalogs.)

Geringe Abplattung der Hinterhauptsschuppe und der angrenzenden Theile der Seitenwandbeine. „Flache Glabella. Sut. sagittal. λ und mittlerer Theil der Coronal. obliterirt. Im Bereich der Bregmen eine flache, über die Kranznaht auf die Stirn herabtretende Exostose.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.148,5}{168} = 88,4$. (Künstliche Hyperbrachycephalie.)

Links von der vorderen Gehörgangswand ausgehend eine breit aufsitzende, flache Exostose mit glatter Oberfläche. Rechter Gehörgang frei.

4) Schädel aus dem Gräberfeld von Ancon. (No. 26224 des Sammlungs-Catalogs.)

„Der Schädel ist mit der dichte, schwarzbraune Haare tragenden Kopfhaut bedeckt. In beiden äusseren Ohröffnungen mehrere kleine pilzförmige Exostosen.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.146}{165} = 88,5$. (Hyperbrachycephalie.)

Soweit durch den dichten Haarwuchs eine Beurtheilung möglich ist, scheint der oberste Theil der Hinterhauptsschuppe, sowie die angrenzenden Theile der Seitenwandbeine etwas abgeplattet.

In beiden äusseren Gehörgängen findet sich Exostosenbildung.

Links an der vorderen Wand eine breit aufsitzende, leistenförmige Periostose von circa 2 Mm. Höhe (cfr. Abbildung 2). Der vordere Rand des Os tympanicum ist knollig verdickt und von dem hinteren Rand ragen zwei gestielte, pilzartige Exostosen in das Gehörgangslumen hinein, von denen die eine $2\frac{1}{2}$ Mm., die andere etwa $1\frac{1}{2}$ Mm. hoch ist. Das Gehörgangslumen zeigt eine ganz unregelmässige Gestalt und ist erheblich verengt.

Im rechten Gehörgang finden sich drei, z. Th. mit einander verschmolzene, halbkugelige Exostosen von etwa $2\frac{1}{2}$ Mm. Höhe. Ihre Oberfläche ist fast glatt. Unter diesen, jedoch mehr nach der Paukenhöhle zu gelegen, eine weitere, etwa gleich hohe, breit aufsitzende Periostose. Hintere Wand weist gleichfalls eine solche auf mit unregelmässig höckeriger und geriffter Oberfläche. Das Gehörgangslumen ist schlitzförmig verengt. Sämmtliche Knochenwucherungen gehen vom Os tympanicum aus.

II. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Halle.

5) Der Schädel ist bezeichnet: Ancient Peruvian; from a Huaca (i. e. an ancient burial place near to Callao; Peru ♂) No. 169 der Sammlung.

Der Schädel ist mit der Kopfschwarte und reichlichen strähnigen Haaren bedeckt; es lässt sich daher auch eine event. bestehende künstliche Deformität nur schwer erkennen. Es ist ein kleiner, rundlicher Schädel, welcher eine geringe Abplattung der Hinterhauptsschuppe erfahren zu haben scheint. Eine auffallende künstliche Deformität besteht jedenfalls nicht.

Der linke knöcherne Gehörgang ist mittelweit, von länglich rundlicher Gestalt; die vordere Gehörgangswand im Allgemeinen dick, hyperostotisch.

Rechts an der vorderen Gehörgangswand wallartige Erhebung von etwa $2 - 2\frac{1}{2}$ Mm. Höhe, welche von unten aussen nach innen oben zieht und nach der Paukenhöhle etwas schmaler und höher wird, sowie kammartige Verdickung von etwa $1\frac{1}{2}$ Mm. Breite und 2 Mm. Höhe des vorderen Randes des Os tympanicum. Zwischen beiden Exostosen bleibt ein feiner, schmaler Spalt.

An der hinteren Wand finden sich zwei weitere, wulstige, parallel verlaufende Knochenerhebungen von geringer Höhe. Auch die untere Wand zeigt eine geringe, wallartige Verdickung des Knochens. Sämmtliche Knochenwucherungen gehen vom Os tympanicum aus. Das Gehörgangslumen ist im innersten Abschnitt hochgradig verengt.

6) Der Schädel ist bezeichnet: „Ancient Peruvian; from a Huaca i. e. an ancient burial place near to Callao, Peru ♂. Obtained by Hutchinson. Davis to Welker. No. 168 der Schädelammlung.

Die gleichen Ursachen wie bei dem ersteren Schädel lassen eine ev. bestehende Deformität nicht mit Sicherheit erkennen. Jedenfalls besteht aber keine erhebliche künstliche Umformung. Der Schädel erscheint wie der vorstehende klein und rundlich und scheint eine geringe Abplattung der Hinterhauptsschuppe erfahren zu haben.

In beiden Gehörgängen findet sich Exostosenbildung.

Links am Eingange des knöchernen Gehörganges von dem hinteren oberen Rande des Os tympanicum entspringend eine warzenförmige, gut erbsengrosse Exostose, deren Oberfläche höckerig ist, und welche sich nach innen oben, dem Rande des Os tympanicum folgend, in eine breite, leistenförmige Erhebung fortsetzt. Der vordere obere, etwas eingerollte Rand des Os tympanicum ist knopfartig verdickt. (Abbildung 3. Die Verdickung des oberen Randes tritt auf der Photographie nicht deutlich hervor.) Das ? förmige Gehörgangslumen ist schlitzförmig verengt. Während des Lebens dürfte der Gehörgang ganz geschlossen gewesen sein.

Rechts findet sich an derselben Stelle der hinteren Gehörgangswand wie links eine zitzenförmige, etwa 3 Mm. hohe, breit aufsitzende Exostose mit leicht geriffter Oberfläche, welche im Verein mit knopfartiger Verdickung des vorderen oberen Randes des Os tympanicum dem Gehörgang eine ausgesprochen S förmige Gestalt verleiht und denselben erheblich verengt.

Die vorderen Gehörgangswände erscheinen beiderseits im Ganzen massig.

III. Aus der craniologischen Sammlung des Herrn Professor E. Schmidt zu Leipzig.

7) Der Schädel ist bezeichnet: „Cranium ♂ adult. — Sign. Ancon 6. 28. — Aus einem Brunnengrabe bei Ancon. Gesicht und besonders Stirn stark zurückliegend, als ob der Schädel nach hinten zurückgedrängt wäre.“ (No. A. 11 bzw. 975 des Catalogs der craniolog. Sammlung.)

Längen-Breitenindex $\frac{100.151}{166} = 91,0$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

Rechts entspringt von dem äussersten Ende des hinteren Randes des Os tympanicum eine kleine, linsengrosse Exostose, welche auch in dem Catalog angeführt wird. Der linke Gehörgang ist frei.

8) Der Schädel ist bezeichnet: A 22. (No. 986 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Cranium ♂ ad.-mat. — Sign. Ancon 6. 39. Aus einem Brunnengrabe bei Ancon. Gesicht und besonders Stirn zurückliegend. Hinterhaupt von links her etwas abgeflacht.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.149}{163} = 91,4$. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

Die äussere Oeffnung des rechten Gehörganges wird durch zwei Exostosen, von denen die eine von dem hinteren, die andere von dem vorderen Rande des Os tympanicum ausgeht, in zwei ungleich weite Canäle getheilt. Die erstere gleicht einem Pilz mit kurzem, dicken Stiel, während die letztere eine klein erbsengrosse, länglich rundliche Gestalt hat. Beide Exostosen, welche sich entgegengewachsen sind, nähern sich bis auf eine Entfernung von etwa $\frac{1}{2}$ Mm. (Cfr. Abbildung 5.)

9) Der Schädel ist bezeichnet: A. 24. (No. 988 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Cranium ♂ ad.-mat. Aus einem Brunnengrabe bei Ancon. Kräftiger Schädel; Nasenrücken hochgewölbt; im

Profil kräftig vortretend. Stirn breit und flach, zurückliegend, etwas von links, Hinterhaupt stärker von rechts her abgeflacht; letzteres steil abfallend.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.157}{159}$ = 98,7. (Künstl. Hyperbrachycephalie stärksten Grades.)

Betrachtet man den Schädel von hinten und etwas seitlich, so sieht man namentlich rechterseits eine besonders deutlich ausgeprägte Rinne oberhalb des Processus mast. entlang ziehen.

Der rechte äussere Gehörgang war durch einen Wollpfropf verstopft, es konnte somit nur der linke untersucht werden. Dieser ist sehr stark verengt durch knollige Verdickungen des hinteren, dem Proc. mastoid. anliegenden Randes des Os tympanicum neben allgemeiner, beträchtlicher Verdickung der vorderen Gehörgangswand.

10) Der Schädel ist bezeichnet: A 26. (No. 990 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Cranium ♂ mat. Aus einem Steingrabe von Ancon. Stirn breit und flach, von rechts her stark abgeflacht, Scheitel rechts etwas weniger abgeflacht. Hinterhaupt steil abfallend, von links ziemlich stark abgeflacht. In beiden äusseren Gehörgängen springt an der hinteren Wand rechts ein höherer, links ein flacherer Längswulst vor.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.156}{159}$ = 98,1. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

In beiden Gehörgängen springt der verdickte, hintere Rand des Os tympanicum als ein Längswulst gegen das Gehörgangslumen vor. Seine Höhe beträgt rechts etwa 2 Mm., links etwas weniger. Diese Knochenwülste erstrecken sich beiderseits bis in die Höhe des Annulus tympan. und bedingen S förmige Gestalt des Gehörgangslumens.

11) Der Schädel ist bezeichnet: A. 54. (No. 1018 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Calvarium ♂ ad -mat. Aus einem Steingrabe bei Chancay. pp. Planum hoch; Scheitelhöckergegend stark gewölbt, Hinterhaupt steil abfallend, flach, etwas mehr von links her abgeplattet. An der hinteren Wand des linken, äusseren Gehörganges eine linsengrosse, an der gleichen Stelle des rechten eine erbsengrosse, den Gang fast verstopfende Exostose.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.155}{158}$ = 98,1. (Künstl. Hyperbrachycephalie.)

Die breitgestielten Exostosen gehen beiderseits von dem hinteren Rande des Os tympanicum aus und sind, wie vorstehend beschrieben, linsen- bis erbsengrosse Knochentumoren mit unregelmässig höckeriger Oberfläche. (Cfr. Abbildung 4.) Das Gehörgangslumen ist, wie die Abbildung zeigt, rechts nahezu völlig von der Exostose ausgefüllt. Gleichzeitig ist namentlich rechts der vordere Rand des Os tympanicum bis in die Nähe des Annulus tympanicus durch unregelmässige Knochenanlagerung wulstig verdickt.

Im Leben dürften beide Gehörgänge völlig geschlossen gewesen sein.

12) Der Schädel ist bezeichnet: A. 46. (No. 1010 des Catalogs der craniologischen Sammlung.) „Calvarium ♂ matur. Aus einem Steingrabe bei Chancay. pp. Stirn zurückliegend, unten von links, oben von rechts her abgeflacht, Hinterhaupt desgleichen von rechts und unten. Nähte des Schädeldaches fast spurlos obliterirt. Im rechten Gehörgang

springt von der vorderen Wand eine halblinsengrosse, von der hinteren Wand eine stecknadelknopfgrösse Exostose vor.“

$$\text{Längen-Breitenindex } \frac{100.152}{184} = 82,6. \text{ (Brachycephalie.)}$$

Die Exostose entspringt vom vorderen, etwas eingerollten Rande des Os tympanicum in der Nähe der äusseren Gehörgangsöffnung. Im linken Gehörgang findet sich an derselben Stelle eine ähnliche, aber kleinere Exostose, unter welcher an der vorderen Gehörgangswand eine wulstige Knochenleiste bis in die Nähe des Annulus tympanicus hinläuft.

B. Mit Exostosen behaftete anderweitige Schädel.

I. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Berlin.

13) Mexicaner-Schädel (No. 21647 des Catalogs der Sammlung).

„Colossal schwerer Schädel von leicht gelblichem Aussehen. Die Lambdoidalnaht und die Pfeilnaht, sowie die Coronarnaht an der Facies temporalis sind fast vollständig synostotisch. Stirn stark zurücktretend. Nasenbeine vollständig synostotisch.“

$$\text{Längen-Breitenindex } \frac{100.138}{178} = 77,5. \text{ (Mesocephalie.)}$$

Eine künstliche Deformirung ist nicht erkennbar.

In beiden äusseren Gehörgängen finden sich, von dem hinteren Rande des Os tympanicum ausgehend, breit aufsitzende, leistenartige Exostosen. Ihre Höhe beträgt 2—2½ Mm., die Breite gegen 4 Mm., die Länge etwa 6—8 Mm.

Im rechten äusseren Gehörgange findet sich ausserdem an der vorderen Wand dicht vor dem Annulus tympanicus eine bucklige Knochen-erhebung von etwa 2 Mm. Höhe, an die sich nach oben zu noch eine weitere, stecknadelknopfgrösse Exostose des Randes anschliesst. (Cfr. Abbildung 6.)

II. Aus der craniologischen Sammlung des anatomischen Instituts zu Halle a. S.

14) Schädel von der Ostküste der Insel Oahu, woselbst er im Flug-sande gefunden wurde.

Länglich gebauter Schädel ohne erkennbare künstliche Deformität.

Der hintere Rand des Os tympanicum zeigt beiderseits knollige Verdickungen von etwa 2½ Mm. Höhe und leicht höckerige Oberfläche. An der vorderen Wand sitzt ein wenig höher eine etwas schmalere, leistenförmige Knochen-erhebung, welche bis zum Annulus tympanicus sich verfolgen lässt (Periostose). Das Gehörgangslumen ist beiderseits erheblich verengt und besteht in einer, oberhalb der Exostosen gelegenen, kaum erbsengrossen, unregelmässigen Oeffnung.

III. Aus der craniologischen Sammlung des Herrn Professor E. Schmidt.

15) Schädel eines Sandwich-Insulaners; Kanaka. (No. 949 des Catalogs.) „Cranium ♂ adulto-mat.“

$$\text{Längen-Breitenindex } \frac{100.145}{185} = 78,4. \text{ (Mesocephalie.)}$$

„In beiden Meatus audit. ext. kugelig wulstige, von oben herab-hängende Knochentumoren von 3—4 Mm. Durchmesser.“ Dieselben entspringen von dem vorderen, etwas eingerollten Rande des Os typ.

16) Schädel eines Alt-Aegypters von Philae. (No. 747 des Catalogs.)
„Calvarium ♂ ad.mat. In beiden äusseren Gehörgängen von hinten und unten vorspringende, runde, glatte, linsengrosse Tumoren.“

Längen-Breitenindex $\frac{100.142}{183} = 76,7$. (Mesocephalie.)

Die Exostosen des linken äusseren Gehörganges, welchen ich allein untersuchen konnte entspringen von dem hinteren Rande des Os tympanicum und vereinigen sich zu einer leistenförmigen Erhebung dieses Randes von etwa $3\frac{1}{2}$ Mm. Höhe und Breite und 1 Ctm. Länge; die Exostosenbildung reicht somit bis tief in den knöchernen Gehörgang hinein.

* * *

Es wurden gefunden bei 12 Peruaner-Schädeln:

3 Mal rechtsseitige	} Exostosen.
2 „ linksseitige	
7 „ doppelseitige	

Alle bei den übrigen Schädeln gefundenen Exostosen waren doppelseitig, da nach Angabe des bezüglichen Sammlungs-Catalogs auch an dem altägyptischen Schädel von Philae doppelseitige Exostosen bestanden.

Ueber einen Musculus thyreoides transversus.

Von

Dr. H. Neumayer,

Assistent an der medicinischen Poliklinik in München.

Unter Musculus thyreoides transversus versteht man jene Muskelbildungen an der Aussenfläche des Kehlkopfes, welche vom unteren Rande des Schildknorpels nach innen von der Fixationsstelle des Musculus cricothyreoides ihren Ursprung nehmen und an demselben Knorpel ein zweites *Punctum fixum* finden.

Von den Autoren sind zwei Formen dieses Muskels angegeben worden, nämlich ein paariger und ein unpaariger Muskel. Letztere Form, welche die seltenere ist, wurde zuerst von Eschricht¹⁾ bei einer langarmigen Affenart (*Hylobates albifrons*) gefunden. In diesem Falle verlief ein Muskelbündel quer vor dem Ligamentum cricothyreoidium medium und fand seine Befestigung beiderseits am unteren Schildknorpelrande medianwärts von den Ansatzpunkten der *Musc. cricothyreoides*.

Einen ähnlichen Muskel beschreibt W. Gruber²⁾ in einem Falle beim Menschen. Hier verlief derselbe über das obere Ende der beiden *Musc. cricothyreoides recti*, nach abwärts einen leicht convexen Bogen beschreibend, und fand sein *Punctum fixum* wie im vorher geschilderten Falle beiderseits am *Processus marginalis* des Schildknorpels. Ausserdem hatte dieser Muskel auch einen Zusammenhang mit dem *Ligamentum conicum*.

Die paarige Form wurde von Luschka³⁾ und W. Gruber zuerst beschrieben und als eine rudimentäre Bildung der ersteren Form aufgefasst.

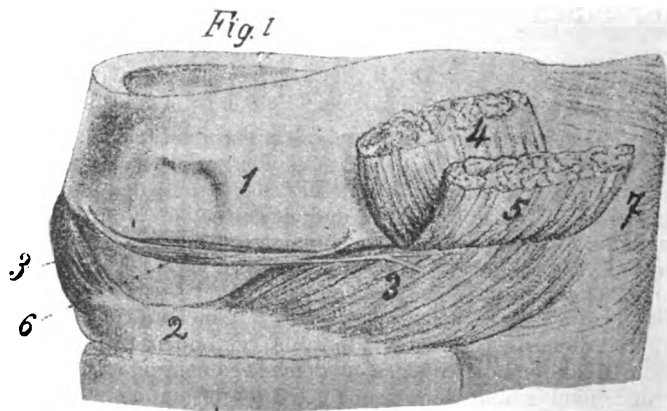
Der *M. thyreoides transversus* entspringt beiderseits vom Pro-

cessus marginalis des Schildknorpels. Die beiden kleinen Muskelbündel verlaufen convergirend nach oben und innen zur *Incisura cartilaginosa thyroideae inferior*, um hier selbst zu inseriren. Gruber gab wegen der schrägen Verlaufsrichtung dem Muskel auch die Bezeichnung *Musc. thyroideus obliquus*.

W. Gruber fand den *M. thyroideus* in 3,75 pCt. der untersuchten Fälle und Fürbringer⁴⁾ sogar in 6 pCt. Sehr häufig fehlte aber die eine Hälfte des Muskels.

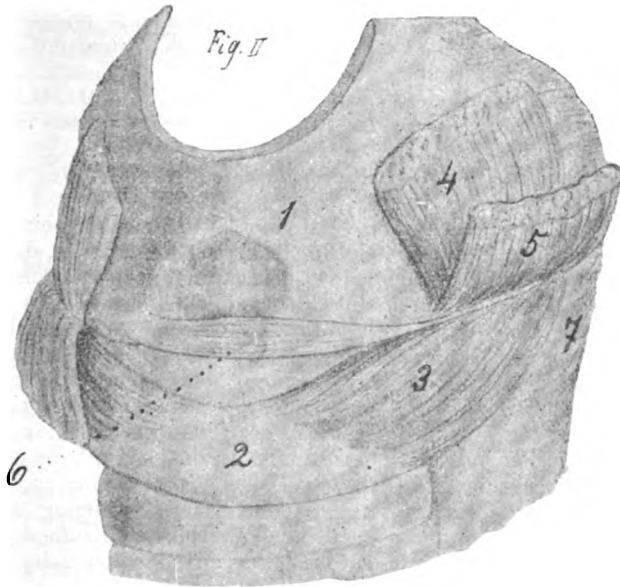
Gelegentlich der Präparation des Larynx von verschiedenen Thier-species begegnete ich beim Rinde wiederholt einem Muskel, der mit dem von Eschricht und Gruber beschriebenen *M. thyroideus transversus impar* identisch zu sein scheint. In den folgenden Zeilen will ich diesen Muskel etwas specieller beschreiben.

Nach Freilegung der *Musculi cricothyroidei* und nach Entfernung des auf dem *Lig. conicum* liegenden fettreichen Bindegewebes zeigte sich in dem ersten Falle ein schmales, quer über das *Lig. conicum* verlaufendes Muskelbündel, welches nach beiden Seiten zu sich verjüngend, in je eine dünne Sehne übergieng, die an dem *Processus marginalis* der betreffenden Seite ihren Ansatzpunkt hatte. Von der einen Sehne zweigte sich, bevor sie den *Proc. marginalis* erreichte, ein Bündel ab, welches sich theils in die Sehne, theils in die Muskelsubstanz des *M. cricothyroideus* einsenkte (s. *Figur I*).

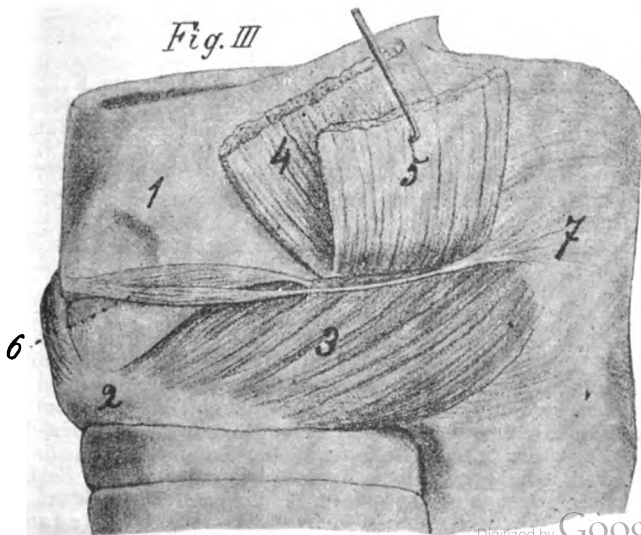


Bei einem zweiten Präparate fand sich ein viel stärkerer, ungefähr 30 Mm. langer und 6 Mm. breiter Muskel vor, der ebenfalls quer über das *Lig. conicum* verlief. Die eine Sehne war aber in diesem Falle kürzer, indem sie nicht bis zum Ansatzpunkte des *M. cricothyroideus* reichte, sondern schon früher am unteren Schildknorpelrande inserirte, während die andere Sehne sich zum Theil nach innen vom *M. cricothyroideus* fortsetzte, zum Theil eine Vereinigung mit der Sehne dieses Muskels eingieng (s. *Figur II*).

In dem dritten Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, verliefen zwei leicht trennbare Muskelbündel neben einander. Das eine Bündel, welches über dem zweiten verlief, zeigte dieselben Ansatzpunkte seiner beiden Sehnen am Schildknorpel, wie in dem ersten angeführten



Falle. Von den beiden Sehnen des zweiten unteren Muskels vereinigte sich die eine mit der gleichseitigen des oberen Muskelbündels, während die andere über die Ansatzstelle des *M. cricothyreoideus* am unteren Schildknorpelrande hin verlief und dann in ein kurzes Muskelbündel überging, welches mit dem *Constrictor pharyngis* (*M. laryngo-pharyngeus*) verschmolz (s. Figur III).



Seine Nerven bezieht der *M. thyroideus transversus* vom *Laryngeus superior*, und zwar von dessen äusserem Aste, der dem *M. cricothyroideus* motorische Fasern zuführt. Es stimmt diese Beobachtung mit der beim Menschen gemachten überein.

Was die Häufigkeit des Vorkommens dieses Muskels beim Rinde anlangt, so konnte ich ihn bei 10 pCt. der untersuchten Kehlköpfe constatiren.

Die paarige Form, den *M. thyroideus obliquus* Gruber's, konnte ich niemals beobachten.

Eschricht, welcher in dem *M. thyroideus transversus* einen selbstständigen Muskel sieht, äussert sich über dessen Function in dem Sinne, dass derselbe die Aufgabe habe, die beiden Schildknorpelplatten einander zu nähern, so dass der durch dieselben gebildete Winkel ein spitzerer werde und auf diese Weise eine Entfernung des Ansatzpunktes der Stimmbänder am Schildknorpel von den Aryknorpeln zu Stande komme. Es würde somit dieser Muskel zur Spannung der Stimmbänder beitragen. Gegen die Ansicht, dass der *M. thyroideus transversus impar* ein selbstständiger Muskel sei, sprechen die in den geschilderten Fällen angeführten Verbindungen, welche dieser Muskel mit dem *M. cricothyroideus* und *laryngo-pharyngeus* eingeht. Dieselben lassen die Annahme zu, dass der *M. thyroideus transversus* in enger genetischer Beziehung zu diesen zwei Muskeln steht und nur als ein Theil derselben aufzufassen ist.

Des Weiteren erachte ich es für sehr unwahrscheinlich, dass die Function des Muskels darin bestehen soll, die festvereinigen (1) Schildknorpelplatten einander zu nähern. Aus der Vereinigung des *M. thyroideus transversus* mit dem *M. laryngo-pharyngeus* lässt sich vielmehr annehmen, dass der *M. thyroideus transversus* ein Residuum eines Muskelringes sei, der Schlund- und Kehlkopf gemeinsam umgab, und welche Bildung von Henle⁶⁾ bei niederer stehenden Thieren als *Constrictor laryngis* beschrieben wurde*).

Literatur:

- 1) Eschricht: Beschreibung einiger neuer Muskeln am Kehlkopf eines langarmigen Affen (*Hylobates albifrons*). Müller's Archiv 1834, pag. 218.
- 2) W. Gruber: Neuer, anomaler Kehlkopfmuskel. Med. Jahrbücher d. k. k. österr. Staates 1845, pag. 128.
- 3) H. Luschka: Der Kehlkopf des Menschen. Tübingen 1871.
- 4) M. Fürbringer: Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopfmusculatur. Diss. Jena 1875.
- 5) J. Henle: Vergleichende anatomische Beschreibung des Kehlkopfes. Leipzig 1839.

*) Wenn man auch zugeben muss, dass, wie auch J. Rückert schon nachgewiesen hat, bei manchen Säugethieren an der Schlund- und Kehlkopfggend thatsächlich ein Ringmuskel vorhanden ist und die Deutung der beschriebenen Muskelvarietät viel Wahrscheinlichkeit für sich hat, so darf doch nicht übersehen werden, dass bei den höheren Thieren und dem Menschen eine gegenseitige Annäherung und Entfernung der beiden Hälften des Schildknorpels in Folge der median eingeschalteten *Lamina intermedia* desselben stattfinden kann. Die gegenseitige Verschiebung der beiden Schildknorpelhälften ist beim Menschen um so grösser, je jünger die Individuen sind.

Die Redaction.

Erklärung der Holzschnitte.

1. *Cartilago thyroidea*.
2. *Cartilago cricoidea*.
3. *Musculus cricothyroideus*.
4. *M. thyreoideoideus*.
5. *M. sternothyroideus* nach oben geschlagen.
6. *M. thyroideus transversus impar*.
7. *M. laryngo-pharyngeus*.

Nochmals: Der Nasenstein — ein Bacterienproduct.

Von
Dr. Gerber.

Im Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie etc. lese ich soeben ein Autoreferat von Moure: „Sur un cas de rhinolithé“, in welchem es heisst: „Die microscopische Untersuchung ergab im Innern des Steines zahlreiche Microben, so dass anzunehmen ist, dass der *Leptothrix* überhaupt die Ursache der ganzen Steinbildung war.“

Ich begrüsse diese Beobachtung als die erste Bestätigung eines von mir bereits 1892 erhobenen Befundes bei einem Fall, den ich in No. 51 der *Deutschen medic. Wochenschrift* jenes Jahrg. mitgetheilt habe und von dem Moure wohl nicht Kenntniss genommen hat. Da der Aufsatz zufällig auch weder im Centralblatt noch in dieser Monatsschrift referirt worden ist, so benutze ich die Gelegenheit, noch einmal auf unsern Befund hinzuweisen, der der erste dieser Art gewesen zu sein scheint, — und ferner, die Herren Collegen für die Zukunft um microscopische Untersuchung der ja immerhin seltenen Fälle von Nasenstein zu bitten. Denn es handelt sich nun um die Entscheidung der Frage, ob es die Ausnahme oder die Regel ist, dass Microben sich an der Nasensteinbildung betheiligen, oder besser, ob sie bei diesem Process ein ursächliches oder ein nebensächliches Moment darstellen. Da — soweit mir die Literatur zugänglich war — eine microscopische Untersuchung nur in meinem und dem von Moure mitgetheilten Falle stattgefunden hat, sonst wenigstens nicht veröffentlicht worden ist, und nun übereinstimmend in diesen beiden Fällen Microben als Hauptbestandtheile der Steine nachgewiesen werden konnten, so ist meine schon damals ausgesprochene Ansicht eben die, dass Microben den regelmässigen und wesentlichen Bestandtheil der Nasensteine ausmachen und gleichsam als *Causa efficiens* —, Nasenschleim, Blutcoagula oder Fremdkörper aber als *Causa movens* anzusehen sind. Dieser Schluss war meiner Meinung nach schon a priori durch die Analogie mit andern verwandten Bildungen gegeben, wie er denn auch die Muthmaassung einiger weniger Forscher bildete.

Moure nun in seiner neuesten Publication geht weiter und meint, dass in seinem Falle der *Leptothrix* speciell die Ursache der ganzen Steinbildung war. Auch in meinem Falle erinnerten die Bacterienhaufen morphologisch — eine Färbung war nicht mehr möglich — an *Leptothrix*, wie auch ausdrücklich erwähnt. Aber es sind damals auch zugleich die Gründe von mir angegeben worden, aus welchen diesem weiteren Schlusse gegenüber Vorsicht geboten erschien: „Denn erstens ist dieser Nachweis

nicht erbracht — der Versuch einer Jodfärbung misslang auch. Zweitens waren in den Präparaten Coccenhaufen und andere Bacterien reichlich zu sehen. Drittens ist auch bei den 30 Coccen- und 26 Bacterienarten, die Rohrer bei der fötiden Rhinitis fand — und eine solche wird durch jeden länger in der Nase verweilenden Fremdkörper stets hervorgerufen — von vornherein die Annahme wahrscheinlicher, dass sich auch beim Bau der Concremente die verschiedensten Microben — sei es nun activ als Baumeister wie der *Leptothrix*, oder passiv als Baumaterial wie andere Bacterien — betheiligen werden. Schliesslich stimmt auch die chemische Analyse unseres Steins, die bei *Leptothrix*concrementen lediglich kohlen-sauren Kalk ergeben soll, nicht mit dieser Annahme.

In dieser Hinsicht brachte auch die sehr fleissige und interessante Dissertationsarbeit von Seeligmann¹⁾, die mir bald nach Erscheinen meiner Mittheilung zuzug, keinen weiteren Aufschluss. Denn weder in den beiden neu mitgetheilten Fällen noch bei Erwähnung früherer Arbeiten ist von einer microscopischen Untersuchung der Steine die Rede. Und doch bringt Seeligmann ein Literaturverzeichniss von 108 Nummern. Man scheint bisher die Steine ausschliesslich einer chemischen Analyse unterzogen zu haben. Den Gedanken, dass Microben bei der Nasensteinbildung im Spiel sein könnten, hat meines Wissens zuerst Czarda²⁾ im Jahre 1884 ausgesprochen; ihm schloss sich Ruault³⁾ an. Wollen wir uns in diesem Punkte grössere Klarheit verschaffen, so muss jeder Stein fortan auch microscopisch untersucht und der Befund zur Kenntniss gebracht werden. Denn selten müssen diese Vorkommnisse wohl sein, wenn Forscher wie Voltolini und Mackenzie die vorliegende Casuistik nur um 1 oder 2 neue Fälle bereichern konnten.

Hinsichtlich des Alters, in dem diese Affection beobachtet wird, ersehe ich aus Seeligmann, dass Kohls das Vorkommen von Nasensteinen bei Kindern in Abrede stellt. Seeligmann führt schon hiergegen sieben sichere Fälle aus der Literatur an. Mein Fall wäre der achte, denn er betraf einen siebenjährigen Knaben.

Dem von Seeligmann zusammengestellten, bis zum Jahre 1890 wohl ziemlich vollständigen Literaturverzeichniss füge ich — zur Erleichterung für spätere Bearbeiter dieses Thema's — folgende neueren Arbeiten hinzu:

- 1) N. Falkiner: Rhinolith.
(Brit. med. Journ., 7. März 1891.)
- 2) R. Otto (Dorpat): Zur Casuistik der Steinbildung innerhalb der Nasenhöhle.
(Petersb. med. Wochenschr. No. 47, 1891.)
- 3) W. A. Dunn: Special cases in rhinology.
(Clinique, 15. December 1891.)
- 4) Berlioz: Le ameude 4 rhinolithes.
(Archives internat. de laryng., Mai/Juni 1891.)
- 5) Reintjes: Een Rhinolith.
(Weekbl. vor Geneesk. No. 2, Juli 1892.)

¹⁾ Max Seeligmann: Ueber Nasensteine, im Anschluss an zwei neue Fälle. (Inaugural-Dissertation der Universität Heidelberg. Karlsruhe 1892.)

²⁾ Des corps étrangers du nez. (Gaz. méd. de Paris No. 49 ff., 1884.)

³⁾ Session annuelle de la Société française d'otologie et de laryngol. 1890.

- 6) Price-Brown: Rhinoliths.
(Canadian Practitioner, 1. October 1892.)
- 7) Kuhn: Ein Fall von Rhinolithenbildung.
(Deutsche med. Wochenschr. No. 43, 1892.)
- 8) Gerber: Zur Kenntniss der Nasensteine.
(Deutsche med. Wochenschr. No. 51, 1892.)
- 9) H. N. Lyon: Rhinoliths.
(Clinique, 17. Februar 1892.)
- 10) Moure: Sur un cas de rhinolie.
(Gaz. hebdomadaire des sciences med. de Bordeaux, August 1893.)
- 11) Moure: Ueber einen Fall von spontan gebildetem Rhinolithen.
(Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. No. 8 und 9, 1893.)

Der erste publicirte Fall einer Pharyngitis phlegmonosa acuta, durch eine Meningitis purulenta complicirt¹⁾.

Von

Stanislaus von Stein,

Privatdocenten an der Universität Moskau.

Historia morbi No. 5797 aus der Jauski'schen Abtheilung des Arbeiterkrankenhauses der Stadt Moskau.

Dmitry Iwanow, Steinbauer, 32 Jahre alt.

Aufgenommen am 13. October 1885.

Gestorben am 22. October 1885.

Diagnosis clinica: Tonsillitis phlegmonosa dextra.

Anamnesis: Seit circa einer Woche fühlte sich Pat. unwohl und verspürte beim Schlucken Schmerzen. Er klagte auch über Frostanfälle.

Status praesens. Mittelmässig gebauter Mann im vollen Bewusstsein. Stimme nicht belegt. Bei der Inspection des Pharynx bei schwer geöffnetem Munde sieht man rechts oben an der Grenze des harten und weichen Gaumens eine ziemlich grosse, intensiv rothe, hart anzufühlende, beim Schlingen schmerzhaft anschwellende. Die rechte Tonsille ist auch mässig geschwollen. Das Zahnfleisch dieser Seite ist geröthet. Alle Zähne schwarz (über den Grund dieser Erscheinung liess sich nichts Näheres erfahren).

13. October. Temp. Abends 38,5. Antiseptische Gurgelungen.

14. " " Morgens 36,8, Abends 39,5. Puls 80.

15. " " " 38,2, " 38,6. Ich incidirte die noch stärker vorgewölbte Stelle. Es entleerte sich ca. ein halber Theelöffel gelben Eiters.

16. October. Temp. Morgens 38,0, Abends 39,2. Die Anschwellung hat sich an der Incisionsstelle zugespitzt.

17. October. Temp. Morgens 37,5, Abends 38,7. Die Anschwellung ist kleiner geworden. Der Mund wird leichter geöffnet. Das Schlingen nicht so schmerzhaft.

¹⁾ Den unten anzuführenden interessanten Fall habe ich bereits im Jahre 1885 niedergeschrieben und mit anderen Krankengeschichten bei Seite gelegt, in der Hoffnung, ihn später gleichzeitig mit analogen Fällen zu beschreiben.

18. October. Temp. Morgens 38,2, Abends 39,5. In der Region der rechten Parotis hat sich eine bedeutende, schmerzhaftc Anschwellung gebildet. Im Rachen hat sich die Tonsillitis zurückgebildet und das Schlucken ist schmerzlos.

19. October. Temp. Morgens 39,2, Abends 39,2. Die äusserliche Anschwellung in der Parotisgegend nimmt zu. Die Conjunctiva des rechten Auges ist injicirt und das untere Augenlid ödematös. Thränenfluss; keine besonderen Schmerzen. Compress. Ungt. gris.

20. October. Temp. Morgens 39,0, Abends 40,0. Die Anschwellung breitet sich auf die Nase aus. In der Region der linken Parotis hat sich bereits eine schmerzhaftc Schwellung gebildet. Delirium. Taubheit.

21. October. Temp. Morgens 38,7, Abends 37,8. Rechts hat die Anschwellung abgenommen. Schlingact wieder schmerzhaft. Im Rachen nichts Besonderes. Im Uebrigen dieselben Erscheinungen.

22. October. Temp. Morgens 38,2. Tod.

Section am 23. October (Prosector Dr. B. Rosenberg). Eitrige Infiltration aller Weichtheile in den Fossae speno-palatinae, links und rechts, was man auf der Sägefläche des Knochens gut wahrnimmt. Im weichen Gaumen ist die eitrige Infiltration nur rechts zu constatiren. Aus den beiden Fossae speno-palatinae hat sich der Eiter beiderseits durch die beiden Fissurae orbitales inferiores unter der Dura mater bis in die Regionen der beiden Ganglion Gasseri seinen Weg gebahnt. Linkerseits ist von ihm die Pia mater der Temporalgegend an der basalen Fläche derselben infiltrirt. Endlich ist sogar die graue Hirnsubstanz an der Spitze des Lobus temporalis zerstört, welchen Defect man gut sieht, wenn man diese Partie mit einem Wasserstrahlc berieselt. Es wurde auch ein kleiner Abscess im linken Musc. temporalis gefunden. In den Lungenspitzen Spuren eines längst abgelaufenen tuberculösen Processes in Form von Bindegewebswucherungen bei Vorhandensein 2—3 kleiner Cavernen. Die Milz ist vergrössert und weich. Muscatleber und cyanotische Nieren. Im Intestinaltractus nichts Abnormes. Diagnosis pathologica: Pharyngitis phlegmonosa profunda, Leptomeningitis circumscripta purulenta et abscessus lobi temporalis cerebri sin. Tuberculosis pulmonum chronica.

In dem geschilderten Falle handelte es sich dem pathologischen Befunde nach höchst wahrscheinlich um den Krankheitsprocess, welchen Senator²⁾ unter dem Namen „primäre acute infectiöse Phlegmone des Pharynx“ beschrieben hatte, und welcher bereits auch von anderen Aerzten³⁾ beobachtet wurde. Der Unterschied liegt bei unserem Kranken erstens in der Abwesenheit von hämorrhagischer Gastritis und zweitens in der Verbreitungsrichtung der eitrigen Infiltration nicht nach unten auf die Halsregion (Zungengrund, Kehlkopfdeckel, Kehlkopf, Lymphdrüsen etc.), sondern nach oben auf's Gesicht, Nasenrachenraum und Gehirn.

²⁾ H. Senator: Ueber acute infectiöse Phlegmone des Pharynx. (Berliner klin. Wochenschr. 1888, 30. Januar, No. 5, Seite 77—82.

³⁾ Landgraf: Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Pharynx. (Berl. klin. Wochenschr. 1888, 6. Februar, No. 6, Seite 97.) Die anderen Fälle siehe Internat. Centralblatt von Semon.

Gummihütchen als Ueberansatz beim Politzer'schen Verfahren.

Von

Dr. Hugo Bergcat, München.

Die Hinausgabe des auf den ersten Blick überflüssig scheinenden einfachen Gegenstandes glaube ich um deswillen nicht unterlassen zu sollen, weil er die gewichtige Frage der Asepsis und Reinlichkeit zum Hintergrunde hat.

Es wird von vielen Ohrenärzten das Politzer'sche Verfahren nicht unter Anwendung des oliven-, sondern des kegelförmigen (Catheter-) Ballonansatzes ausgeübt; der Patient ist dabei leichter in der passenden Stellung festzuhalten. Die Montirung des Ansatzes mit einem Stückchen Weichgummischlauch, welches jedem Patienten besonders zugewiesen wird, macht das Verfahren sicherer und für den Patienten angenehmer, und erweckt obendrein den Anschein einer vollendeten Reinlichkeit. Es passirt aber gerade bei der bestgelungenen Ausübung, dass der durch unsere Finger bewerkstelligte vordere Nasenabschluss gesprengt und dass der Ballon, unsere Hand und selbst unser Kleid mit Naseninhalte bespritzt wird. Die Zweifler an meiner Angabe belieben sich einmal ihren Ballon und insbesondere den geriffelten Theil des Ansatzes genauer anzusehen.

Um diese Ejecta abzufangen, habe ich ursprünglich ein Gummiplättchen in Gestalt eines sogen. Uhrschützers abwärts vom Schlauchstückchen auf den Catheteransatz gesteckt. Später, vor einem Jahre, habe ich Schlauchstück und Schutzplättchen zu einem Hütchen vereinigen lassen, welches die Urformen eines Cylinderhutes bei Fehlen der Deckplatte aufweist. Ich bemerke besonders, dass das Abnehmen des Hütchens, welche Verrichtung beim einfachen Gummischlauche oft zeitraubend und jedes Mal unappetitlich ist, vollkommen leicht und reinlich sich vollzieht, ferner dass die 5procentige Carbonsäure, in welcher die Hütchen sofort nach Gebrauch ihren Aufenthalt nehmen, die ursprünglichen Eigenschaften derselben nicht veränderte.

Der Gegenstand ist von Herrn Pfau in Berlin, Dorotheenstrasse 67, zu beziehen*).

*) Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf aufmerksam machen, dass ich seit einiger Zeit bei Anwendung der Luftdouche ohne Catheter, also sowohl beim Politzer'schen als auch bei dem von mir angegebenen Verfahren, um Infection zu vermeiden, die von Löwenberg zuerst empfohlenen kurzen Kautschukschläuchchen, welche dem für die Nase bestimmten Stücke des Ballons aufgesetzt werden, um die so häufig vorkommende Läsion der Nasenschleimhaut mit Nasenbluten zu vermeiden, an ihrem Ende abrunden lasse. Herr Instrumentenmacher Reiner in Wien liefert mir diese Ansatzstücke, bei deren Gebrauch Nasenbluten fast nie vorkommt. Es ist dies eine ganz unscheinliche Modification, die aber in practischer Beziehung von grossem Nutzen ist. Gruber.

Bericht über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde“ der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wien vom 23. bis 30. September 1894.

Von

Dr. B. Gomperz,

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität,
II. Schriftführer der Section.

I. Sitzung am 24. September.

Der Einführende, Herr Prof. Politzer, begrüsst in längerer, mit grossem Beifall aufgenommenen Rede die Mitglieder der Section wärmstens. Er weist auf die grossen Fortschritte hin, welche die Ohrenheilkunde seit der Zeit, wo die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zum letzten Male in Wien tagte (1856), gemacht hat und giebt seiner Erwartung Ausdruck, dass auch die jetzige otologische Section zur Förderung der Wissenschaft und zur Erkenntniss der grossen Bedeutung der Ohrenheilkunde beitragen werde.

Der erste Schriftführer, Herr Docent Bing, theilt hierauf die neuangemeldeten Vorträge mit und verliest kurz die Entschuldigungs- und Begrüssungsschreiben der Herren Professoren Barth, Bezold, Lucae, Moos und Siebenmann, der Herren Docenten Haug und Hessler, der Herren Doctoren Kosegarten, W. Meyer, Michael, Holmer Mygind, Schwabach, Stacke, O. Wolf und Ziem, und giebt dem lebhaften Bedauern über das Fernbleiben dieser Herren Ausdruck.

In die Präsenzliste haben sich eingetragen die Herren: Anton (Prag), Baumgarten (Pest), Barnik (Graz), Behrendt (Danzig), Bing (Wien), Bloch (Freiburg), Bresgen (Frankfurt), Brieger (Breslau), Delstanche (Brüssel), Gradenigo (Turin), Gruber (Wien), Gomperz (Wien), Habermann (Graz), Halperin (Kiew), Hartmann (Berlin), Hecke (Breslau), Hedinger (Stuttgart), Kaufmann (Wien), Kayser (Breslau), Kirchner (Würzburg), Lange (Kopenhagen), Lichtenberg (Budapest), Morpurgo (Triest), Ott (Konstanz), Politzer (Wien), Pins (Wien), Pollak (Wien), Reinhard (Duisburg), Robitzsch (Leipzig), Rohrer (Zürich), Roller (Trier), Scheibe (München), Schneierson (Witebsk), Schubert (Nürnberg), Schwartz (Gleiwitz), Thomka (Wien), Tschlenow (Moskau), Ulrichs (Halle), Urbanstschitsch (Wien), Wehmer (Coblenz), Zaufal (Prag).

II. Sitzung am 25. September Vormittags.

Vorsitzender: Dr. Charles Delstanche.

1) Doc. Dr. Fritz Rohrer: Ueber die Bildungsanomalien der Ohrmuschel. Rohrer erörtert hauptsächlich jene angeborenen Abnormitäten der Auricula, die den oberen Theil des Antihelix — die Crista antiheliceis — betreffen. Das Fehlen einzelner Theile des Antihelix, sowie das Auftreten supernumerärer Crura Antiheliceis in der Richtung gegen das Tuberculum Darwini und gegen das Crus heliceis wird aus den morphologisch verschiedenen embryonalen Anlagen der einzelnen Theile des Antihelix, wie sie von Schwalbe festgestellt worden sind, nach deren Zugehörigkeit zum System der colliculi bronchiales und zum Bildungsgebiet der Ohrfalte erklärt. Als ein Unicum wird eine Ver-

schmelzung der Crura antihelicis mit dem Crus helicis zu einem einzigen horizontal verlaufenden Schenkel beschrieben. Der Vortrag wird durch zahlreiche Photographien, Aquarell- und Sepiazeichnungen illustriert.

Discussion:

Gradenigo bemerkt, dass der als viertes Crus antihelicis supra-numericum von Rohrer abgebildete Streifen schon von ihm beschrieben wurde; Gradenigo deutet denselben als homologe Bildung des sogenannten Tuberculum centrale des Rindes und Schafes.

Professor Gruber kündigt die Demonstration dreier einschlägiger Moulagepräparate an.

2) Doc. Dr. Rohrer: Ueber hysterische Taubheit und Torpor nervi acustici. Der Vortragende verbreitet sich, gestützt auf eine ausführliche klinische Darstellung der bisherigen Untersuchungen, über diese eigenthümlichen Formen theils rein centraler, theils aus centralen und peripheren Factoren combinirten Gehörstörungen und bringt die Krankengeschichten mehrerer besonders prägnanter Fälle. Auch das Verhältniss der hysterischen Taubheit zu hypnotisch impressibeln Patienten und die Coincidenz und Synergie hyperästhetisch afficirter und gereizter Partien des Gehörorganes wird, gestützt auf mehrere Fälle, besprochen.

Discussion:

Prof. Politzer möchte jene Fälle aus der vom Vortragenden geschilderten Gruppe ausschliessen, wo eine Herabsetzung der Energie des Hörnerven mit zeitweisen Schwankungen derselben vorkommt, und bei welchen nach seinen anatomischen Untersuchungen keine Erkrankung der Mittelohrschleimhaut, sondern eine primäre Erkrankung der Labyrinthkapsel vorliegt, welche mit palpablen Veränderungen im Labyrinth verbunden ist.

Prof. Urbantschitsch bemerkt, dass die von Prof. Politzer erwähnte Ossification an den Labyrinthfenstern mit den von Dr. Rohrer bezeichneten Fällen von Torpor N. acustici nicht verwechselt werden könne, da bei den letzteren die schwankenden Charaktere der Taubheit bestehen, so z. B. in einem Falle, den Urbantschitsch gegenwärtig beobachtet, wo nur zu einer bestimmten Stunde des Tages hochgradige Schwerhörigkeit vorhanden ist.

Dass Mittelohraffectionen einen Einfluss auf den Acusticus zu nehmen vermögen, beweise die von Urbantschitsch beobachtete Beeinflussung des Acusticus auf dem entgegengesetzten Ohre bei Behandlung des einen Ohres und die Möglichkeit, durch Tubenmassage auch bei isolirtem Stapes auf die Schwerhörigkeit einzuwirken.

Gradenigo glaubt nicht, eine besondere Natur für den von Rohrer beschriebenen Torpor nervi acustici annehmen zu müssen; dieser Torpor entspricht ganz dem Begriffe der hysterischen Hypo- oder Anaesthesia acustica. Die hysterische vollständige Taubheit kann auch ohne andere hysterische Erscheinungen, als monosymptomatische Erscheinung sich vorfinden.

O. Brieger erwähnt, dass auch bei traumatischer Neurose sich sehr häufig Befunde ergeben, die den von Rohrer geschilderten vollständig entsprechen. Es findet sich aber fast regelmässig daneben eine deutliche Herabsetzung der Sensibilität des Gehörganges und Trommelfells bis zu vollständiger Anaesthesia. Bei der Uebereinstimmung solcher zweifellos durch Hysterie bedingter Befunde mit den von Rohrer beschriebenen

Zuständen sieht Brieger keine Veranlassung zur Aufstellung eines besonderen, als Torpidität des Hörnerves bezeichneten Krankheitsbildes.

Zaufal schliesst sich dieser und Gradenigo's Ansicht vollkommen an und empfiehlt, die Aufstellung der „Torpidität des Hörnerven“ als einer eigenen Krankheitsform fallen zu lassen.

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass es noch immer objective Veränderungen im Mittelohre giebt, die man, namentlich bei intactem Trommelfelle, am Lebenden nicht zu diagnosticiren vermag, und meint, dass man hysterische Taubheit nur diagnosticiren soll, wenn auch noch anderweitige Erscheinungen auf Hysterie deuten; eine solche hysterische Taubheit sei ausserordentlich selten.

Dr. Eugenio Morpurgo fragt Gradenigo, wieso man beim Vorhandensein von Taubheit (ohne andere Symptome) berechtigt sei, Hysterie zu diagnosticiren, da er unter besagten Umständen nicht wagen würde, die Diagnose zu stellen.

Dr. Rohrer bemerkt über die Differenz zwischen hysterischer Taubheit und *Torpor nervi acustici*, dass im letzteren Falle gar keine hysterisch-neurasthenischen Symptome vorhanden waren, während bei grosser Reduction der Kopfknochenleitung und hochgradiger Sprachtaubheit die Perception für hohe Töne vollkommen erhalten blieb. Umgekehrt ist die Kopfknochenleitung bei reinen Affectionen des mittleren Ohres und der Tuba erhalten oder verlängert.

3) Dr. Szenes (Budapest): Ueber Taubstummheit.

Sz. hat in den Wintermonaten des Schuljahres 1891/92 die 124 Schüler der Landes-Taubstummschule zu Waitzen (bei Budapest) untersucht, machte einige statistische Mittheilungen bereits in der demographischen Section des VIII. internationalen hygienischen Congresses in Budapest, und beschränkt sich jetzt bloss auf die Wiedergabe der Resultate der angestellten Untersuchungen.

Pathologische Veränderungen des Gehörorgans bestanden wohl in 22 Fällen (17,75 pCt.), doch betrafen nur 8 Fälle das mittlere und innere Ohr, die übrigen 14 Fälle das äussere Ohr.

Bezüglich der noch vorhandenen Gehörreste fand Sz. Folgendes: Die Uhr wurde in 6 Fällen, und zwar *ad concham*, deutlich gehört. Politzer's Acumeter wurde in 58 Fällen per Knochenleitung gefühlt; 23 Mal vom Warzenfortsatz aus, 14 Mal von der Stelle vor dem Tragus aus besser, 21 Mal hingegen bald hier, bald dort besser.

Für die Stimmgabeltöne war die Luftleitung in 83 Fällen vollkommen aufgehoben, die übrigen 41 Fälle lieferten nicht immer verlässliche Angaben.

Das Galton'sche Pfeifchen wurde von 22 Kindern gehört; 5 von diesen konnten dasselbe auch auf grössere Distanz, 20—60 Ctm., hören.

Die Sprache wurde in 30 Fällen vernommen; 8 Mal war das Vokalgehör bloss für „a“ erhalten, 4 Mal bestand auch Satzgehör. Mit Prothesen wurde in keinem der Fälle besser gehört, als ohne dieselben.

Das Schallgefühl wurde mit Hilfe des Händeklatschens geprüft und zeigte sich für 43 Fälle erhalten. Bei 16 Kindern wurde das Händeklatschen noch auf eine Distanz von 8 Metern deutlich gehört; diese Kinder konnten aber auch Pfeifen gut hören. Im Hinblick auf die gefundenen Gehörreste fragte sich Sz. bei jedem einzelnen Falle, ob

das Kind an richtiger Stätte in dem Taubstummeninstitute wäre, oder aber vielleicht in die Volksschule passen würde, und glaubt, immer der Taubstummenschule den Vorzug geben zu müssen. Ob die in neuerer Zeit häufiger cultivirten methodischen Hörübungen vortheilhafter wären, als der reguläre Taubstummenunterricht, erörtert Sz. nicht, da dieses Thema in einer der nächsten Sitzungen noch zur Sprache kommen wird.

Discussion:

Dr. Rohrer bemerkt über die Gehörprüfungen von Szenes an Taubstummen, dass neben palpabler Taubstummheit auch eine psychische Stummheit bei Kindern vorkommen kann. Es sind das diejenigen allerdings sehr seltenen Fälle anscheinender Taubstummheit, wo durch pädagogische und diätetische Einwirkungen in relativ kurzer Zeit Sprachfähigkeit sich gut entwickeln kann.

Szenes will gelegentlich des Vortrages von Prof. Urbantschitsch auf das Thema zurückkommen. Bezüglich der erwähnten therapeutischen Resultate glaubt er überaus vorsichtig in der Beurtheilung des Heilwerthes sein zu müssen, was besonders durch die richtige Unterscheidung der einzelnen Fälle zu geschehen hat.

4) Szenes: Weitere Beiträge zur heilungsbefördernden Complication der acuten eiterigen Paukenhöhlenentzündung.

In der I. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft (1892) hat Sz. das Resumé von 21 Fällen acuter Paukenhöhleneiterung mitgetheilt, wo nach kürzerer oder längerer Behandlungsdauer eine vollkommene Heilung wohl erfolgt war, bei denen sich jedoch auffallender der Paukenhöhlenerkrankung eine Otitis externa diffusa zugesellte, und erst wo mit der Heilung dieser, bloß einige Tage andauernden Complication auch die Symptome der primären Paukenhöhlenentzündung gänzlich geschwunden waren.

Sz. hat nun seither weitere 20 einschlägige Fälle beobachtet, und muss bei Durchmusterung der Krankengeschichten nur von Neuem das damals Erwähnte bekräftigen. Die mit den bekannten Symptomen — Schmerz, Fieber, subjective Gehörsempfindungen etc. — eingeleitete Paukenhöhlenentzündung nimmt ihren regelrechten Verlauf, indem mit Eintritt der Suppuration die stürmischen Erscheinungen nachlassen und nur die Otorrhoe besteht. Letztere wird nun schulgemäss mit Antiseptics behandelt, wird wohl geringer, sistirt aber nicht, bis dann unter stürmischen Erscheinungen — Schmerzhaftigkeit, Fieber, Anschwellung der Gehörgangswände etc. — eine Otitis externa auftritt, die auf Behandlung in wenigen Tagen heilt, wobei zugleich auch die Paukenhöhleneiterung aufgehört hat. Bei solcher Regelmässigkeit kann man an keinen Zufall denken, und man muss für diese Fälle der Otitis externa einen heilungsbefördernden Einfluss zuschreiben.

Discussion:

Dr. O. Brieger bemerkt, dass er auch wiederholt bei Otitis externa, welche durch den Bac. pyocyanus oder durch Excision der Gehörknöchelchen veranlasst war, einen auffallend raschen Ablauf des Mittelohrprocesses beobachtet habe. Er lässt es dahingestellt, ob vielleicht die bei der Otitis externa eintretende Verlegung des Gehörgangslumens mit ihrer Verhütung eventueller Secundäraffection der Pauke vom Gehörgang aus dabei eine Rolle spielt, erwähnt auch die curative Einleitung von Gehör-

gangsentzündungen, wie sie von anderer Seite vorgeschlagen wurde, hält diese aber für so bedenklich, dass er dringend davor warnen zu müssen glaubt.

Dr. Kaufmann fragt, wie denn Szenes so häufig Otitis externa bei Otitis media beobachten konnte, da ihm dieser Zufall nur höchst selten vorkomme.

Dr. Gomperz bemerkt, dass, wenn im Verlaufe eiteriger Entzündungen des Mittelohres auch solche des äusseren Ohres auftreten, diese dann im Vordergrund des Interesses stehen, weil sie die grössten Schmerzen verursachen; wenn während dieses Zufalls die Mittelohrentzündung zur Ausheilung komme, so könne man noch immer nicht von einer Beeinflussung durch die Otitis externa sprechen.

Szenes antwortet: Die von Brieger erwähnte künstliche Hervorrufung einer Otitis externa, wie sie von Colladon in der otolog. Section des internationalen Congresses in Rom vorgeschlagen wurde, dürfe mit seinen Fällen nicht verwechselt werden. Es handelt sich nämlich hier nicht um eine künstlich hervorgerufene, sondern um eine spontane und ohne nachweisbare Ursache aufgetretene Complication. Die Paukenhöhleneriterung wurde in diesen 41 Fällen ebenso behandelt, wie in den übrigen Fällen von eiteriger Paukenhöhlenentzündung.

5) Szenes: Ueber den therapeutischen Werth von Carbolglycerin und Menthol bei Ohrenkrankheiten.

Die günstigen Resultate betreffs des Carbolglycerins, welche Porten, Bendelack-Hewetson, Hartmann, Rohrer, Morpurgo und neuerdings Haug erwähnen, kann Sz. auf Grund von 130 Fällen nur bekräftigen. Das 10–15–20procentige Carbolglycerin eignet sich für das Anfangsstadium der acuten Paukenhöhlenentzündung zu Instillationen. Letztere sollen gut warm sein, dürfen jedoch nur bei imperforirtem Trommelfelle angewendet werden und bewirken häufig eine Zurückbildung des ganzen Processes. Droht das Trommelfell spontan durchzubrechen, oder besteht sogar schon ein Trommelfelld defect, dann darf eine so starke Carbollösung gewiss nicht gebraucht werden.

Das 10–15procentige Mentholöl hat Sz. in den letzten 5 Jahren in 150 Fällen versucht und kann dasselbe zur Behandlung der Gehörgangsfurunkel wie auch der diffusen Anschwellungen der Gehörgangswände empfohlen werden. Nebst der antiseptischen Wirkung muss besonders die bequeme Behandlungsweise, welche sich speciell für poliklinische Zwecke sehr gut eignet, hervorgehoben werden. Die mit dem Mentholöl getränkte Wattewicke verbleibt immer 24 Stunden lang im äusseren Gehörgange. Die Lösung verursacht zwar ein lästiges Gefühl von Brennen, welches jedoch bald, manchmal aber erst nach mehreren Stunden aufhört. Es vermag wohl manchmal nicht Recidiven zu verhüten, doch kommt man in vielen Fällen ganz gut damit fort. Am besten bewährt es sich bei Furunkeln, wenn man diese eröffnet, deren ganzen Inhalt mit dem scharfen Löffel auskratzt und dann den Mentholöltampon in den Gehörgang einführt; der Heilungsprocess wird auf diese Weise oft bedeutend verkürzt. — Verengerungen des äusseren Gehörganges, welche neben einem Furunkel oder einer diffusen Otitis externa entstehen, pflegen sich unter der Wirkung eines Mentholöltampons in 24 Stunden schon gänzlich zurückzubilden oder aber bedeutend zu verringern.

Discussion.

Gomperz möchte die Verwendung des Menthols, das durch die unverletzte Haut hindurch gefässcontrahirend, demnach schmerzstillend und entzündungswidrig wirkt, auch für die einfachen Mittelohrentzündungen ohne Perforation empfehlen; er sah im Stadium der Schmerzen gute Wirkung von Einträufelungen 1–2procentiger Lösung in Oel, am besten in weissem Vaseline-Oel. Auch hat er Menthol in 5 · 10procentiger öliger Lösung als ein sehr werthbares mildes Antisepticum innerhalb der Paukenhöhle bei chronischen eitrigen Mittelohrentzündungen erprobt.

6) Prof. Dr. G. Gradenigo (Turin): „Die Sclerose des Mittelohres als parasyphilitische Affection in der spät hereditären Syphilis“.

Seit dem XI. internationalen medicinischen Congresse in Rom, wo G. seine ersten Beobachtungen mittheilte, konnte er eine grosse Reihe von neuen Fällen studiren, in welchen sich mit Gewissheit oder höchster Wahrscheinlichkeit in Folge hereditärer Syphilis eine Sclerose des Mittelohres ausbildete, eine Krankheitsform, die vollkommen dem klinischen Bilde der chronisch-catarrhalischen Mittelohrentzündung mit Ausdehnung auf das innere Ohr entspricht, wie man sie in mit hereditären Ohrkrankheiten behafteten Familien oder bei hereditär tuberculösen Individuen antrifft; sie unterscheidet sich von dieser Form oft nur durch eine stärkere Malignität. Sie schreitet trotz jeder localen Behandlung vorwärts, und wenn sie schon einen derartigen Grad erreicht hat, dass sie die Aufmerksamkeit des Patienten erweckt, dann wird dieselbe auch von der specifischen Cur nur mehr wenig beeinflusst. Die Sclerosis kann als leichte Abart derjenigen typischen Ohrerkrankung bei der spät hereditären Syphilis angesehen werden, die von Hutchinson und Hinton beschrieben wurde. In der That begegnet man allen möglichen Uebergängen zwischen beiden Formen, die functionellen Störungen können sowohl in der einen wie in der anderen hauptsächlich auf den Schalleitungs- (bei negativem Trommelfellbefund) oder auf den Perceptionsapparat zurückgeführt werden. Die Diagnose kann zuweilen, wegen Fehlens eines jeden anderen Symptoms der hereditären Syphilis, schwierig werden; in derartigen Fällen kann blos die Auffindung dieser Affection bei den Eltern oder die aufmerksame Untersuchung der Geschwister des Patienten uns auf den richtigen Weg leiten. Auch muss die progressive Taubheit an und für sich, die mit Erscheinungen der Mitbetheiligung des inneren Ohres bei jungen Individuen rasch entsteht, ohne dass in der Familie hereditäre Tuberculose oder Taubheit vorhanden wäre, als der hereditären Syphilis verdächtig angesehen werden. Es ist G.'s Ueberzeugung, dass wenn dieses ätiologische Moment sowohl von Seiten des Ohrenarztes wie auch von Seiten des Syphilitologen berücksichtigt und in einer frühzeitigen Periode der Erkrankung eine entsprechende allgemeine Cur eingeleitet würde, die Resultate bedeutend günstiger wären, als dies der Fall ist, wenn die Behandlung zu spät vorgenommen wird.

Die Sclerosis auricularis kann ebenso wie die typische Taubheit bei hereditärer Syphilis im weiblichen Geschlechte häufiger als im männlichen angetroffen werden; allein sie entwickelt sich später als die typische Taubheit. Statt in der Pubertätszeit, tritt sie zwischen dem 20. und 30. Jahre auf. Die Individuen, bei welchen die Sclerosis aufzutreten pflegt, sind oft schwach gebaut, von lymphatischem und scrophulösem Habitus,

bei denen im Kindesalter typische adenoide Wucherungen im Rachen und chronische hypertrophische oder atrophische Entzündungen in der Nasenhöhle vorkommen. Dieselben können jedoch auch rüstig aussehen und — wenigstens in jener Periode, wo sie zur Untersuchung kommen — frei von Alterationen der Nasen-Rachenhöhle sein. Die in Rede stehende Ohr affection kann das alleinige Symptom der syphilitischen Diathese bilden, oft jedoch kann sie, wie die typische Form, von den bekannten Missbildungen der Zähne und von interstitieller Keratitis begleitet werden; sehr selten hingegen kommt sie in Begleitung von gummösen und ulcerativen, durch hereditäre Syphilis bedingten Alterationen der Nasen-Rachenhöhle vor.

Die Sclerosis auricularis bei der hereditären Syphilis muss in dem Sinne, wie es jüngst Fournier definirte, zu den parasymphilitischen Erkrankungen gezählt werden: sie ist specifisch bezüglich ihres Ursprungs, aber nicht ihrer Natur nach.

Discussion:

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass der verstorbene Assistent der Ohrenklinik, Dr. Wiethe, das Material der Klinik von Gruber nach dieser Richtung zu verwerthen strebte und hier zu dem Resultate kam, dass in vielen Fällen sogenannter hyperplastischer Mittelohrentzündung Syphilis als Grundlage des Leidens anzusehen sei. — Prof. Gruber selbst macht die Mittheilung, dass er seinerzeit schon mit Sigmund und Hebra nach dieser Richtung gearbeitet und die klinische Erfahrung gemacht hat, dass in vielen Fällen von sclerosirender Mittelohrentzündung durch eine antisymphilitische Behandlung wesentliche Besserung erzielt wurde.

7) Prof. Dr. G. Gradenigo: „Hörfeld und Hörschärfe“.

Es ist, wie Zwaardemaker vorschlägt, bei der Aufzeichnung des Hörfeldes nothwendig, nebst den mittleren Tönen auch den unteren und oberen Grenzen des Gehörs Rechnung zu tragen. Bei Benutzung der Quadratserien zur Bestimmung der Abnahme der Intensität der Stimmgabeln im Verhältnisse der Zeit wird man die Hörschärfe für eine bestimmte Stimmgabel erhalten, wenn man die Procentzahl der Perceptionsdauer bei dem Kranken mit der normalen Procentzahl vergleicht und den der Quadratwurzel und nicht dem Quadrat der Procentzahl entsprechenden Werth aufzeichnet. Es ist nicht exact, wenn man das Hörvermögen für Töne im Allgemeinen mit dem für die Sprache vergleicht, wie Zwaardemaker vorschlägt; will man das Verhältniss zwischen beiden feststellen, dann kann das Hörvermögen für die Stimme blos mit dem für hohe Töne verglichen werden.

Bei der Bestimmung der unteren und oberen Grenzen des Hörvermögens ist von grossem Einflusse die Intensität des Schalles. Die Resultate, welche mit dem Pfeifchen von Galton erhalten werden, stehen hauptsächlich bei schweren Erkrankungen des Mittelohres, im Widerspruch mit denjenigen, welche die König'schen Cylinder liefern. Das Maximum der Schallintensität von Galton ist von der 4. bis 6. Theilung; diesem Maximum entspricht gewöhnlich die obere Grenze des Hörvermögens, wenn der Schalleitungsapparat sich in schlechtem functionellen Zustande befindet. Die König'schen Cylinder ergeben im Allgemeinen exactere Resultate.

(Fortsetzung folgt.)

LXVI. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

Die laryngologische Section.

Einführende: Prof. Störk, Prof. Chiari, Koschier.

Professor Störk als einführender Präsident begrüsst die Anwesenden und schlägt als Vorsitzende vor:

Docenten Dr. Onodi, Budapest,
Docenten Dr. Paul Heymann, Berlin,
Dr. Victor Lange, Kopenhagen,
Professor Pieniaczek, Krakau,
Dr. Bresgen, Frankfurt a. M.,
Professor Dr. Wagner, San Francisco,
Professor Dr. Juffinger, Innsbruck.

1) Bresgen (Frankfurt a. M.) spricht über die Anwendung der Electrolyse bei Verkrümmungen und Verdickungen der Nasensecheidewand, sowie bei Schwellung der Nasenschleimhaut und weist ihr einen nur beschränkten Platz an: 1) Nur in solchen Fällen, in denen nicht rasch vorgegangen werden kann, beispielsweise bei zarten Personen oder sonstwie Kranken; 2) in Fällen, in denen ausdrücklich eine eingreifende Behandlung verboten wird. Die Anwendung der Electrolyse kann gegen die knorpeligen und knöchernen Auftreibungen der Nasensecheidewand, sowie auch gegen die Schwellung der Schleimhaut stattfinden. Vor allen Dingen ist sorgfältige Cocainisirung nothwendig, soll auch bei langsamem Einleiten des Stromes kein Schauer auftreten. Doppelnadeln eignen sich mehr als einfache; doch wendet B. auch Einzelnadeln an, jedoch so, dass die eine gerade beispielsweise in die Vorderfläche eines Vorsprunges der Scheidewand, die andere, spitzwinkelig abgebogene, in die Hinterfläche eingestochen wird. Dadurch wird eine raschere und eingreifendere Wirkung erzielt. Für die Seitenwände der Nase benutzt B. eine Doppelnadel, welche 2—4 Millimeter von der Spitze eine rechtwinkelige Abbiegung hat, so dass auch diese Nadel senkrecht in's Gewebe eingestochen werden kann. Bei der Einwirkung des electricischen Stromes bildet sich rasch am — Pole Schaum, durch den ein grosser Theil der electricischen Kraft verloren geht. Um dies zu verhindern, ist es nothwendig, diesen Schaum bald durch Einziehung von Luft (bei zugehaltener anderer Nasenseite) nach hinten zu beseitigen oder die Nadel an neuer Stelle einzustechen. Die Nachwehen, welche sich nach Anwendung der Electrolyse einstellen können, sind meist so gering, dass die Kranken in ihrer gewohnten Lebensweise nicht gestört werden. Etwaige am + Pole zuweilen auftretende kleine Blutungen werden am besten durch 20- bis 40 procentige Chromsäure gestillt. B. fasst seine Erfahrung nochmals dahin zusammen, dass die Electrolyse niemals ein Heilmittel sein oder werden könne, welches andere als mit dem Ohr wohlvertraute Specialärzte mit Vortheil anzuwenden im Stande sein werden; denn von ungeübter Hand angewendet, könne sie nur zu Misserfolgen führen.

An der Discussion beteiligten sich M. Hajek, Störk, Heymann, Chiari, welche Alle die Electrolyse als langsame und nicht immer schmerzlose Methode erklären, welche den anderen Methoden weit nachsteht. Bresgen erklärt, dass er die Electrolyse auch nur anwendet, wenn er andere Methoden nicht anwenden kann oder darf. Schmerzlos

könne er die Electrolyse immer machen durch Anwendung des Cocains in einer jedem Falle eigens angepassten Weise.

2) Docent Dr. Grossmann: „Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma“.

Dr. Grossmann stellt auf Grund klinischer Erfahrung und physiologischer Betrachtung die Behauptung auf, dass eine, mit einem Erstickungsanfall eingeleitete und in relativ kurzer Zeit wieder verschwindende Stimmbandlähmung als ein charakteristischer Vorbote einer in der Nähe der Nv. laryngei infer. sich entwickelnden Aneurysma zu gelten hat.

Discussion:

Dr. Pienaczek bemerkt, dass der Druck, der nur auf den einen und zwar den linken N. recurrens ausgeübt wird, nicht im Stande ist, einen Spasmus glottidis hervorzurufen, zu dem doch die Muskelcontraction im Gebiete der beiden Nn. recurrentes entstehen muss. Er führt die Anfälle auf die Steigerung der schon bestehenden Luftröhrenverengung zurück: Diese Stenose kann bei Steigerung des Blutdruckes im Aorten-System bedeutend vergrößert werden, und auf diese Weise ruft sie die Anfälle hervor. Gleichzeitig nimmt auch der auf den N. laryngeus recurrens wirkende Druck zu, weshalb auch die Lähmung entstehen kann, wenn schon früher Parese desselben bestand.

Dr. J. Mahl hatte zwei Fälle, den einen bei einem 50jährigen Manne, bei dem in Folge eines Erstickungsanfalles die Tracheotomie gemacht werden musste; trotz der eingeführten Canüle hörte der Stridor nicht auf, der eingeführte Catheter machte pendelartige Bewegungen, zum Beweise, dass im Einlegen die Ursache war. In diesem Falle trat vorher bei jeder neuen Bewegung der Stridor auf — dennoch war nicht der Druck auf den Larynx der linken Seite die Ursache des Spasmus.

Im zweiten Falle trat bei einem 6jährigen zarten Kinde im Verlaufe einer Pneumonie Laryngospasmus auf. Trotz seiner Opposition wurde die Tracheotomie vorgenommen; der Anfall dauerte zehn Minuten nach eingeführter Trachealcannüle und wiederholte sich im Verlaufe der nächsten drei Tage. Es handelte sich also um Spasmus der Bronchien.

Dr. M. Hajek: Der Vergleich, dass das Aneurysma den Recurrens in derselben Weise reizt, wie die Ganglienreihen bei der Tabes (Crisis laryngée) gereizt werden, ist nicht ganz zutreffend, da es wahrscheinlicher ist, dass die Crisis laryngée eher Lähmungserscheinung als Spasmus ist. Denn gerade Semon und Burger haben darauf hingewiesen, dass das nächtliche Auftreten der Crisen eher auf Lähmung zurückzuführen ist.

Dr. Onodi bemerkt, dass Vortragender sich stillschweigend der Krause'schen Auffassung anschliesst und die mediane Fixation als Anfangstadium bei Druck von Aneurysmen in den meisten Fällen als spastische Erscheinung auffasst. Die experimentellen Versuche sind nicht geeignet, die Differenz in der Auffassung der Krause- und Semon'schen Lehren endgiltig zu klären. Die Semon'sche Lehre hat für den Stamm des Recurrens und für den Muskel unstreitige Beweise.

Es ist Thatsache, dass der Posticus früher abstirbt als die Muskeln der einzelnen Verengerer, es ist ferner Thatsache, dass der isolirte Posticusnerv früher seine Leitungsfähigkeit verliert. Zu diesen Thatsachen habe ich den ersten pathologisch-anatomischen Beweis geliefert, in einem

Falle, wo ein doppeltes Aneurysma vorhanden war. Der rechte Recurrens total gepresst, der linke theilweise; die Untersuchungen der einzelnen Nerven haben gezeigt, dass rechts alle Nerven degenerirt waren, links nur der Posticusnerv und der Thyreoarytaenoideusnerv. Onodi empfiehlt, von nun an immer die Recurrensnervenzweige isolirt zu untersuchen und in Einklang zu bringen mit den im Leben beobachteten Symptomen. Onodi schliesst nicht an Grossmann's Folgerungen und sagt, dass sie nur in einzelnen Fällen als spastische Erscheinung aufzufassen ist und in den meisten Fällen es sich um Posticuslähmung handelt.

Grossmann betont Professor Pieniaczek (Krakau) gegenüber, dass auch eine laterale Reizung oder plötzliche Lähmung des einen Stimmbandes eine hochgradige Dyspnoe zur Folge haben könne; die Annahme, dass die Athembeschwerden auf eine durch das Aneurysma bedingte Trachealstenose zurückzuführen wären, ist unstatthaft, denn hier würden die Erstickungsanfälle zwar auch mit Ruhepausen abwechseln, aber das Stenosen Geräusch bliebe permanent. Die Athmung wäre nie mehr ganz frei. Der Vergleich mit Croupkranken, bei denen die Erstickungsanfälle auch im Schlafe durch Ansammlung von Schleim etc. auftreten, ist durchaus unstatthaft, denn hier ist der Schlaf kein begünstigender Factor, beim Aneurysma aber wäre die Ruhe das einzige Vorbeugungsmittel gegen diesen Anfall.

Weiterhin betont er, dass es sich nicht um eine Parese, sondern um eine totale Paralyse gehandelt hat. Dass ähnliche Zustände auch bei einem anderen Prozesse, wo der N. laryng. infer. comprimirt wird, vorkommen könne, gebe er ohne Weiteres zu. Wir werden aber immer an ein Aneurysma denken müssen, wenn keine andere Ursache nachweisbar ist. Die geschilderten Erscheinungen nach den experimentellen Untersuchungen Krause's zu deuten, will er nicht acceptiren und refusirt es, bei dieser Gelegenheit auf diese Frage näher einzugehen.

3) Docent Dr. A. Onodi (Budapest): „Die Phonationscentren im Gehirn.“

Die Existenz des von Krause bezeichneten Rindencentrums constatirte Onodi ebenso wie Semon-Horsley und Masini. Die Angabe Masini's, dass die Reizung des einen Rindencentrums mit schwachen Strömen Näherung des Stimmbandes der entgegengesetzten Seite bewirkt, konnte Onodi nicht constatiren, ebenso wie Semon. Die vorgenommene Exstirpation des einen Rindencentrums rief keine Veränderung weder in der Stimmbildung, noch in den Bewegungen der Stimmbänder hervor. Werden beide Centra exstirpirt, ist das Resultat gleichfalls negativ. Nach Durchschneidung der Corona radiata beiderseits, also nach Durchtrennung der Fasern zwischen den Rindencentren und den grossen Ganglien, trat beim Thiere sowohl in der Stimmbildung, wie in den Bewegungen der Stimmbänder keine Veränderung ein. Die quere Durchschneidung der Medulla oberhalb der Vaguskerne veranlasst den sofortigen Verlust der Stimme; die Glottis klappt, die Stimmbänder können sich nach innen gar nicht bewegen, bei tiefen Inspirationen weichen sie nach aussen. Dasselbe Resultat ergiebt die isolirte Durchschneidung der Corpora quadrigemina an ihrer Basis. Es wurde auch beiderseits das Gebiet der Thalami optici zerstört, das Resultat war negativ, die Stimmbildung dauerte fort. Nach diesen Versuchen gelang es Onodi, die Corpora quadrigemina vom ganzen Hirnstamme loszutrennen und dadurch das Gebiet der Thalami optici von den Corpora quadrigemina zu scheiden. Nach den Experi-

menten stöhnte das Thier schmerzhaft und gab laute Töne von sich; die Stimmbänder näherten und entfernten sich. Es gelang Onodi, die vorderen Hügel von den hinteren loszutrennen, auch da blieb die Stimmbildung erhalten. Die quere Durchschneidung der Medulla oberhalb der Vaguskerne hat wiederholt das schon erwähnte Resultat gegeben, das heisst Verlust der Phonation und Adduction, Fortbestand der Abduction der Stimmbänder.

Es ist somit Onodi gelungen, ein Gebiet zu eruiren, dessen Erhaltenbleiben die Phonation und Adduction noch ermöglicht und welches sammt den hinteren Vierhügeln am obersten Theile des vierten Ventrikels 8 Mm. beträgt. Die obere Grenzlinie dieses Gebietes ist die die vorderen Vierhügel von den hinteren trennende Querfurche, die untere Grenzlinie eine von dieser Furche nach unten und hinten auf 8 Mm. zu ziehende quere Ebene. Das Intactbleiben dieses Gebietes ermöglicht Phonation und Adduction, wenn auch oberhalb desselben jede Verbindung mit dem Gehirn und den Gehirnganglien durchschnitten ist; vice versa hört Phonation und Adduction auf, wenn der Zusammenhang dieses Gebietes nach unten zu unterbrochen wird. Im letzteren Falle treten die Abductionsbewegungen der Stimmbänder auf die selbstthätige Function der Vaguskerne hin ein. Den bereits begonnenen weiteren Untersuchungen bleibt es vorbehalten, nachzuweisen, in welchem Verhältnisse das Rindencentrum und das von Onodi bezeichnete Centrum zu einander und zu dem Gebiete der Vaguskerne stehen. Ferner, in welcher Anordnung und wo die Nervenfasern von diesen Centren verlaufen, bis sie zum unteren Theile des verlängerten Markes gelangen.

Nach dem Vortrage demonstriert Onodi die Gehirne mit Durchschneidung der Corpora quadrigemina der Medulla oblongata etc., an welchen er seine Untersuchungen ausführte.

Discussion.

Dr. L. Réthi (Wien). Analog wie mit dem Phonationscentrum verhält es sich mit dem Kau- und Schluckcentrum; auch diese Functionen haben ihre Vertretung in beiden Hemisphären und die Fasern konnte ich von der Rinde ab in die Capsula int. und die Regio subthalamica verfolgen. In der letzteren liegt das Coordinationscentrum des Kauens und Schluckens; denn wird auch dieses abgetrennt, so kann man von den Querschnitten aus nur mehr einfache Contraction der Kau-muskeln ohne Coordination auslösen.

Grossmann erinnert, dass die Versuche Onodi's, bei denen er die Medulla oblongata in verschiedenen Höhen durchschnitt, in der Anordnung und Resultaten mit den analogen Versuchen Grossmann's sich decken.

Onodi anerkennt diesen Umstand als bekannte Thatsache, welche ohnedies in der ausführlichen Publication gewürdigt ist

Docent Onodi führt zwei Experimente aus im physiologischen Institute während der Sitzungen der laryngol. und physiolog. Sectionen. Im ersten Experimente extirpiert er beiderseits die bekannten Rindencentren; im zweiten Experimente durchtrennt er das Gebiet der Regio thalami von dem Corpus quadrigeminum. Die Phonation blieb in beiden Fällen ungestört, die Obduction zeigte die geplante Zerstörung und Durchtrennung der bezeichneten Gebiete.

4) Universitätsdocent Dr. A. Onodi (Budapest): Das Verhältniss des Accessorius zur Kehlkopfinnervation.

Die an Hunden in grosser Zahl vorgenommenen Ausreissungen des

Accessorius am Halse ergaben im Kehlkopfe keinerlei Veränderungen in den bekannten Bewegungen der Stimmbänder. Es wurden an Kaninchen und Hunden innerhalb der Schädelhöhle die Accessorii aus dem Foramen jugulare ausgerissen, und keinerlei Aenderung trat in den Bewegungen der Stimmbänder ein. Die Obduction bestätigte die vollständige Exstirpation des Accessorius. Die Durchschneidung des Accessorius spinalis, sowie die electricische Reizung desselben ergab ebenfalls negatives Resultat. Die einschlägigen, nach den verschiedensten Richtungen ausgeführten Versuche führten alle zu demselben Resultat, nämlich, dass die Nn. accessorii an der Innervation der Kehlkopfmuskeln nicht theilnehmen und auch die Bewegungen der Stimmbänder nicht beeinflussen. Diese Versuchsresultate erhalten in dem grösseren Theile der Literaturangaben, sowie in den neueren Untersuchungen — welche die Unstichhaltigkeit der Annahme eines Einflusses des N. accessorius auf die Schlundmuskeln und auf das Herz erweisen, ferner in der Thatsache, dass die klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen bis jetzt die Frage nicht in's Reine bringen konnten — eine Stütze.

Discussion:

Docent Dr. Grossmann freut sich, dass Dr. Onodi durch seine Experimente zu denselben Resultaten gelangt ist, wie er, glaubt aber, dass die Frage, ob der Vagus oder Accessorius der motor. Nerv des Kehlkopfes sei, in unwiderleglicher Weise erst dann entschieden sein wird, wenn es gelingt, die Grenze des Vagus- und Accessoriuskerns genau zu fixiren oder aber die Wurzelbündel, welche seitlich von der Med. obl. abgehen, genau zu classificiren.

Dr. L. Réthi (Wien): Die Widersprüche werden wohl zum Theile darauf zurückzuführen sein, dass nicht alle Autoren darüber einig sind, welche Nervenwurzelfasern zum Vagus und welche zum Accessorius gehören. Ein Theil der motorischen Nerven verläuft in den unteren Fasern des mittleren Wurzelbündels, diese müssen jedoch als Vagusfasern angesehen werden, weil sie aus demselben Kern entspringen, wie der Vagus, zu einem Bündel mit diesen vereinigt die Med. obl. verlassen, im For. pupulare sich wohl dem Accessorius anlegen, ohne mit demselben zu anastomosiren, und im weiteren Verlaufe den Accessorius wieder verlassen. Von diesem Standpunkte betrachtet, schliesse ich den Accessorius von der motorischen Innervation des Kehlkopfes sowohl, wie nach meinen Versuchen auch von der des Pharynx aus.

Dr. Onodi bemerkt, dass nach den bisherigen anatomischen und physiologischen Resultaten, die sich grösstentheils decken, es der klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchung vorbehalten sei, diese Frage endgiltig zu entscheiden.

5) Dr. Egmont Baumgarten (Budapest): „Ueber Eiterungen der Siebbeinzellen“.

An der Hand von kurz mitgetheilten Befunden liessen sich folgende Formen der ziemlich häufig beobachteten chronischen Eiterung der Siebbeinzellen unterscheiden: 1) einfache Caries und Necrose des Siebbeinknochens, 2) Caries-Necrose mit Eitersackbildung, 3) mit Polypenbildung, 4) mit ossificirender Tendenz, doch werden alle Formen als verwandte Processe angesehen, da bei allen die Erkrankung des Siebbeinknochens gemeinschaftlich ist. Es wurden nur die primären reinen Formen berücksichtigt. In vielen Fällen war Lues, in vereinzelt Tuberculose, Typhus, Scharlach, Influenza etc. als Ursache anzunehmen. Subjective Symptome

können auch ganz fehlen, am häufigsten war Schmerz in den Nasenbeinen, in der Schläfe vorhanden, seltener Schmerz im Auge, Unlust, Vergesslichkeit, Parosmie etc. Objectiv war immer Eiter sichtbar und mit der Sonde kranker Knochen fühlbar. In manchen Fällen sah man im mittleren Nasengange einen Schleimhautwulst mit einer Spalte oder einem Eitersack, Granulationen und Polypen, Schwellung und Rötthe um das Auge, im Gesichte. Die Prognose ist bei reinen Fällen günstig, wenn rechtzeitig operirt wird, doch die Gefahr des Weiterschreitens oft durch nichts aufzuhalten. Die Therapie besteht aus Auskratzung und Entfernung alles Krankhaften und Jodoformgazetamponade. Nachträglich wichtig ist fleissige Controle.

Discussion:

Dr. M. Hajek (Wien) verweist auf seinen ausführlichen Vortrag über Erkrankungen des Siebbeines, wobei er die Differenz hervorhebt, welche zwischen seinen Erfahrungen und denen Anderer besteht. Insbesondere kann er die Diagnose der „Caries“ nicht kritisiren, weil in der Nase leicht derartige Gefühle vorgetauscht werden. Auf diesen Befund werden aber weitgehende Schlüsse aufgebaut. Die Siebbeinerkrankungen sind durchaus nicht so häufig, als sie dargestellt werden. Um die Lehre von den Siebbeinerkrankungen mit Erfolg aufzubauen, müssen wir unbedingt die klinischen Erfahrungen mit den pathologisch-anatomischen Untersuchungen in Einklang zu bringen suchen.

Dr. Réthi (Wien) schliesst sich den Ausführungen Hajek's an, dass die Siebbeinhöhlenempyeme bei uns nicht so oft vorkommen, dass die Diagnose derselben schwierig und vorerst ein Kieferhöhlenempyem auszuschliessen sei, und nimmt Réthi diesbezüglich Grünwald in Schutz, als wären die Krankengeschichten ungenau; derselbe hebt in einer grossen Anzahl der Krankengeschichten vorerst hervor, wie es sich mit der Kieferhöhle verhält.

Dr. Roth erwähnt eines Falles von Auftreibung des vorderen Endes der mittleren Nasenmuschel, die mit andauernder Eiterung an der Nasenhöhle einherging und bei deren Eröffnung sich keine Erkrankung des Knochens, sondern ein über haselnussgrosser Polyp eingeschlossen in dieser Zelle vorfand und nach seiner Entfernung die Eiterung ohne jedwede weitere Therapie sistirte.

Dr. Weil sieht nicht ein, warum man, wenn man profuse Eiterung findet und mit der Sonde auf — natürlich unzweifelhaft — rauhen Knochen stösst, die Diagnose auf Necrose nicht direct machen darf, gerade so wie man an einer Extremität eine solche erkennt. Natürlich darf vorher gar kein operativer Eingriff gemacht worden sein. Eine Entscheidung durch die pathologische Anatomie würde erst dann sicher herbeigeführt werden, wenn ein Patient mit der klinischen Diagnose „Siebbeincaries“ zufällig zur Section käme. Zumindest müsste der exstirpirte Knochen histologisch untersucht werden, was Dr. Weil sowohl bei Grünwald als auch bei Baumgarten vermisst. Jedenfalls muss man Wrakes, Grünwald dafür dankbar sein, dass man jetzt weiss, wo man diese Krankheitsbilder unterbringen soll.

Chiari betont, dass er auch einige wenige Fälle, ähnlich den Grünwald'schen, beobachtet und behandelt habe. Nur macht er neuerdings aufmerksam, dass diese Fälle sehr selten sind und dass nicht jede raube Stelle auf Caries zu beziehen sei. Mit der Sonde kann man selbst in gesunder Nase auch bei geringer Kraftanwendung sehr leicht eine raube

Stelle fühlen, da die Schleimhaut an vielen Orten sehr zart ist. Auch nach Exstirpation von Polypen fühlt man oft rauhen Knochen, der gewiss nicht auf Caries zu beziehen ist.

E. Baumgarten hält daran fest, dass die Erkrankung des Knochens immer vorhanden ist, doch betont er noch einmal, dass man oft nur nach mehreren Untersuchungen die Diagnose sicher stellen kann. Operirte Fälle von Polypen zeigen am Grunde Erkrankung des Knochens, doch sind diese Fälle ganz auszuschliessen.

6) Dr. Thost (Hamburg) erörtert die Verhältnisse, unter denen eine Infection des Kehlkopfes mit Bacillen stattfinden kann. Hereditäre und erworbene Tuberculose sei zu unterscheiden, da die Bacillen nach neueren Untersuchungen durch die Eltern übertragen werden. Es wird dann über die ähnlichen Verhältnisse im Darm gesprochen und darauf hingewiesen, dass das mehr feuchte Klima Norddeutschlands für die Tuberculose nicht ungünstig sei.

Es wird dann ein Fall demonstrirt von solitärem Tuberkel im Larynx, der spontan heilte, ein Fall, der vor vier Jahren mit grossen Dosen Tuberculin behandelt wurde und vernarbt ist; auch heute noch sind mehrere Fälle von erworbener Tuberculose, einer durch Trauma veranlasst, die gleichfalls günstig verliefen.

7) Dr. L. Réthi (Wien): „Messung der Spannung der Stimmbänder“. Die Spannung der Stimmbänder wird mit einem scheerenförmigen Instrument, und zwar durch Spannung eines Federpaares gemessen, welches die Stimmbänder in ihrer Mitte von innen her eindrückt und die Glottis um eine gewisse Grösse erweitert. Dieses Federpaar, wie die Branchen einer Scheere während der Reizung der verschiedenen Kehlkopfmuskeln in die Glottis des curarisirten Thieres eingeführt, wird durch eine Schraubenvorrichtung auseinander getrieben, bis ein electricischer Contact die Erreichung der beabsichtigten Erweiterung anzeigt. Die an einer Theilung ersichtlichen Zahlen werden zur Eruirung der, den Grad der Stimmbandspannung anzeigenden absoluten Zahlen verwerthet. Die ausführlichen Resultate gelangen, da die Versuche noch nicht vollständig abgeschlossen, später zur Publication.

Discussion: Störk machte Versuche mit einem manometerartigen Instrumente, um die Spannung des Larynx in toto zu eruiren; insbesondere interessirten ihn diese Messungen bei geübten Sängern.

Die Messung geschah mit Berücksichtigung des Thorax-Umfanges — Messungen der Körperlänge — Messungen mit Hutchinson's Spirometer — all' diese Zahlenergebnisse hatten aber kein positives Resultat, so dass Störk diese Art Spannungsmessungen aufgegeben hat. Gleichzeitig betonte Störk, dass ihm dieses Instrument des Herrn Dr. Réthi ausserordentlich passend erschien, um auch später beim Menschen richtige Spannungsverhältnisse der Kehlkopfmusculatur zu finden.

8) Dr. Reinhard (Duisburg): „Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle, mit Demonstration des Präparates“.

Vortragender demonstrirt ein Präparat, welches vor sechs Wochen durch Totalresection des linken Oberkiefers einem 65jährigen Kranken entnommen wurde.

9) Privatdocent Dr. Paul Heymann (Berlin): „Ueber Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und im Larynx in Folge von Lues“.

Heymann berichtet über seine Erfahrungen betreffend die Verwachsungen und Verengerungen des Rachens und des Kehlkopfes im Gefolge der Lues. Es sind im Rachen wesentlich drei Stellen, an denen solche Verwachsungen vorkommen, dicht hinter den Choanen, am Uebergang des Nasenrachenraumes in den Mundrachenraum und dicht über die Epiglottis im unteren Schlundraum. Die Verwachsungen, die das Endresultat gummöser Geschwüre sind, sind fast stets circular angeordnet. Im Kehlkopfe handelt es sich meistens um membranoide Verwachsungen der wahren und falschen Stimmbänder, doch kommen auch Verwachsungen an anderen Stellen, sowie schiefe Verwachsungen, Knorpel-Verziehungen etc. vor.

Es ist häufig nicht möglich, dem geschwürigen Process Einhalt zu thun und bleibt nur übrig, die völlige Vernarbung abzuwarten und dann die chirurgische Behandlung der Stenose eintreten zu lassen, bei welcher sich die allmähliche Dilatation als die für die Mehrzahl der Fälle geeignetste erwiesen hat.

Bemerkenswerth ist das relativ häufige Vorkommen solcher Verwachsungen bei der hereditären Form des Lues.

Discussion:

Professor Pieniaczek trug einmal die Epiglottis ab, als dieselbe durch Narben nach rückwärts und unten gezogen war und dadurch Stenose des Larynx veranlasste. Excisionen der Narben verursachen manchmal starke Blutungen.

Dr. Thost fragt, ob sich sicher in den Fällen von sogenannter hereditärer Syphilis die Heredität nachweisen liess.

Heymann bemerkt auf die Frage des Herrn Thost, dass er selbstverständlich sich bemüht hat, bei seinen Fällen von hereditärer Lues nach anderen Zeichen dieser Erkrankung zu suchen und dass seine Bemerkungen in fast allen Fällen auch Erfolg gehabt haben.

Zu dem Beitrage des Herrn Pieniaczek fügt er hinzu, dass er in den Fällen, wo eine einfache Durchtrennung des Narbenstranges Erfolg versprach, auch nichts Anderes angewendet hat.

10) Professor Dr. Pieniaczek: „Beitrag zur Behandlung der Trachealstenose nach der Tracheotomie“. P. bespricht die Verengerungen, die in der Luftröhre bei Tracheotomirten auftreten, oder wegen welchen die Tracheotomie vorgenommen wurde. Zuerst erwähnt er die spontane Hyperplasie der Trachealschleimhaut, die die Stenose der Trachea neben oder ohne Kehlkopfstenose verursachen kann. Dann führt er Stenosen an, die durch die Reizung der Schleimhaut durch das untere Canülenende entstehen, hier tragen Granulationswucherungen oder Wulstung der Schleimhaut an der Stenose Schuld. Er untersucht die Luftröhre durch die Trachealfistel unter Gesichtscontrolle und behandelt auch dieselben auf demselben Wege. Es kommt hier die Abzweigung der Granulome, Excochleation der Wülste und systematische Dilatation in Betracht. Zu der letzteren verwendet der Vortragende abgeschnittene Oesophagus- oder Urethralcatheterstücke, je nach dem Alter des Kranken. Kurz erwähnt er noch die Neubildungen, entzündlichen Zustände u. dergl. als mögliche Ursachen der Stenose und demonstirt von ihm aus den Brochien extrahirte Fremdkörper, als: einen Schiessbolzen, zwei Canülen, ein Stück Kork und eine doppelte Stecknadel.

Discussion:

Dr. Thost erwähnt eines Falles, wo trotz sorgfältiger Behandlung

der Schleimhaut der polypös entarteten Trachea die Entfernung der Canüle unmöglich war, weil durch die Entzündungsvorgänge die zarten Trachealringe, ähnlich wie bei Strumen zu Grunde gegangen waren und die Trachea wie ein schlaffer Sack sich zusammenlegte. Thost hat dann die von Mikulicz angegebenen, im Lehrbuch von Gottstein abgebildeten Glascanülen, später auch dieselben Canülen aus Gummi eingeführt, das Kind athmete damit gut, aber bei Entfernung der Canüle trat Dyspnoe ein; die Canüle musste liegen bleiben, weil die Trachea sich zusammenlegte.

Störk bespricht die Schwierigkeiten, die sich oft dem Decanülement bei kleinen Kindern entgegenstellen, und wünscht zu wissen, ob Pieniaczek's Methode dabei gute und schnelle Resultate ergibt.

Professor Pieniaczek erwidert, dass er nicht über die Schwierigkeiten der Decanülation, sondern über Trachealstenosen bei Tracheotomirten sprechen wollte, er wäre zufrieden, wenn die Schwierigkeiten der Decanülation nur auf denjenigen Veränderungen beruhten, die durch das Canülenende verursacht werden. Was die Erweichung der Luftröhre anbelangt, so kennt er sie und hat sie bei kleinen Kindern durch seinen Trichter gesehen. Die hintere Wand drängt sich hier an die vordere bis zur Berührung, was besonders beim forcirten Exspirium, Husten, Drängen u. dgl. vorkommt. Da athmet das Kind bei zugestopfter Canüle ganz leicht, nach der Entfernung derselben aber bekommen sie suffocative Anfälle, besonders beim Husten, sobald sich die Fistel schon zusammengezogen hat, oder es tritt der Anfall im Schlafe auf.

Dr. Thost erwähnt noch, dass er, wie er in Halle schon demonstirte, eine Reihe von über der Canüle gelegenen narbigen Stenosen behandelte mit soliden Zinnbolzen, die von der Fistel aus eingeführt werden, und bei Kindern, die vergebens operirt waren, auf mechanische Weise dilatirend, Heilung erzielte. Auch ein Erwachsener wurde, nachdem er Jahre lang mit Röhren und operativ behandelt war, mit dieser Dilatationsmethode endgiltig geheilt. Thost legt Werth darauf, dass die Dilatationsinstrumente schwer, am besten aus Zinn seien, Röhren, Gummibolzen führen nicht zum Ziel.

11) Docent Dr. Onodi referirt von einem Experiment, welches er in der heutigen Sitzung der physiologischen Abtheilung unter dem Vorsitze des Prof. Grützner ausgeführt hat; bei dem Thiere wurde das Gebiet der Thalami optici vom Corpus quadrigeminum quer durchtrennt und die Phonation blieb ungestört. Die Obduction bestätigte die Durchtrennung. Onodi demonstirt das herausgenommene Gehirn.

12) Dr. Gottfried Scheff: „Beiträge zur Physiologie und Anatomie der menschlichen Nase“.

Welchen Weg nimmt der Luftstrom in der Nase?

Nach Berücksichtigung der einschlägigen Literatur theilt Scheff die nach seinen Experimenten gewonnenen Resultate mit. -- Die Experimente zerfallen in zwei Gruppen:

1. Gruppe: Experimente, welche an Leichnamen angestellt wurden und zum Resultate hatten, dass der Luftstrom der Hauptmasse nach seinen Weg durch den mittleren Nasengang nimmt. Die alte Eintheilung in eine Reg. resp. und Reg. olf. somit physiologisch nicht berechtigt erscheint. Ferner dass selbst beim gewöhnlichen Athmen Geruchswahrnehmung stattfindet und dass die Function der Nebenhöhlen, wonach diese auf mechanischem Wege den Riechakt begünstigen sollen,

wie Braune und Clasen annehmen, experimentell nicht bestätigt erscheint. Endlich, dass nur der Niessakt aspirierend auf den Inhalt der Nebenhöhlen wirken könne.

2. Gruppe: Bis jetzt für dieses Organ ganz neu und die Architectonik der inneren Nase darstellend (Ausgussmethode). Dadurch erscheint der Grundsatz, dass es nur einen weiten und hindernislosen Weg für den Luftstrom giebt und dass dieser der mittlere Nasengang ist, auffällig bewiesen.

Discussion:

Docent Roth bemerkt, dass die meisten Patienten bei Verstopfung des mittleren Nasenganges nie über verminderte Durchgängigkeit der Nase geklagt haben, wohl aber, wenn das Hinderniss sich im unteren Nasengange befand. Er unterscheidet ein actives Athmen und ein automatisches und glaubt, dass nur beim activen Athmen die Hauptmenge des Luftstromes den mittleren Nasengang passire.

Kayser (Breslau): Ich constatire zunächst mit Befriedigung, dass die Resultate der von Herrn Scheff vorgetragenen Versuche übereinstimmen mit meinen vor einigen Jahren gemachten Experimenten. Es ist mir aber seiner Zeit gelungen, diese Verhältnisse auch an Lebenden mit meiner Methode darzustellen, und zwar dadurch, dass ich mit Magnesiastaub beladene Luft einathmen liess. Damit erledigt sich der Einwand des Herrn Roth, dass die experimentell nachgewiesene Luftströmung nur bei forcirtem Athmen stattfindet.

Dr. M. Hajek: Scheff ist nicht der Erste, welcher die anatomischen Verhältnisse durch Abgüsse der Nasenhöhle und der Nebenhöhlen klarzustellen gesucht hat. Siebenmann in Basel hat schon vor Jahren Wachsaugüsse gemacht und dieselben demonstriert.

Dr. Roth erwidert, dass er nur die pathologischen Fälle im Auge hatte und die Ergebnisse der Experimente durchaus nicht anzweifeln wollte.

Dr. G. Scheff nimmt das Schlusswort und erklärt, dass er durch Collegen Kayser jeder weiteren Erwidering enthoben ist, da er sich den Auseinandersetzungen des genannten Collegen anschliesst.

13) Dr. Arthur Hartmann (Berlin) demonstriert:

1) Frontale Serienschnitte durch die Nase des Fuchses.

2) Photographische Wandtafeln nach Präparaten seiner Sammlung:

a) Deviationen der Nasenscheidewand, b) anatomische Verhältnisse des Sinus frontalis und des Ductus nasofrontalis; c) Anomalien der Highmorschöhle.

3) Instrumente: a) Doppelringzangen; b) Scheere zur Abtragung der unteren Muschel. Als Indication die Stenosirung und Herstellung eines freien Zuganges zur Zerstörung von Nasenrachentumoren; c) Bügel zur Befestigung der Nadeln für Electrolyse am Patienten.

14) Prof. Chiari: „Ueber Lymphosarcom des Rachens“.

Auf Grundlage der Literaturangaben und zwei eigener, durch viele Monate bis zum Tode beobachteter Fälle giebt Chiari ein kurzes Bild dieser seltenen Erkrankung:

Sie beginnt mit der Bildung eines grösseren Tumors (namentlich gerne an der Mandel) oder einer Gruppe von dichtstehenden, kleinen Infiltraten an den Wänden des Rachens. Bald kommt es zum Zerfall, theils oberflächlichem, theils tiefgehendem. Die so entstandenen Geschwüre wurden oft für Diphtherie oder namentlich Syphilis gehalten;

sie heilen meist, wenn auch nur theilweise. Bald kommen aber neue Infiltrate. Dieselben persistiren, oder vereitern, oder verjauchen, oder schwinden auch (manchmal in wenigen Tagen) ohne jede entzündliche Erscheinung. Diese Prozesse spielen sich oft durch viele Monate an verschiedenen Orten des Rachens ab. Gewöhnlich werden die regionären Lymphdrüsen bald inficirt. Endlich kommt es zur Bildung grosser Tumoren im Rachen, Munde, Oberkiefer, zur Ausbreitung des Processes in die Orbita und Schädelhöhle und in den Larynx. Eiterungen, Jauchungen, Schling- und Athembeschwerden und oft cerebrale Erscheinungen führen endlich zum Tode nach einem Leiden von vielen Monaten bis über ein Jahr hinaus.

Die Diagnose ist bei längerer Beobachtung nach den obigen Angaben leicht. Besonders der Wechsel von Neubildung, Zerfall, Resorption ist charakteristisch. Im Anfange leicht Verwechslung mit Syphilis. Es wird dann die Differentialdiagnose gegen Syphilis, Lupus, Tuberculose, Carcinom und Sarcom besprochen, wobei oft histologische Untersuchung ausschlaggebend ist, namentlich im Anfange. Als Therapie ist Arsen und palliatives, chirurgisches Eingreifen zu empfehlen.

15) Prof. Störk: „Ueber Lymphosarcom des Rachens und des Kehlkopfes“.

Prof. Störk zeigt, dass durch die neuen Untersuchungsmethoden unsere Kenntniss um eine grosse Reihe von Krankheiten, die wir und alle anderen Aerzte falsch, und zwar bis in die jüngste Zeit unrichtig diagnosticirt haben, durch feinere anatomische und microscopische Untersuchungen klargelegt wurden. Durch die Erkennung des Rhinosclerom-Bacillus hat die grosse, unaufhaltbare und unheilbar gewordene Gruppe von Lues hereditaria ihre Einengung gefunden, oder, richtiger gesagt, auf die Diagnose Rhinosclerom zurückgeführt werden können.

Ebenso erging es mit der sehr oft undefinirbaren Diagnose von Scrophulose.

Man hat es kaum auszusprechen gewagt, dass starke, gesunde Menschen, die nie früher im Leben krank waren, nun ihre Drüenschwellung und Drüsenvereitungen bekamen, unter der Flagge Scrophulose geführt und behandelt wurden, bis man endlich den Strahlenpilz fand, der durch eingeführte Speise, zerkaute Aehren oder Fruchtkerne in den Mund kam und mit den an ihnen haftenden Pilzen (Actinomycespilzen) das Individuum auf Jahre hinaus vergiftete oder, richtiger gesagt, an den unterschiedlichsten Stellen in den Drüsen des Unterkiefers zum Ausbruche kam.

In diese Reihe der bisher gar nie im Leben richtig diagnosticirten Erkrankungen gehört das Lymphosarcom.

Alle Fälle von Lymphosarcomen wurden bisher nur am Sectionstische oder in vivo nur durch Herausschneiden eines exulcerirten Tumors oder eines Partikels, und dann nur durch die microscopische Untersuchung erkannt.

Die Sammlung von Lymphosarcom-Präparaten und deren lichte und klare Beschreibung durch Prof. Kundrat hat es dem Vortragenden möglich gemacht, auch in vivo die Diagnose eines Initialstadiums zu erkennen.

Die zwei Fälle, die Prof. Störk in einem Separatabdruck aus der Wiener medicinischen Wochenschrift den Gästen der LXVI. Naturforscherversammlung übergab, finden in demselben, welcher gleichsam als Festschrift dient, eine genaue Beschreibung.

Discussion:

Docent Dr. Grossmann meint, dass in Anbetracht des Umstandes, dass er selbst vor zwei Jahren in wenigen Monaten drei Fälle — incl. des von Chiari citirten Albert'schen Falles — gesehen hat, Lymphosarcom in der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle allem Anscheine nach nicht selten vorkomme.

Eine grosse Aehnlichkeit findet er u. A. auch zwischen Actinomyose und Lymphosarcom. Als differential-diagnostisches Moment zwischen Syphilis und Lymphosarcom des weichen Gaumens hebt er die frühzeitige totale Paralyse beim letzteren Prozesse hervor.

Dr. M. Hajek hält die Vorträge der Professoren Chiari und Störk für sehr wichtig in Bezug auf die Erkenntniss dieser bisher so selten beobachteten Krankheitsformen. Bei der Demonstration eines Falles des Prof. Störk erinnerte sich Redner, dass er einen ähnlichen Fall, mit glasartiger Infiltration der hinteren Rachenwand und der Epiglottis sowie der aryepiglottischen Falte, seit längerer Zeit in Behandlung hat, den derselbe bisher nicht wusste, wie er ihn deuten sollte. Redner hatte etwas Aehnliches sonst nie gesehen.

Dr. Franz Spitzer theilt die Krankengeschichte eines Falles von Sarcom des Nasenrachenraumes mit, den er vom Beginn der Erkrankung bis zum Exitus beobachtet hat.

Prof Pieniaczek bemerkt, dass das Lymphosarcom der Mandeln früher viel seltener zu sein schien, als jetzt. Im Jahre 1874 war in der Literatur nur ein Fall von Billroth bekannt, seit der Zeit hat P. vier Fälle (drei, bei denen die Pharyngotomia lateralis ausgeführt wurde) gesehen. Ausserdem erwähnt er drei andere Fälle, die vielleicht der Lymphosarcomatose zugezählt werden dürften, wo aber die microscopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde, auch nach dem Tode die Necropsie ausblieb.

Dr. L. Réthi (Wien) hat in einem Falle, bei dem die Tumormassen ihren Sitz hauptsächlich am Rachendach hatten und bei dem er dieselben ohne dauernden Erfolg auf blutigem Wege entfernt hatte, und Jodkali und Arsen ebenfalls ohne Erfolg gegeben wurden, mit einer 0,5 procentigen Pyoctaninlösung Injectionen gemacht und ein rasches Schwinden des Tumors beobachtet. Es trat unter meningitischen Erscheinungen letaler Ausgang ein, doch wären bei der geringen Auswahl der zur Verfügung stehenden Mittel jedenfalls Versuche in dieser Richtung zu empfehlen.

Prof. Juffinger erwähnt, dass bei einem Falle, den er vom Beginne an zu beobachten Gelegenheit hatte, das erste Symptom häufige, jedoch geringe Blutungen aus der Nase und aus dem Munde war, und fordert auch auf, diesem Symptom besonderes Augenmerk zu schenken.

Dr. Thost bemerkt, dass ähnliche Fälle von malignen Tumoren der Tonsillen mit zahlreichen und mächtigen Metastasen gar nicht so selten vorkommen.

Prof. Chiari betont die Wichtigkeit der Unterscheidung des Lymphosarcoms von den Lymphomen, von der Leukämie und Pseudoleukämie etc., welche Kundrat in so klarer Weise durchgeführt hat.

16) Dr. M. Hajek: „Ueber Atrophie und Pseudatrophie der Nasenschleimhaut“. Ueber das Verhältniss der Nebenhöhlenerkrankungen zu den Veränderungen der Nasenschleimhaut sind die Ansichten verschieden. Einige Autoren neigen der Meinung zu, dass bei der Ozaena häufig Nebenhöhlenerkrankungen vorhanden sind, andere und auch der

Redner glauben, dass das Gegentheil das Richtige sei. Nach der Ansicht des Vortragenden ist dieser Gegensatz der Anschauungen dadurch begründet, erstens, dass es atrophieähnliche Zustände in der Nase giebt, welche aber keine Atrophie repräsentiren. Ein anderer Grund mag darin liegen, dass einzelne Autoren jede erheblichere Secretion der Nasenschleimhaut unbedingt auf eine Nebenhöhlenerkrankung zurückführen, ohne indess hierfür den Beweis in einer jeden Zweifel ausschliessenden Weise erbracht zu haben. Insbesondere giebt es eine Form des klinischen Bildes, welche sehr leicht den Anschein erwecken kann, dass es sich nur um einen pseudatrophischen Zustand, theilweise sogar um Hypertrophie gehandelt hat. Thatsache ist, dass es sich bei der typischen Atrophie, wobei auch in dem mittleren Nasengange und an der mittleren Muschel keinerlei Hypertrophien vorhanden sind, nur sehr selten um eine Erkrankung der Nebenhöhle handelt. Wenn auch zuweilen in diesen letzteren Fällen Eiterknollen in dem mittleren Nasengang und in der anderen Partie der Fissura olfactoria vorkommen, so zeigt es sich dort bei genauer Untersuchung, dass dieser consistente eitrigte Schleim doch nur an Ort und Stelle von der Nasenschleimhaut secernirt wird, was ja auch nichts Wunderbares ist, da ja die Nasenschleimhaut sehr reich an Schleimdrüsen ist. Schliesst man die zahlreichen Fälle von Pseudatrophie aus, welche nicht zur typischen Ozaena führen, und geht man in der Annahme der Nebenhöhlenerkrankungen, insbesondere des Siebbeinlabyrinthes und der Keilbeinhöhle rigoros vor, dann decken sich die klinischen Beobachtungen so ziemlich mit den anatomischen Resultaten, welche zeigen, dass bei der Ozaena nur ausnahmsweise die Nebenhöhlen afficirt sind.

Discussion:

Dr. Baumgarten scheidet das klassische Bild der Rhinitis atrophica mit Ozaena von den häufiger vorkommenden scheinbaren Fällen von Rhinitis atrophica, die im Kindesalter bei Nebenhöhlenerkrankungen etc. vorkommen und im Gegensatze zur ersten Form heilen können.

Bresgen (Frankfurt a. M.) möchte die Atrophie nicht als bezeichnendes Merkmal ferner betrachtet wissen, da dieses Zeichen beim Lebenden immer nur sehr unbestimmt festgestellt werden kann; in den meisten Fällen handelt es sich nicht um eine vollkommene Atrophie, wo dann also durch Behandlung wohl eine Besserung der angenommenen Atrophie erzielt werden kann. Ein festes Anliegen der Schleimhaut auf dem Gerüste genügt jedenfalls nicht, eine Atrophie anzunehmen; die Schleimhaut muss vielmehr auch sehr verdünnt sich anfühlen. Ferner sollte man nicht sagen: Eiterung einer Nebenhöhle oder der Nasenhöhle, sondern Herdeiterung oder Flächeneiterung der Nase. Denn Herdeiterung im mittleren Nasengange kann nicht als Eiterung der Nase bezeichnet werden, während doch auch keine Nasenhöhle erkrankt zu sein braucht; es liegt vielmehr eine Herdeiterung vor, die zum Gegensatze eine Flächeneiterung hat. Die Diagnose einer Nebenhöhleneiterung sollte auch nicht durch eine Ausspritzung der Höhle gestellt werden; es müsste denn nach sorgfältiger Reinigung der Nasen- und Rachenhöhle noch so reichlich Eiter entleert werden, dass dieser zweifellos nicht aus Nasen- oder Rachenhöhle stammen kann.

Dr. M. Hajek: Ich halte daran fest, dass sich die Diagnose einer Nebenhöhlenerkrankung nur dann einwursfrei machen lässt, wenn nach gründlicher Reinigung der Nasenschleimhaut die Durchspritzung durch

eine in die Nebenhöhle eingeführte Canüle Eiterbeimengung im Spülwasser aufweist. Aus einer Beimengung von einigen Schleimflocken wage ich niemals auf eine generelle Erkrankung der Nebenhöhle zu schliessen.

17) Dr. Panzer (Wien): „Ueber tuberculöse Stimmbandpolypen“.

Unter den tuberculösen Geschwülsten des Larynx sind die der Stimmbänder am seltensten beobachtet; an denselben finden sich meistens Infiltrate, die bald zerfallen. Von tumorartigen tuberculösen Bildungen am Stimmbande sind zwei Formen beschrieben: papilläre Wucherungen und polypenähnliche Gebilde. In der Literatur sind bisher 8 Fälle, die hierher zu zählen sind, beschrieben. Dazu kommen noch 3 Fälle, die aus der Ambulanz und Privatpraxis des Professor Chiari stammen. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein Stimmbandfibrom, das vor mehr als 2 Jahren operirt wurde und bei dem 4 Monate nach der Operation eine Recidive in der Form eines Polypen auftrat, bei dessen Untersuchung sich als Diagnose Tuberculose ergab. Seitdem ist Patient gesund geblieben. Beim zweiten Falle bestanden papilläre Excrescenzen auf dem linken Stimmband, die sich ebenfalls erst bei der histologischen Untersuchung als tuberculös herausstellten. Im dritten Falle war wieder ein anscheinend gewöhnlicher Stimmbandpolyp vorhanden gewesen, bei dem microscopisch die Zusammensetzung aus tuberculösem Granulationsgewebe nachgewiesen wurde.

Die beim ersten Falle circumscribt auftretende Tuberculose dürfte auf locale Infection der Wunde zu beziehen sein. Die Fälle von „tuberculösen Polypen“ würden wohl zahlreicher sein, wenn die Polypen, die extirpirt wurden, histologisch untersucht würden. Die Behandlung soll in Abtragung der Tumoren und Aetzung der Wunde bestehen.

Discussion:

Thost meint, dass auch diese Fälle nicht beweisen, dass der Larynx primär und die Lungen secundär erkrankt seien, da nicht überimpft wurde, auch keine Probeinjectionen mit Tuberculin oder Tuberculocidin gemacht wurden.

Dr. Ronsburger fragt, ob das Sputum des Patienten untersucht wurde.

Dr. Panzer erwidert, dass ein Auswurf nicht vorhanden war.

Aronsohn (Ems und Nizza) glaubt zwei Fälle von primärer Larynx-tuberculose gesehen zu haben. Bei dem ersten Falle war an der Lunge nichts Abnormes nachzuweisen, im Kehlkopf typische tuberculöse Geschwüre. Zwei Jahre später ist Patient von einem Specialcollegen, da an den Lungen nichts Pathologisches gefunden werden konnte, die schon sehr weit vorgeschrittene Affection im Kehlkopf als Lues gedeutet worden (obgleich Patient versicherte, nie Lues gehabt zu haben) und mit einer Quecksilbercur behandelt worden. Einige Wochen später starb Patient an der Kehlkopftuberculose. Der zweite Fall ist wiederholt von Schrötter untersucht, wiederholt auch von anderen bedeutenden Aerzten und Specialärzten (in Odessa, Kiew, Paris), und niemals wurde an der Lunge etwas Verdächtiges gefunden. Verwandte, auch eine Schwester des Patienten, sind an Tuberculose gestorben. Die Halsaffection des Patienten wurde von Schrötter wegen mangelnden Lungenbefundes nicht als Tuberculose gedeutet; alle anderen Specialcollegen, namentlich die den Patienten in Paris gesehen, und der Vorsteher der chirurgischen

Klinik in Paris, der den Patienten wegen Athemnoth tracheotomirte, erklärten die Halsaffection für tuberculös: dieser Diagnose schloss ich mich auch an, als ich den Patienten ein halbes Jahr später sah.

Dr. Koschier (Wien) erwähnt einen Fall von angeblicher primärer Larynxtuberculose, bei welchem doch bei der Section alte tuberculöse Narben gefunden worden sind.

Zugleich erwähnt er drei ähnliche Fälle von tuberculösen Stimmbandpolypen, die auf der Klinik operirt worden sind. Bei diesen lautete die Diagnose auf Tuberculose.

Chiari bemerkt zu Panzer's Fällen, dass er selbst einen dieser Polypen in Serienschnitte zerlegte und deshalb nicht auf Tuberkelbacillen untersuchen konnte, da alle Schnitteschnitte in Canadabalsam eingebettet waren.

Bei dem Falle Muhle sind deutliche Tuberkel vorhanden mit Riesenzellen; doch sollte man noch auf Bacillen färben.

Im dritten Falle, den Chiari selbst beobachtete und histologisch untersuchte, fanden sich im Sputum viele Bacillen. In den papillären Wucherungen Tuberkel mit Riesenzellen.

18) Dr. Hajek demonstrirt einen Fall von Tuberculose der Epiglottis, welche er total entfernte. Darauf erholte sich der Patient sehr und nahm um 20 Kilo zu, doch bildeten sich Lupusknoten an der Gesichtshaut.

Dr. Koschier hat den Fall vor drei Jahren gesehen und damals die Diagnose auf Lupus gestellt.

19) Dr. Adolf Heller (Nürnberg) stellt die principielle Frage zur Discussion, ob es selbstständige, rein primäre Erkrankungen des Kehlkopfes giebt? und welche?

Er ist der Ansicht, dass mit Ausnahme der traumatischen die Mehrzahl derselben secundär sind, entweder bedingt durch Allgemeinerkrankungen oder fortgeleitet von den oberhalb des Larynx gelegenen Luftwegen. Er möchte deshalb auch bei der Therapie auf die örtliche Behandlung der obersten Luftwege das Schwergewicht gelegt und das directe Eingehen mit Instrumenten in den Larynx nach Thunlichkeit beschränkt wissen.

Discussion:

Dr. Réthi spricht sich dagegen aus, dass die Catarrhe des Larynx stets mit Nasen- und Rachencatarrhen einhergehen, dass gutartige Laryngeschwülste nur dann vorkommen, wenn diese genannten Organe erkrankt sind, und namentlich verwarht er sich dagegen, dass es gelingen kann, durch Spülungen catarrhalische Schleimhautveränderungen zu beheben.

Aronsohn (Ems-Nizza) lässt in den meisten Fällen das Emser Wasser nicht in die Nase eingiessen, weder mit dem Theelöffel (M. Schmidt), noch mit einem der von B. Fränkel und Broich angegebenen Gläser, sondern empfiehlt, das Emser Wasser in Blutwärme langsam, sehr langsam und ruhig aufzuziehen, weil es nur so möglich ist, dass auch die hochgelegenen Nasen- und Pharynxtheile gespült werden. Beim Durchgiessen geht das Wasser längs des nach hinten und unten geneigten Nasenbodens und Zäpfchens in den Mund.

Bei Schwellungen der falschen Stimmbänder sind durch solche Prozeduren selten Erfolge zu sehen; eher schon bei Pachydermien des Larynx, auch selbst bei den typischen schalenförmigen Verdickungen an dem Proc. voc. Contraindicirt ist das Aufziehen bei acuten oder chronischen infectiösen Entzündungen der Nase (Influenza).

Chiari glaubt, dass die Irrigationen allein nur sehr selten helfen.

Dr. Bloch (Freiburg i. B.) verwahrt sich gegenüber dem Vorwurfe Heller's, dass die Laryngologie den Zusammenhang mit der übrigen Medicin etwas zu sehr vernachlässige und verweist kurz auf seine 1889 erschienene Arbeit über die Pathologie der Mundathmung, welche sich bemüht, die bezüglichen Verhältnisse von allgemeineren Gesichtspunkten aufzufassen.

20) Goldschmid demonstrirt einen Patienten, der sich zufällig in Wien befindet, vor acht Jahren als schwer tuberculös behandelt wurde, ausser grossen Tumoren im Kehlkopf auch Allgemeinerscheinungen schwerer Tuberculose hatte. Die Tumoren waren so gross, dass häufige Suffocationserscheinungen eintraten. In einem solchen Anfalle wurde der Patient von Dr. Fischer (Meran) tracheotomirt. Von Stunde an trat ein Stillstand des schweren Processes, eine Rückbildung der Tumoren und ein Ausheilen des Lungenprocesses ein. Patient hat sich erholt, ist dick geworden, arbeitsfähig und kann seinem Berufe als Chemiker und Microscopiker nachgehen. Bacillen, die vor der Operation sich im Sputum zahlreich fanden, sind kurz nach derselben völlig geschwunden. Im Kehlkopf selbst sind allerdings immer noch Zeichen von localer Tuberculose vorhanden.

21) Prof. Dr. H. L. Wagner (San Francisco): „Ueber die Verwerthung des Antroscopes bei Erkrankungen der Highmorshöhle“.

Demonstration eines Antroscopes.

Das Antroskop kann mit Vortheil in allen hartnäckig verlaufenden Antrum-Highmore-Erkrankungen benutzt werden, jedoch nur, nachdem die Alveolaröffnung in diese Höhle geschaffen ist.

Das Instrument bietet den Vortheil, dass es sich nach verschiedenen Richtungen hin — allerdings nur um eine Axe — drehen lässt, und man daher verschiedene Theile dieser Höhle untersuchen kann. Dasselbe erhält seine Beleuchtung von Reiniger's Panelectroscop.

22) Dr. Baurowicz (Krakau): „Scleroma laryngis sub forma sclerosis interarytaenoideae“.

Es handelt sich in diesem Falle um eine seltene Betheiligung der hinteren Wand. Wegen der Schrumpfung des Infiltrates kam es zur vollständigen Annäherung der Aryknorpeln und Fixation derselben, so dass die Glottis eine sehr schmale Spalte bildete. Man hat endolaryngeal mit der Curette das Infiltrat wegnehmen wollen, wegen der starken Athemnoth aber hat man Tracheotomie machen müssen. Nach einigen Tagen hat man versucht, die Regio interarytaenoidea mit dem Kehlkopfmesser einzuschneiden, es traten die Aryknorpeln ein wenig auseinander und bewegten sich etwas. Da man aber gesehen hat, dass das endolaryngeale Curettement unzureichend wird, wählte man die Laryngofissur mit Auskratzen des Infiltrates. Die Aryknorpeln traten auseinander, blieben beweglich und die Glottis stellte eine normale Breite vor, so dass man nach einiger Zeit die P. decanüliiren konnte.

23) Dr. Baurowicz (Krakau): „Einige Worte wegen der bacteriologischen Untersuchung des pathologischen Secrets der oberen Luftwege“.

Man soll in allen Fällen der sogenannten Chorditis hypertrophica inferior, wenn man nichts hat, was uns für Sclerom spricht, aus dem Nasen- und Kehlkopf-Secreten Impfungen machen, auch im Falle, wo ein

untersuchtes Stück vom Kehlkopfe für Sclerom spricht, um dann nicht von primärer Form des Kehlkopfscleroms sprechen zu können. Wichtiger ist die Impfung in Fällen, wo das Stück von Chorditis hypertrophica untersucht keine charakteristische Structur für Sclerom zeigt, was sonst auch bei den typischen Veränderungen in der Nase oder dem Nasenrachenraum vorkommen kann. Auf diese Weise wird man sich überzeugen können, ob alle Fälle von Chorditis hypertrophica ihre Aetiologie im Sclerom haben. Der Vortragende hat sich überzeugt, dass die Impfungen direct auf Agar-Agar am bequemsten und am schnellsten sind; auf diesem Wege untersuchte er auch die herausgenommenen Stücke, ohne aber die histologische Untersuchung zu unterlassen.

Discussion:

Dr. M. Hajek: Ich kann der Untersuchung des Secrets allein nicht jene Beweiskraft beimessen, welche der Untersuchung und der Cultivirung der excidirten Stücke zukommt.

Es kommen schon normalerweise Kapselcoccen in der Nase und in den oberen Luftwegen vor, welche microscopisch nicht mit Sicherheit als Rhinosclerombacillen zu deuten sind.

Ich bin daher der Ansicht, dass, wo es nur möglich ist, der Beweis durch Excision der Stücke und Cultivirung letzterer erbracht werden soll.

Dr. Koschier glaubt, dass die bacteriologische Untersuchung des Nasensecretes, speciell jenes des Nasenrachenraumes, für die Sicherstellung der Diagnose auf Rhinosclerom massgebend sei. Ihm ist der culturelle Nachweis der Sclerombacillen im Nasensecret bei allen den von ihm untersuchten Kranken gelungen. Die Differentialdiagnose zwischen Sclerombacillen und gewöhnlichen Kapselcoccen (Friedländer) ist nicht so schwer, da genug differentialdiagnostische Merkmale zur Verfügung stehen.

Docent Dr. Grossmann: Die Frage, ob es ein primäres Sclerom des Larynx giebt, oder ob es nur immer consecutiv von der Nase sich fortsetzt, hat analoge Schwierigkeiten, wie die Frage, ob es eine primäre Larynxtuberculose giebt oder nicht. Mit Bezug auf die Erscheinung der Subchorditis vocalis hypertr. hebt er hervor, dass, wenn das Sclerom auch in der grössten Mehrzahl der Fälle unter dieser Erscheinung im Kehlkopfe auftritt, so kommt diese Erkrankungsform doch sehr häufig vor, wo es sich ganz bestimmt nicht um Sclerom handelt. Er verweist auf einen Fall, den er an der Klinik Schrötter vor vielen Jahren beobachtet hat, wo die unterhalb der Stimmbänder bestandenen Wülste sich fast in der Medianlinie berührt haben und wegen eminenten Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht werden musste. Nach wenigen Monaten sind die erwähnten Wülste unter dem Gebrauche der Canüle spontan geschwunden.

Chiari fragt, ob bei Grossmann's Fall nicht eine acute, catarrhische, rothe Schwellung unter der Glottis vorhanden war. Diese Wülste gehen bekanntlich leicht zurück. Bei Pseudocroup sah Chiari solche Wülste öfters.

Prof. Dr. Juffinger macht aufmerksam, dass es bei einem alten, scleromatösen, subchordalen Infiltrate sich ereignen kann, dass die histologische Untersuchung extirpirter Theile kein Scleromgewebe ergiebt, da in solchen Fällen der Process in den oberen Schichten abgelaufen und nur eine Vermehrung des Bindegewebes und Verdickung des Epithels zurückgeblieben ist.

Prof. Pieniaczek bemerkt, dass alle die Fälle, die Baurowicz besprochen, aus seiner Abtheilung stammen, und die waren wirklich nur

Scleromfälle, das berechtigt aber nicht zum Schlusse, dass jeder Fall von Chorditis hypertroph. infer. ein Sclerom ist. Vor Allem hat er bei Kindern nach mehrmals vorausgegangenen Pseudocroupanfällen eine chronische Wulstung der Schleimhaut unter den Rändern der Stimmbänder gesehen, dann hat er auch zwei Fälle bei Erwachsenen gehabt, wo wegen chronisch entstehender Stenose bei Chorditis hypertroph. infer. die Tracheotomie ausgeführt wurde, und die Wülste verschwand nachher binnen einigen Wochen. Bei Perichondritis, meint er, können Fälle vorkommen, die ganz das Bild der Chorditis hypertroph. infer. bieten, es sind seltene Fälle, wo die Unbeweglichkeit der Aryknorpel fehlt. Zuletzt erwähnt er, dass Fälle, die Störk als Blennorrhoe einst beschrieben hat, alle eine Rhinitis atrophica und meist Veränderungen im vorderen Glottiswinkel boten, während in keinem Hyperplasie unter den Rändern der Stimmbänder war.

24) Lichen ruber laryngis von Professor Juffinger (Innsbruck).

Professor Juffinger berichtet über eine Erkrankung des Kehlkopfes bei Lichen ruber acuminatus der Haut, und zeigt microscopische Schnitte, welche aus exstirpirten Theilchen angefertigt wurden.

Dieselbe trat in Form von Knötchen auf, die besonders am freien Rande der Epiglottis aufsaßen, theils weisslich, theils lebhaft geröthet waren und sich derb anföhlen.

Microscopisch zeigte sich eine dichte Zellinfiltration der obersten Schleimhautentwicklung, welche sich besonders um die Gefässe herum localisirte.

Neue Untersuchungen über den Mechanismus der Kehlkopfmuskulatur.

25) Dr. Neumann recapitulirt vorerst seine Arbeit über die Bewegungen des Stimmbandes in der verticalen Ebene; er fand nämlich, dass bei Phonation das Stimmband — entgegen der allgemeinen Auffassung — nicht gehoben, sondern gesenkt werde.

Bezüglich des M. crico-thyr. fand er, dass er kein Adductor des Stimmbandes sei; ferner dass die Dyspnoe bei Recurrenslähmungen mittelst Durchschneidung der oberen Kehlkopfnerven nicht zu heilen ist.

Er hatte nämlich Hunde, die nach Recurrendurchtrennung am Leben blieben, andere die dyspnoisch wurden; das hing vom Temperamente, von der Unruhe des Thieres ab.

Wurde es aber dyspnoisch, so konnte man diesem Zustande nicht dadurch abhelfen, dass die beiden Mm. crico-thyreoid. durchschnitten wurden, und musste tracheotomirt werden.

Discussion:

Docent Dr. Grossmann. Dass das gelähmte Stimmband höher steht, als das nicht gelähmte, erscheint ihm aus anatomischen Gründen sehr überraschend. Das cricoaryt. Gelenk hat eine schiefe Ebene, und das Stimmband muss von unten aussen, nach oben innen gehen, wenn es adducirt wird. Der Musculus cricothyroideus ist zweifellos nicht allein ein Spanner, sondern auch ein kräftiger Adductor.

Chiari glaubt nicht, dass der Cricothyroideus hauptsächlich die Adduction der Stimmbänder bewirkt.

I N H A L T.

I. Originalien: Ostmann: Beiträge zu dem Vorkommen von Exostosen des äusseren knöchernen Gehörgangs bei den verschiedenen Völkerrassen (Schluss). — Neumayer: Ueber einen Musculus thyroideus transversus. — Gerber: Nochmals: Der Nasenstein ein Bacterienproduct. — von Stein: Der erste publicirte Fall einer Pharyngitis phlegmonosa acuta durch eine Meningitis purulenta complicirt. — Bergesat: Gummihütchen als Ueberansatz beim Politzer'schen Verfahren. — Gompertz: Bericht über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde“ der 66. Vers. d. Naturf. und Aerzte in Wien. — Onodi: LXVI. Versammlung deutscher Naturf. und Aerzte in Wien. Laryngologische Section.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gempers (Wien), Dr. Helnze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfänger (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

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

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

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2¼ 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. XXVIII.

Berlin, November 1894.

No. 11.

I. Originalien.

Zur Casuistik schwerer Complicationen der Otitis.

Von

Dr. Paul Schubert, Nürnberg.

I. Hirnabscess¹⁾.

Der 40jährige Arbeiter Heinrich W. trat am 20. November 1893 mit rechtsseitiger acuter Otitis media in Behandlung. Nach seiner Angabe hatte er vordem an doppelseitiger Schwerhörigkeit geringen Grades gelitten, jedoch niemals an Ohrenscherzen oder Ohreiterung. Vor 14 Tagen sei er im Anschluss an Influenza von heftigen Scherzen am rechten Ohr befallen worden, habe bisher in Behandlung seines Hausarztes gestanden und das Ohr zeige seit gestern Ausfluss. Rücksprache mit dem Hausarzt ergab, dass dieser kurz vorher eine Paracentese vorgenommen hatte. Bei der Aufnahme bestanden noch Ohrenscherz und leichte Druckempfindlichkeit des normal aussehenden Processus mast. Die Perforation war klein, die Secretion gering. Da die Scherzen auf antiphlogistische Behandlung nicht wichen, wurde nach drei Tagen eine

¹⁾ Nach einem auf der Naturforscher-Versammlung in Wien gehaltenen Vortrage.

zweite ausgiebige Paracentese gemacht, worauf guter Eiterabfluss erfolgte und die Druckempfindlichkeit am Processus schwand. Der Spontanschmerz blieb jedoch bestehen, selbst als nach raschem Ablauf der Otitis die Perforation auffallend früh, schon in den ersten Tagen des December, sich schloss und die Schwellung des Trommelfells zurückging. Die Schmerzen strahlten gegen die Schläfe aus und kehrten mit wechselnder, aber im Ganzen unverminderter Heftigkeit trotz antineuralgischer Mittel täglich wieder. Obgleich das Hörvermögen sich gebessert hatte und das Trommelfell nur noch geringe diffuse Injection und keine Vorwölbung zeigte, so musste doch der andauernde Schmerz als Eiterretention gedeutet werden; es wurde daher in der ersten Woche des December zum dritten Male paracentesirt. Die Pauke erwies sich als vollkommen secretfrei, die Schmerzanfälle dauerten in gleicher Stärke fort.

Am 7. December wurde eine leichte rechtsseitige Abducensparese bemerkt, die sich am anderen Tage zur vollen Paralyse gestaltete. Es war damals schwerlich schon die Ansicht zu gewinnen, dass die Lähmung auf einer intercraniellen Complication der Otitis beruhe; denn die Paukenentzündung war geheilt, das Trommelfell abgeblasst, die frische Paracentese ohne Secret, das Hörvermögen entsprechend gut, der Warzenfortsatz ohne Schwellung und ohne Druckempfindlichkeit, der Augenspiegelbefund normal. Keinesfalls konnte aus den fortbestehenden rechtsseitigen Kopfschmerzen und aus der Abducenslähmung allein eine Diagnose geschöpft werden, die zu tieferem operativem Eingriff berechtigt hätte.

Patient blieb wenige Tage darauf aus der bisher ambulatorisch geführten Behandlung fort und ich sah ihn erst nach 10—12 Tagen wieder, als man mich am 24. December in seine Wohnung rief. Er lag in tief soporösem Zustand und gab nur auf sehr energisches Anrufen kurze, lallende, ganz unverständliche Antworten. Pupillen beiderseits gleich, sehr stark verengt, reactionslos. Cornealreflex erhalten. Puls zwischen 56 und 60 wechselnd. Athmung schnarchend, doch regelmässig.

Die Frau berichtet, dass der Kranke während der letzten Nächte oft wirr gesprochen und stets über starken Kopfschmerz geklagt habe. Oft hatte er Frost, doch niemals Erbrechen. Beim Drücken und Beklopfen der rechten Ohrgegend zeigt sich der Processus und Tragus unempfindlich, bei einer Stelle wenige Centimeter über dem Ansatz der Concha wird das Gesicht schmerzhaft verzerrt. Das Trommelfell der kranken Seite ist vollkommen blass, die Paracentese verheilt, auch im Meatus keine Schwellung, keine Senkung der oberen Wand.

Während der nächsten zwei Tage änderte sich das Bild nur insofern, als zeitweise Pulsbeschleunigung bis 94 und 104 eintrat und einige Male der Cheyne-Stokes-Athmungstypus beobachtet werden konnte. Auf kurze Augenblicke trat leichte Aufhellung des Bewusstseins ein; keine Nahrungsaufnahme, unwillkürlicher Urinabgang. Es gelingt, eine Empfindungs- und Bewegungslähmung der linken Oberextremität oder doch mit Sicherheit der linken Hand nachzuweisen. Während der rechte Arm und beide Beine auf Nadelstiche reagieren, bleiben linker Arm und Hand bewegungslos, die Hand verharret stets in schlaffer Beugstellung. Facialis und Trigeminus arbeiten normal. Nach Beseitigung

der Myosis durch Homotropin konnte ein durchaus normaler Augenspiegelbefund festgestellt werden. Temperatur in maximo 37,7 anal.

Am 26. December kehrt gegen Abend das Bewusstsein zurück, am 27. ist das Sensorium frei, mit lallender Sprache wird viel geschwätzt, zuweilen Sinnloses. Es erfolgt Nahrungsaufnahme und spontane Urinentleerung. Die Pupillen sind mittelweit, gut reagierend, beiderseits gleich. Das Gesichtsfeld ist für Fingerbewegungen frei, Hemipie kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die rechtsseitige Abducenslähmung besteht noch. Der linke Arm kann zwar bewegt werden, doch ist der Händedruck links sehr schwach, Nadelstiche werden an der linken Hand stumpfer empfunden als rechts. Kopfschmerz gering, doch starke Druckempfindlichkeit über dem Ohr. Puls 100. Urin zeigt Spuren von Eiweiss und neben vielen Uraten einige hyaline Cylinder.

Während der nächsten zwei Tage wechselten Sopor mit halbklarem Bewusstsein, ruhiger Schlaf mit lebhaften Delirien. Die Sprache war stets schleppend und lallend, aber nicht aphasisch. Die Lähmungserscheinungen und der fixirte Schläfenschmerz bestanden unverändert fort, Puls 96 bis 100, Temperatur in ano wieder 37,7.

Bei dieser Sachlage konnte die Diagnose eines Hirnabscesses ziemlich sicher begründet werden.

Die contralaterale Monoplegie und homolaterale Abducenslähmung wiesen deutlich auf eine Herderkrankung in der rechten Hemisphäre und sprachen gegen Auffassung des Sopors als Urämie, trotz der nachgewiesenen Nephritis. Hirnblutung, Embolie und Erweichungsherd konnten durch die starken Schmerzanfälle, zum Theil auch durch die Hirndrucksymptome ausgeschlossen werden. Ernster Frage konnte die Möglichkeit eines Hirntumors unterliegen. Der localisirte Kopfschmerz, insbesondere die streng auf einen Punkt dicht über dem Ansatz der Ohrmuschel beschränkte Druckempfindlichkeit sprach nicht für Tumor, bei dem solches Verhalten die Ausnahme ist, während es beim Hirnabscess häufig vorkommt. Dasselbe gilt von dem Mangel einer Stauungspapille, weil diese bei vorgeschrittenen Tumoren, wenn sie schon zu Sopor geführt haben, selten zu fehlen pflegt. Immerhin hätten beide Erwägungen nicht genügt, eine Entscheidung zu treffen, wenn nicht der ganze klinische Verlauf von dem einer Hirngeschwulst abgewichen wäre.

Vom Beginn des ersten Herdsymptoms bis zum Eintritt schwerer Hirndruckscheinungen verflossen nur 17 Tage, ein Zeitraum, der schon für Hirnabscess ungewöhnlich kurz, für einen Tumor aber fast unerhört ist. Auch pflegt die Hirngeschwulst, wenn sie das Stadium des Hirndrucks erreicht hat, mit geringen Remissionen bei ihm zu verharren, keineswegs aber von einem Tage zum andern oder binnen weniger Stunden in raschem und häufigem Wechsel von Sopor zum Bewusstsein und wieder zurück zum Sopor zu führen. v. Bergmann legt auf dieses Schwanken der Hirndrucksymptome, das beim Hirnabscess öfter beobachtet wird, für die Differentialdiagnose ein grosses Gewicht²⁾.

Im vorliegenden Falle erwuchs aus dem zunächst für die Diagnose erschwerenden Umstand, dass die Otitis glatt verlaufen und ohne Knochen-

²⁾ Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. Berlin 1889. Hirschwald. Seite 76.

affection geheilt war, noch bevor das erste Herdsymptom auftrat, nach einer andern Seite hin eine wichtige diagnostische Stütze insofern, als die vorhandene Temperaturerhöhung nicht vom Ohr herrühren konnte, sondern auf einen versteckten Entzündungsherd bezogen werden musste. v. Bergmann's³⁾ Ausspruch, dass beim otitischen Hirnabscess das Fieber für die Unterscheidung vom Hirntumor „so gut wie nichts“ bedeutet, gilt durchaus für die gewöhnliche Sachlage beim otitischen Hirnabscess, wenn die Ohreiterung noch fortbesteht; denn obgleich der Eiterherd im Ohr sehr oft fieberlos verläuft, so kann eine vorhandene Temperatursteigerung nicht für das Vorhandensein eines zweiten Eiterherdes als beweisend gelten, so lange die Möglichkeit gegeben ist, sie auf eine offenkundige Eiterung im Mittelohr oder im Warzenfortsatz zu beziehen. Im vorliegenden Falle konnte aber der übernormale Thermometerstand aus dem Befund am Ohr nicht erklärt werden, und da auch sonst am Körper keine Fieberquelle zu finden war, so sprach dieses Symptom entscheidend für die Diagnose des Hirnabscesses und gegen Tumor. Dass die Temperaturerhöhung sehr gering war, konnte nicht irre leiten, es genügte, dass sie sicher über der Norm lag. Analttemperaturen von 37,7 kommen beim gesunden Erwachsenen nicht vor.

Weiterhin konnte während des tiefen Sopors ein Zweifel bestehen, ob der Hirnabscess noch operirbar sei oder schon im Stadium des Ventrikeldurchbruches stehe. Das Erhaltensein der Reflexe, der Mangel von Schüttelfrost und Erbrechen sprachen gegen den Durchbruch. Die Enge der Pupillen wäre für diese Entscheidung nicht verwerthbar gewesen, da Knies⁴⁾ bei Abscessdurchbruch in die Ventrikel Myosis, Körner⁵⁾ im Gegentheil Mydriasis als Symptom anführen. Nachdem der Sopor gewichen war, musste der Entschluss zur Operation reifen.

Dass der Abscess im Schläfenlappen zu suchen sei, war aus der gekreuzten Lähmung der Hand zu schliessen, trotz des vereinzelt stehenden Falles von Gluck (Berliner klin. Wochenschrift 1891, pag 1146), in welchem ein Kleinhirnabscess als Brückensymptom contralaterale Hemiplegie verursacht hatte. Schwer verständlich war allerdings bei Annahme eines Schläfenlappenabscesses das Auftreten einer Abducenslähmung, insbesondere beim Freibleiben des Oculomotorius, in dessen Nachbarschaft der Abducens, dem Sinus cavernosus eingelagert, die mittlere Schädelgrube durchquert. Bei rein anatomischer Betrachtung wäre die Abducensparalyse geeignet gewesen, die Diagnose auf den Sitz im Schläfenlappen zu erschüttern und zur Annahme eines Herdes, eventuell eines zweiten Herdes im Kleinhirn oder der Brücke zu drängen, da der Abducens in der hinteren Schädelgrube weit exponirter gelagert ist, als in der mittleren.

Findet sich doch bei Mauthner (Vorträge aus der Augenheilkunde) bei Besprechung der fasciculären Lähmungen (S. 395) der scharf gefasste Satz: „Die reinen Fälle von Abducenslähmung mit contralateraler Extremitätenlähmung sind sehr selten. Tritt aber einmal ein solches Ereigniss

³⁾ L. c. Seite 40.

⁴⁾ Die Beziehungen des Sehorgans u. s. w. Wiesbaden, Bergmann. Seite 142.

⁵⁾ Die otitischen Erkrankungen des Hirns. Frankfurt, Alt. S. 110.

ein, dann ist man berechtigt, einen Herd in der Brücke, eben dort, wo der Abducens durchläuft, zu supponiren.“

Die klinische Erfahrung indessen, um die uns die Fälle von Hessler⁶⁾ und Polo⁷⁾ bereichert haben, lehrt das Vorkommen von Abducensparese bei Schläfenlappenabscess. Hessler's Fall ist in dieser Hinsicht beweiskräftig, während bei dem nicht obducirten Kranken Polo's das Vorhandensein einer Complication in der hinteren Schädelgrube nicht ausgeschlossen werden kann.

Bei meinem Patienten war der Sitz im Schläfenlappen um so wahrscheinlicher, als die Otitis ohne Erkrankung des Warzenfortsatzes verlaufen war und von der Pauke aus wohl Verschleppung der Entzündungserreger durch das Tegmen tympani in die mittlere Schädelgrube, aber schwerlich eine solche gegen das Kleinhirn oder die Brücke gedacht werden kann.

Es wurde also die typische Eröffnung des otitischen Schläfenlappenabscesses nach v. Bergmana (l. c. Seite 63 und 64) beschlossen und am 31. December ausgeführt.

Da der Kranke nicht transportfähig war, musste ich in seiner Wohnung operiren. Es assistirten die Herren Dr. Emmerich, Dr. Müller und Dr. Stiel. Nach Umschneidung eines viereckigen Haut- und Muskellappens von je 5 Ctm. Seitenlänge dicht über dem Ansatz der Concha werden die Weichtheile mit dem Periost losgelöst und gegen die Basis des Lappens nach oben hinaufgeklappt. Mit Meissel und Knochenzange wird durch die gesund aussehende dünne Schuppe eine runde, 3 Ctm messende Knochenlücke gebrochen. Die Dura ist stark gespannt, zeigt keinen Hirnpuls und bietet Fluctuationsgefühl. Ein Zweig der Meningea media zieht quer durch das Operationsgebiet. Schon beim ersten Einstich in die Dura quillt gelbgrüner Eiter hervor. Es zeigt sich die Dura mit einer wenige Millimeter dicken Hirnschicht fest verwachsen. Beim Ausspritzen der Abscesshöhle mit Sublimatlösung kommt der Eiter in grossen gallertartigen Flocken zu Tage, ähnlich einem schleimig-eitrigen Paukensecret. Der Eiter ist geruchlos. Die Dura wird über dem Abscess excidirt, es fällt die Kleinheit der Abscesshöhle auf in Anbetracht der schweren Hirndrucksymptome, welche vor wenigen Tagen bestanden. Die Tiefe der Abscesshöhle beträgt nur 2 Ctm. Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit fand nicht statt. Verband mit Drainage. Temperatur 36,4.

1. Januar 1894. Verbandwechsel. Drainrohr voll Eiter, sonst aber beim Ausspritzen sehr wenig Pus. Sensorium frei, Sprache lallend, grosse Schwäche. Temp. früh 38,1, Abends 38,2. Puls 116.

2. Januar. Wesentlich besseres Allgemeinbefinden. Temp. früh 36,9, Abends 37,7. Puls 104.

3. Januar. Zweiter Verbandwechsel. Wenig Eiter. Bewusstsein anscheinend klar, erzählt vernünftig aus alter Zeit, lobt die Wärterin, freut sich auf das Essen, hält aber beharrlich an dem Irrthum fest, dass neben seinem Bett eine Treppe in das Erdgeschoss hinabführe. Parese

6) Archiv für Ohrenheilkunde XXIII, Seite 111.

7) Citirt bei Körner, Seite 188.

und Hyperästhesie der linken Hand bestehen fort, ebenso die Abducensparalyse. Temp. früh 37,5, Abends 38,0. Puls 92.

4. Januar. Sensorium etwas schläfrig, doch giebt er richtige Antworten. Temp. früh 37,7, Abends 38,2. Puls 92.

5. Januar. Dritter Verbandwechsel. Geringe Absonderung. Urin jetzt frei von Eiweiss.

7. Januar. Allgemeinbefinden und Appetit gut. Zuweilen spricht er irre, sieht aber bald seine Täuschung ein. Verbandwechsel. Hartnäckige Obstipation wird durch Clysmata gehoben. Puls dauernd 92 bis 96, Abendtemperaturen gegen 38, Morgenremissionen $\frac{1}{2}$ —1 Grad.

9. Januar. Beim Verbandwechsel muss das Drainrohr gekürzt werden; in der letzten Nacht Delirien, Herausspringen aus dem Bett und Zusammensinken ausserhalb desselben. Andern Tags wieder klares Bewusstsein. Kein Kopfschmerz mehr seit der Operation.

11. Januar. Abendtemperaturen noch immer 38. Puls 92. Appetit und Allgemeinbefinden gut. Fast täglich kommen kurze Zwischenfälle mit wirren Reden, dann wieder klares Bewusstsein.

15. Januar. Bis heute jeden zweiten Tag Verbandwechsel. Eiter nur so viel, als der gesunden Granulationsbildung entspricht. Das Drainrohr wurde mehrfach gekürzt. Die Abendtemperaturen sind auf 37,7 gesunken, Puls 88. Patient verlässt zum ersten Male, von zwei Seiten gestützt, das Bett. Das linke Bein knickt dabei ein und der Kranke taumelt nach links. Die Patellarreflexe sind links etwas erhöht, der Fussclonus ist im Gegentheile rechts stärker. Der passive Widerstand ist am linken Bein deutlich schwächer als rechts. Der linke Arm sinkt bei ausgestreckter Haltung früher herab als der rechte, der linke Handdruck ist erheblich schwächer. Die Sensibilität lässt beiderseits keinen Unterschied mehr erkennen. Abducenslähmung dauert fort. Allgemeinbefinden befriedigend. Die Granulationen sehen gut aus.

19. Januar. Patient bringt 2 Stunden ausser Bett zu. Bewusstsein dauernd klar. Das bisher lückenhafte Gedächtniss bessert sich. Abendtemperatur 37,3. Puls 72.

22. Januar. Die Parese des linken Beines hat sich soweit gebessert, dass Pat. ohne Unterstützung gehen kann.

28. Januar. Nach längerer Fieberlosigkeit gestern wieder 38,2 Abends. Heute Schwindel, häufiges Erbrechen, Klingen im rechten Ohr. Die Granulationen sehen gesund aus, doch erscheint die ganze Wundregion leicht vorgetrieben, wie bei beginnendem Hirnprolaps. Die Umgebung der Wunde zeigt ein ganz geringes Oedem. In dem Rest der Wundhöhle pulsirender Reflex.

30. Januar. Kein Erbrechen mehr, aber dauernder Schwindel. Abendtemperatur 38,9. Puls 100. Wundödem geringer.

2. Februar. Abendtemperatur gestern 37,7 (Puls 84), heute 38,5 (Puls 104). Kein Kopfschmerz, kein Erbrechen, Schwindel gering. Kreuzschmerzen.

3. Februar. Schmerzen entlang der Wirbelsäule, beim Druck auf die Processus spinosi und bei Kopfbewegungen im Nacken. Uebelkeit, einmaliges Erbrechen. Grosse Unruhe in der Nacht, ängstlicher Gesichtsausdruck. Sensorium frei. Wundregion ohne Oedem und ohne Vorwölbung; Temp. 38,7. Puls 96.

5. Februar. Sehr unruhige Nacht, Schmerzen im Rücken und in der Stirn, Nackensteifheit geringen Grades. Appetitlosigkeit. Beim Blick nach links tritt Nystagmus auf. Gesichtsausdruck schwer leidend, Athmung beschleunigt. Wundregion wieder leicht vorgewölbt. Abendtemperatur 38,8. Puls 102. Im Urin kein Eiweiss, aber ca. 1 pCt. Zucker.

6. Februar. Patient spricht sehr viel und verworren, giebt aber auf Fragen richtige Antworten. Tremor der Extremitäten, Nystagmus auch beim Blick nach rechts. Pup. reagiren gut, doch ist die rechte etwas weiter als die linke. Nacken- und Kreuzschmerz dauern fort. Jactation, Bettdeckenzupfen. Temp. 38,3. Puls 130.

7. Februar: Exitus.

Section (Dr. Sigmund Merkel) 21 Stunden post mortem.

Kräftiger Körperbau mit starkem Panniculus. Dura an Stelle der Operation mit Schädeldach verwachsen. Beim Herausnehmen des Gehirns bleibt ein über wallnussgrosser, länglich runder Körper von 5 Ctm. grösstem Durchmesser an der inneren Operationsnarbe haften, indem er aus dem erweichten Schläfenlappen sich herauslöst. Beim Einschnitt erweist er sich als abgekapselter Abscess mit etwa 1 Mm. dicker Abscessmembran, die mit kurzem breiten Stiel der inneren Fläche der Operationsnarbe angeheftet ist.

Piavenen stark gefüllt, Gyri abgeplattet, Sulci verstrichen. Circumscriphte purulente Septomeningitis auch der linken Sylvi'schen Spalte. Diffuse Septomeningitis der Basis. Seitenventrikel und IV. Ventrikel mit serös-eitriger Flüssigkeit gefüllt und erweitert. Hirnsubstanz weich ohne sonstige Herderkrankung. Im kranken Schläfenlappen rings um den abgekapselten Abscess ein Erweichungsherd.

In beiden Lungenspitzen alte narbige Knötchen; an der Aorta beginnende Sclerose. Milz von zerfliessender Consistenz. Die Nieren zeigen leicht chronisch-parenchymatöse Veränderungen. Beginnende fettige Degeneration der Leber.

Bei Section des Felsenbeins zeigen sich die Hirnblutleiter frei von Thrombose, die Oberflächen der Pyramide nach Abziehung der Dura frei von Entzündung; die Zellen des Warzenfortsatzes werden durchsägt, sie sind diploëtisch und gesund. An der Innenfläche der Dura haftet an der Operationsstelle rings um den mit kurzem breiten Stiel ansitzenden abgekapselten Abscess, sowie auch im Gebiete der Schuppe erweichte und mit den weichen Hirnhäuten und der Dura verwachsene Hirnsubstanz. Der Abducens wird in seinem Verlauf durch den nicht thrombosirten Sinus cavernosus freipräparirt und zeigt keine Veränderung.

Epicrise.

Das Bemerkenswerthe dieses Falles liegt in der Entstehung aus einer acuten, bei den ersten Anzeichen des Abscesses schon geheilten Otitis, in einigen selteneren, schwer zu deutenden Symptomen und in dem Vorhandensein eines zweiten, bei der Operation uneröffnet gebliebenen Abscesses, der trotz der Nähe der Operationswunde nicht in diese durchbrach, sondern durch Encephalitis und Leptomeningitis den Tod herbeiführte.

Dass eine acute Otitis zum Hirnabscess führt, ist an sich selten.

Nach Jansen (Berl. klin. Wochenschrift 1891, Seite 1162) kamen in Berlin auf 2650 acute Mittelohreiterungen 1 Hirnabscess, während bei annähernd der gleichen Zahl chronischer Otorrhöen (2500) 6 Hirnabscesse entstanden. Nach Grunert wird der otitische Hirnabscess in 91 pCt. durch chronische und nur in 9 pCt. durch acute Otitis bedingt. Noch bemerkenswerther wird die Aetiologie des geschilderten Hirnabscesses durch den Umstand, dass die acute Otitis ohne Mitbetheiligung des Antrums und ohne complicirende Otitis oder Periostitis glatt heilte und vollkommen abgelaufen war, als der Abscess aus der Latenz heraustrat. Die Literatur weist nur einen analogen Fall auf, den durch v. Bergmann mitgetheilten, unoperirt gebliebenen von Schmiedt (Metz). Der an gleicher Stelle erwähnte Gruber'sche Fall weicht insofern ab, als die acute Otitis den Warzenfortsatz ergriffen hatte, dann allerdings völlig geheilt war, bis der Abscess Symptome machte und binnen Kurzem zum Tode führte.

Der von Baginsky und Gluck (Berl. klin. Wochenschrift 1891, No. 48) beschriebene Fall ist zwar als geheilte Otitis angeführt, doch wird bei der Krankenvorstellung Fortbestand der Perforation, sowie „eine geringfügige, kaum nennenswerthe Absonderung“ erwähnt. Das ist keine geheilte Otitis.

Die Abducenslähmung, welche bei der Diagnose so schwer mit einem Schläfenlappenabscess in Einklang zu bringen war, ist auch durch die Section nicht aufgeklärt worden. Da diese Paralyse das erste Herdsymptom war zu einer Zeit, als von Hirnödem und erhöhtem intracranialen Druck noch nichts zu bemerken war, so kann an eine Fernwirkung auf die Kernregion am Boden des IV. Ventrikels nicht gedacht werden, selbst wenn man die Unwahrscheinlichkeit in Kauf nehmen wollte, dass ein Herd in der mittleren Schädelgrube durch Hirndruck lähmend auf einen einzelnen Kern in so entfernter Region zu wirken und alle anderen motorischen Centren unberührt zu lassen vermöge. Während seines Verlaufes durch die mittlere Schädelgrube ist der Abducens im Sinus cavernosus eingebettet und durch diesen geschützt. Da der Sinus von Thrombose frei blieb, ist eine Schädigung des Abducens in diesem Theil seines basalen Verlaufes ausgeschlossen. Man müsste also zur Erklärung des so frühen und isolirten Auftretens der Abducensparalyse beim Schläfenlappenabscess auf das fasciculare Gebiet des Nerven zwischen Kern und dem von der Theorie geforderten corticalen Centrum oder auf dieses Centrum in der Hirnrinde selbst zurückgreifen, wenn nicht der Umstand, dass die Abducenslähmung der gleichen Seite wie der Abscess angehörte, die Annahme einer jenseits der Kernregion gelegenen Störung als unmöglich kennzeichnen würde.

Die Abducenslähmung bleibt demnach unaufgeklärt. Knies (l. c. Seite 143) führt mehrere Beobachter solcher „paradoxen Fernwirkungen“ an.

Während der letzten Lebensstage wurden Nystagmusbewegungen bei veabsichtigtem Seitwärtsblick wahrgenommen. Man darf dies wohl der von Knies (S. 82—84) beschriebenen corticalen Form der „nystagmusähnlichen Zuckungen“ anreihen, welche dieser Autor als eine Art Schüttellähmung in Folge nicht völlig aufgehobener, aber erschwelter Nervenleitung auffasst.

Der sub finem vitae aufgetretene Diabetes mag auf Ventrikleerguss beruhen.

Die Operation war erfolglos, weil ein zweiter, dicht benachbarter Schläfenlappenabscess den Tod durch Encephalitis und Leptomeningitis herbeiführte. Es fragt sich, ob der zweite Abscess zur Zeit der Operation schon bestand oder erst innerhalb der fünf Wochen nach der Operation sich entwickelt hat. Ersteres ist mehr als wahrscheinlich. Schon das bei der Operation als auffallend bemerkte Missverhältniss zwischen der Kleinheit der aufgefundenen Abscessshöhle und der Schwere der kurz vorausgegangenen Hirndrucksymptome nöthigt zu der Annahme, dass der uneröffnet gebliebene Abscess der Hauptübelthäter war; in gleichem Sinne muss der Fortbestand der Parese nach der Operation gedeutet werden.

Das Vorhandensein mehrfacher Hirnabscesse ist bei pyämischer und metastatischer Aetiologie häufiger, als bei rein otitischer Ursache. Gleichwohl scheint auch bei letzterer Form das Vorkommen eines zweiten Abscesses keinesfalls so selten zu sein, wie die von Körner (Seite 89) zusammengestellte Statistik zu beweisen scheint. Unter 10000 Ohrenkranken sah ich vier Mal Hirnabscesse, darunter zwei Mal Doppelabscesse, beide Male ohne Sinusvereiterung und ohne sonstige Herde, welche die Hirnabscesse als metastatisch zu deuten erlauben würden. (Vergl. Arch. f. Ohrenheilkunde Bd. XXX, Seite 61—62, und den vorliegenden Fall.)

Janssen⁶⁾ verlor einen Abscessoperirten in ähnlicher Weise durch einen zweiten Abscess.

Auch der in der Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XXVI, veröffentlichte Fall von Knapp war ein Doppelabscess und stellt in mancher Hinsicht ein bemerkenswerthes Gegenstück zu meiner Operationsgeschichte dar. Bei Knapp war es der sich entwickelnde Hirnprolaps, welcher in Verbindung mit den begleitenden Symptomen zur rechtzeitigen Diagnose und zur lebensrettenden Operation des zweiten Abscesses führte.

Bei meinem Kranken legte der Fortbestand des Fiebers, der zögernde Rückgang der Lähmungen und die nach der Operation wochenlang, wenn auch mit verminderter Häufigkeit und Intensität wiederkehrenden Bewusstseinsstörungen den Verdacht eines zweiten Hirnabscesses nahe. Neben der relativen Euphorie, dem Schwinden von Kopfschmerz und von Hyperästhesie des linken Armes, dem zwar langsamen, aber doch unverkennbaren Rückgang der Handlähmung war es vor Allem das gute Aussehen der Operationswunde, welches trügerische Hoffnung nährte und von einem zweiten operativen Eingriff abhielt. Als später leichtes Oedem der Wundregion als erstes Alarmzeichen auftrat, folgten alsbald die Symptome der Leptomeningitis und das Stadium der ungünstigen Prognose.

Die alltägliche chirurgische Erfahrung lehrt, dass wachsende Abscesse gegen die Körperoberfläche drängen und dass sie in einen die Spannung von Haut und Fascien beseitigenden Einschnitt, auch wenn dieser nicht bis zur Eiterhöhle selbst geführt wurde, binnen Kurzem durchbrechen. Aehnliches darf man beim Hirnabscess, wie diese bedauer-

⁶⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1891, Seite 1160—63.

liche Erfahrung zeigt, nicht erwarten. Obgleich die Schädelkapsel ausgiebig eröffnet war, die Brücke zwischen beiden Abscessen nur wenige Millimeter betrug und das Drainrohr häufig manuell und wochenlang durch den Verband gegen diese Brücke angedrängt wurde, entleerte sich der Abscess nicht nach aussen, sondern bethätigte sein Wachstum nach einer anderen Richtung. Körner (S. 88 u. 89) schliesst wohl mit Recht aus den ersten Anfängen der otitischen Hirnabscesse in der Hirnrinde und aus deren späterer Lagerung, dass sie excentrisch, und zwar centripetal wachsen.

Der Fall lehrt, dass nach der Operation eines Hirnabscesses bei Fortbestand des Fiebers und zögerndem Rückgang der Fernsymptome das Bestehen eines zweiten Abscesses anzunehmen und dessen Eröffnung zu versuchen ist.

II. Sinusphlebitis.

Carl S., 15½ Jahr, ein grosser, magerer, schmalbrüstiger Knabe, dessen Vater an einer acuten Lungenkrankheit gestorben sein soll, dessen Mutter gesund und kräftig ist, erkrankte 1891 an linksseitiger Otitis und wurde auswärts behandelt und geheilt. Narbige Veränderungen am linken Trommelfell und ein mittlerer Grad von Schwerhörigkeit dieser Seite blieben zurück.

Am 14. October 1893 trat er mit rechtsseitiger acuter, seit 8 Tagen bestehender Otitis media suppurativa in meine Behandlung. Der Verlauf war uncomplicirt, aber zögernd, bis zum 12. November. An diesem Tage traten unter Fiebererscheinungen heftige Schmerzen vor und in dem Ohr sowie am Processus mastoideus auf und eine leichte, auf Druck sehr schmerzhaftige Schwellung über und vor dem Ohr, am Jochbogen.

Am 13. November wurde der Kranke in die Klinik aufgenommen und maass an diesem Abend 40,7. Puls 120.

Trotz ausgiebiger Erweiterung der etwas engen Perforation und antiphlogist. Behandlung beharrten die Abendtemperaturen auf 40,0 mit sehr geringen Morgenremissionen. Es wurde daher am 16. Novbr. zur Radicaloperation nach Zufall geschritten. Die Weichtheile über dem Warzenfortsatz waren durch Eiter emporgehoben, der von vorn und oben herabzukommen schien. Unter dem Periost zeigte der Knochen gesundes Aussehen. Unter der dünnen Corticalis quoll nach den ersten Meisselschlägen Eiter hervor und es zeigte sich ausgedehnte cariöse Zerstörung bis hinab zur Spitze des Processus. Zur besseren Freilegung wird auf den bogenförmig um die Concha angelegten Weichtheilschnitt ein zweiter horizontal nach hinten geführt und die Corticalis über dem ganzen Processus entfernt. Darauf folgt Ausräumung des erweichten und mit Granulationen durchsetzten unteren Theils des Warzenfortsatzes und Entfernung der hinteren Wand des knöchernen Gehörgangs. Im oberen Wandwinkel tritt unter dem Temporalis Eiter zu Tage. Nach Ablösung der hinteren Muskelbündel und kräftigem Zug der Weichtheile nach vorn gegen die Schläfe tritt eine grössere cariöse Stelle in der Wurzel des Jochbogens zu Tage und wird mit Knochenzange und scharfem Löffel entfernt. Die Knochenweichung greift von der Gegend des Antrum so weit nach oben, dass die Dura der mittleren Schädelgrube bei der

Ausräumung sichtbar wird und in einer Ausdehnung von 3 Ctm. in der Richtung von vorn nach hinten und von 2 Ctm. Höhe freigelegt werden muss, an der Stelle, wo die untere Wand der mittleren Schädelgrube in die laterale übergeht. Die Dura bietet normales Aussehen, doch drängt sich der Schädelinhalt sehr stark in die Knochenlücke vor. Ein mit schwacher Sublimatlösung benetzter Wattebausch wird auf die harte Hirnhaut gelegt und alsdann die Caries medianwärts gegen die Pauke verfolgt. Der breit angelegte Zugang zum Antrum gestattet, Amboss und Hammer in Granulationen eingebettet zu sehen und sie zu entfernen. In der Richtung nach hinten ist die Operation noch nicht auf gesunden Knochen gestossen, vielmehr zeigt sich nun bei weiterem Vordringen, dass die Caries auch bis zur hinteren Schädelgrube fortgeschritten ist. Zwischen Knochen und Sinus dringt Eiter hervor, es muss der quere Blutleiter in einer Ausdehnung von etwas mehr als 3 Ctm. blossgelegt werden. Die Sinuswand zeigt sich missfarbig und collabirt, so dass vereiterte Thrombose anzunehmen ist.

Nachdem die Caries allseitig verfolgt und entfernt worden war, bis die grosse Wundhöhle überall gesunden Knochen erkennen liess, stand die Operation vor einem Wendepunkt. Dass der Sinus transversus in Angriff genommen werden musste, war sicher. Andererseits erregte die starke Vorwölbung der Dura aus der mittleren Schädelgrube den dringenden Verdacht, dass der Schläfenlappen einen klinisch latent verlaufenen Abscess bergen könnte. Da ein operativer Eingriff am Sinus sehr leicht zu einer starken Blutung und Unterbrechung der Operation führen konnte, so entschloss ich mich, zunächst eine Probepunction des Temporallappens vorzunehmen und dann erst an den Sinus zu gehen. Mit einem Graefe'schen Staarmesser wurde ein etwa 2 Ctm. tiefer Einstich schräg nach abwärts in der Richtung gegen das Tegmen tympani gemacht. Es kam kein Eiter, wohl aber eine in flachem Bogen spritzende dunkel-venöse Blutung, die weder durch die Unterbindungspincette zu fassen war, noch durch Jodoformgaze-Compression gestillt werden konnte. Es blieb nur übrig, die Operation zu unterbrechen und einen Jodoformgaze-Compressionsverband anzulegen, der ja auch starke Sinusblutungen zu beherrschen vermag⁹⁾. Operationsdauer 2 Stunden. Chloroformverbrauch nur 30,0 (mit Kapeller's Apparät). Die Temperatur stieg am Abend nach der Operation auf 40,8, Puls 130, Athmung 44.

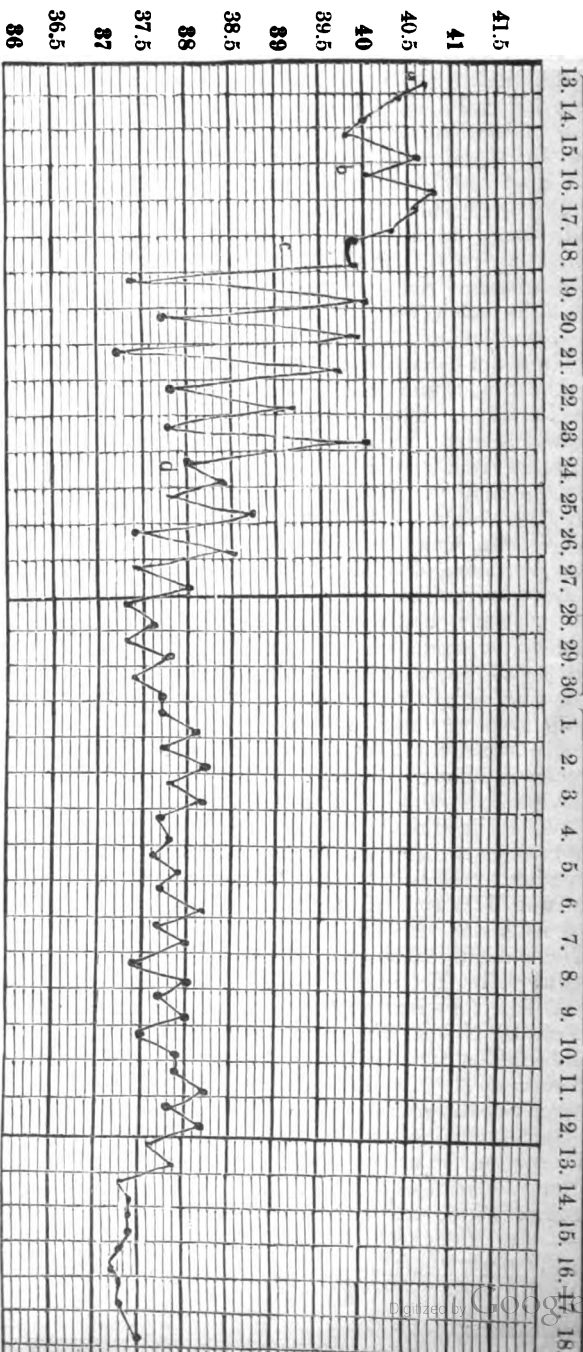
17. November: Schmerzen im Ohr und grosse Unruhe, aber klares Bewusstsein, kein Erbrechen, keine Herdsymptome. Facialis intact. Temp. früh 40,6, Abends 40,3, Puls 124, Athmung 32. In der Nacht vom 17. zum 18. Novbr. tritt ohne äusseren Anlass Nasenbluten auf, was auf Thrombose des Sinus petrosus bezogen werden könnte. Morgentemp. am 18. Novbr. 39,9. Es wird der Verband entfernt, die Blutung aus der mittleren Schädelgrube steht. Eine Probepunction des missfarbigen schlaffen Sinus transversus mit der Pravaz'schen Spritze entleert trübe blutige Flüssigkeit; darauf wird der Sinus, soweit er zu Tage liegt, 2,8 Ctm. lang gespalten. Als Inhalt findet sich krümliger, schwach blutiggefärbter Eiter, der mit dem scharfen Löffel von der necrotischen

⁹⁾ Vergl. Fall IV meiner Casuistik im Archiv für Ohrenheilk., Bd. XXX, Seite 57.

Temperatur - Curve:

November

December



- a. Paracentese.
- b. Aufmeißelung des Warzenfortsatzes.
- c. Sinus-Ausräumung.
- d. Abscess-Spaltung.

Sinuswand abgeschabt wird. Der Irrigation mit Sublimatlösung folgt alsbald ein breiter, aber nur in ganz flachem Bogen mit schwachem Druck fließender, dunkel-venöser Blutstrom aus dem Sinus. Compressionsverband. Beim Anlegen der Binde wird zum ersten Male ein schmerzhaftes, bis zur Clavicula hinabreichendes Oedem und darunter eine harte Anschwellung im Gebiete der Jugularis interna bemerkt. Beides war vor dem operativen Eingriff nicht vorhanden. Angesichts dieser tief hinabreichenden Thrombose der Jugularis interna konnte eine Unterbindung derselben nicht mehr in Frage kommen.

Die Abendtemperatur war 39,9. Nachts Unruhe und starker Schweiß, kein Frost. Einzelne leicht blutige Sputa erwecken Verdacht auf Lungenmetastase, doch ist auf der Lunge nichts nachweisbar und die Athmung der Temperatur entsprechend.

Am 19. Novbr. tritt zum ersten Male ein Temperaturnachlass auf 37,4 ein; Puls 76. Während der nächsten Tage wechseln hohe Abend- mit nahezu normalen Morgentemperaturen in steiler Curve, so dass erst jetzt der Typus des pyämischen Fiebers hervortritt (siehe Temperaturcurve); auch jetzt fehlen Schüttelfröste, das Allgemeinbefinden ist verhältnissmässig befriedigend.

Am 22. Novbr. stiess sich beim Verbandwechsel ein Knochensplitter vom unteren Wundrand der Fossa sigmoidea ab. Wiederholt wird über Schmerzen in einzelnen Zehengelenken geklagt, ohne dass objectiv etwas nachweisbar wäre. Oedem und Härte an der Jugularis bestehen fort.

Am 24. Novbr. findet sich beim Verbandwechsel über dem rechten Auge zwischen temporalem Supraorbitalrand und Haargrenze eine 2 bis 3 Ctm. messende, flach vorgewölbte, fluctuirende schmerzende Stelle, die unter Aetherspray incidirt wird, wobei sich reiner Eiter entleert. Es war dies die erste und einzige Metastase im ganzen Krankheitsverlauf. Auf der rechten Halsseite nahmen Schmerz und Geschwulst am unteren Halsdreieck über der Clavicula zu und erforderten Eisbeutel. Das Fieber fiel vom Tage der Spaltung des Abscesses auf der Stirn stetig, bewegte sich aber noch bis zum 13. December um 38. Wiederholt stiessen sich in dieser Zeit Sequester aus der Fossa sigmoidea ab. Die Wundhöhle hat am 29. Novbr. noch eine Breite von 8 Ctm und granulirt gut.

In diesen Tagen erregte eine im Missverhältniss zur niederen Temperatur stehende Pulsfrequenz von 120 bis 130 Besorgniss, weil sie als Zeichen von Vagusparese, verursacht durch die Thrombose der Vena jugularis, aufgefasst werden konnte. Unter dem Einfluss von Strophantustinctur besserte sich aber der Puls binnen Kurzem; das Allgemeinbefinden war in der Reconvalescenz überraschend gut. Anfang Januar trat eine entzündliche Schwellung unter der Spitze des Processus mast. auf, die später abscedirte und eröffnet wurde. Oedem und Härte in der Seitenhalsgegend bis herab zur Clavicula gingen ohne Eiterbildung zurück. Am 15. Januar konnte der Kranke aus der Klinik entlassen werden. Im Laufe der nächsten Monate stiessen sich durch eine Fistel, deren Lage dem Sinus transversus entsprach, noch wiederholt kleine Sequester ab, während die übrige Wundfläche, mit Einschluss der Pauke, glatt epithelisirt war und trocken blieb. Erst Anfang September schloss sich auch diese Fistel dauernd.

Der Inhalt des vereiterten Sinus zeigte im Deckglaspräparat schöne

Streptococcenkette, welcher Pilz auch in Reincultur aus dem Sinus-Eiter gewonnen wurde. Auch in dem letzten im Januar unterhalb des Proc. mast. entstandenen Abscess fanden sich Streptococci. Klinisch macht aber der ganze Process den Eindruck einer tuberculösen Knochenkrankung, obgleich es nicht gelang, Tuberkelbacillen nachzuweisen. Zur Zeit (Ende November) ist das Befinden und Aussehen sehr gut, vom Hausarzt aber wurde in jüngster Zeit Spitzendämpfung nachgewiesen.

III. Otitische Pyämie ohne Sinusphlebitis.

Fredi B., 14 Jahr, erkrankte am 20. Januar 1893 nach Halsentzündung an rechtsseitiger acuter Otitis media. Am 21. war das Trommelfell hochroth und nicht perforirt, es bestand Fieber. Da am 24. die Schmerzen gross und der Eiter noch nicht durchgebrochen war, so machte ich die Paracentese. Dabei schnellte der Knabe so plötzlich vom Sitze empor, dass die Nadel mir aus der Hand geschleudert wurde und im Bogen durch das Zimmer flog. Die Paracentese war dennoch gross genug und Nebenverletzungen konnten nicht wahrgenommen werden. An den folgenden Tagen bestand der Schmerz unvermindert fort, trotz Antiphlogose und salicylsaurem Natron; der Warzenfortsatz war druckempfindlich, ohne Schwellung und Röthe. Am 27. sind die Schmerzen geringer, der Umgebung fällt ein schläfriger Zustand und wiederholtes Frösteln auf. Am 28. kehrt das Frostgefühl wieder, und das bisher um 39 sich bewegende Fieber steigt Abends auf 41. Dabei ist der Schmerz im Ohr und am Processus geschwunden, die Eiterung gut im Gang, ein Abflusshinderniss nicht zu finden. Am 29. früh Temp. 38,5, Abends 40, am 30. Januar Schmerz in der Schlüsselbeingegend. Der Hausarzt, Herr College Schilling, findet acute Endocarditis und Metastase im rechten Sternoclaviculargelenk, das geschwollen und überaus empfindlich ist. Mein Rath ging, trotzdem der Processus zur Zeit ganz unempfindlich war, auf Eröffnung des Warzenfortsatzes und Freilegung des Sinus, dessen Thrombose als Ursache der Pyämie angenommen werden konnte. Angesichts der Endocarditis erklärte jedoch College Schilling den Kranken für nicht chloroformirbar. Die Behandlung bestand in Chinin und Eisbeutel. In den nächsten Tagen traten Schmerzen im rechten Schultergelenk und am 2. und 3. Dornfortsatz der Halswirbel auf, begleitet von hohen Abendtemperaturen mit Morgenremissionen.

Die Erscheinungen am Ohr nahmen einen unerwartet günstigen Verlauf; es traten keine Schmerzen an der kranken Kopfseite mehr auf und die Perforation schloss sich schon am 5. Februar dauernd. Bald darauf ging auch das Fieber und die Endocarditis zurück, und die Metastasen im Schlüsselbein und Schultergelenk gelangten ohne Eiterung zur Resorption. Am 7. März kommt der Knabe, sich als geheilt vorzustellen; das Trommelfell ist blass, ohne Narbe, Flüstersprache 6 bis 7 Meter.

Epicrise.

Das Krankheitsbild, welches Körner (l. c. Seite 78—83) von der otitischen Pyämie ohne Sinusphlebitis entwirft, erfährt durch diesen Fall mehrfache Bestätigung. Das Auftreten bei acuter Otitis, der günstige Verlauf ohne operativen Eingriff, der Sitz der Metastasen in den Gelenken, besonders in den von Körner als Lieblingssitz angegebenen Schulter-

und Sternoclaviculargelenken, passt durchaus in das aufgestellte Schema. Der Verlauf hat gezeigt, dass Warzenfortsatz und Sinus von Eiterung frei waren und dass die beabsichtigte Operation normale Theile freigelegt haben würde. Es verdient Dank, dass Körner durch seine Arbeit diese Form der „osteophlebitischen Pyämie“ den Augen der Fachgenossen näher gerückt hat. Die Fälle sind vielleicht nicht so überaus selten, doch scheinen sie zuweilen sehr milde zu verlaufen und nur durch eine oder durch wenige gutartig verlaufende Metastasen gekennzeichnet zu sein, in einer Form also, die sich weder dem Gedächtniss einprägt, noch der Veröffentlichung werth erscheint. Hierher gehört mein Fall 17 im Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. XXX, Seite 62. In noch milderer Form verlief ein dritter von mir gesehener Fall. Nach acutem Mittelohrkatarrh, der binnen wenigen Tagen ohne nennenswerthe Schmerzen und ohne Betheiligung des Warzenfortsatzes heilte, entstanden kurz nach Schluss der Perforation Röthe, Schmerz und Schwellung in einigen Fingergelenken, die ohne Abscedirung heilten; der Hausarzt fasste dies als vom Ohr herrührende Metastasen auf. Ich glaubte, im Consil dieser Annahme widersprechen zu müssen, weil die entzündlichen Erscheinungen im Ohr schon geheilt waren, als die Gelenkentzündung auftrat. Heute möchte ich auch dieses Vorkommniss der osteophlebitischen Pyämie zurechnen.

Gestielte Exostosen neben der Spina supra meatum.

Von

Dr. Otto Koerner, Frankfurt a. M.

Anna D., ca. 20 Jahre alt, litt an Cholesteatom im linken Antrum mastoideum. Bei der Operation, welche ich am 4. Juni d. J. mit den Collegen Rödiger und von Meyer vornahm, fanden wir am Eingang des knöchernen Gehörgangs eine hanfkorn-grosse gestielte Exostose, die aussen neben der Spina supra meatum sass. Im Uebrigen erschien der Knochen äusserlich unverändert, erwies sich aber beim Meisseln bis zum Antrum, in welchem das Cholesteatom lag, sclerotisch.

Wenige Wochen später assistirte ich dem Collegen von Wild bei einer Zaufal'schen Operation an dem rechten Ohre einer jungen Dame. Auch hier fanden wir an dem äusserlich unveränderten, aber sclerotischen Knochen eine gestielte Exostose von nahezu der gleichen Beschaffenheit und Grösse wie in dem ersten Falle. Dieselbe sass ebenfalls unmittelbar neben der Spina, aber nicht an ihrer äusseren, sondern an der inneren Seite, also schon im Gehörgange.

In beiden Fällen hatte vor vielen Jahren eine eiternde Fistel hinter dem Ohre bestanden und noch jetzt waren die davon herrührenden Hautnarben sichtbar.

Dieser Umstand legte den Gedanken nahe, die Exostosen könnten an der ehemaligen Durchbruchsstelle des Eiters durch die Knochenhaut entstanden sein als ein Product der Reizung am Rande der Oeffnung. An den Stellen, an welchen die Neubildungen sassen, sind ja Fisteln im Knochen nicht selten.

In der Literatur habe ich keinen ähnlichen Fall gefunden.

Zur Operation der adenoiden Vegetationen.

Von

C. Ziem.

Gelegentlich meiner vor 7 Jahren veröffentlichten Mittheilung über Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers¹⁾ habe ich auch Operationen im Nasenrachenraum unter Beihilfe des Fingers kurz erwähnt. Wenn schon W. Meyer adenoide Vegetationen mittelst in die Nase eingeführter Instrumente und unter Controle des Fingers entfernt hat, so ist es meines Erachtens ein Rückschritt, derartige Operationen blindlings, d. h. ohne Controle, sei es des Spiegels, sei es des Fingers, vorzunehmen, so wie das verschiedene Operateure noch heute thun. Obwohl die Operation der genannten Wucherungen mittelst in die Nase eingeführter Instrumente sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern von einer Reihe von Autoren verworfen worden ist, z. Th. auch aus dem Grunde, dass das Verfahren ein sehr schwieriges sei und eine besonders grosse Geschicklichkeit erfordere²⁾, nicht à la portée de tout le monde sei et ne saurait entrer dans la pratique vulgaire³⁾, so habe ich demgegenüber schon zu verschiedenen Malen erklärt, dass die Entfernung der Wucherungen durch die in die Nase eingeführte Schlinge und unter Controle des Zeigefingers mir vortreffliche und schnelle Erfolge ergeben hat⁴⁾, und ich füge jetzt hinzu, gewiss auch einem Jeden ergeben wird, der sich auf die Palpation ein wenig einübt und gewillt ist, seinen Kranken so schnell als möglich zu helfen: denn letztere Absicht besteht bei manchen angeblichen Spezialisten entschieden nicht. Was ich über die meines Erachtens beste Ausführung der Palpation gesagt habe, das soll hier nicht im Einzelnen wiederholt werden und es sei nur kurz bemerkt, dass dieselbe nicht gewaltsam geschehen darf⁵⁾; über die Ausführung der Operation selbst sei jedoch noch Einiges angeführt. Zu derselben benutzte ich früher den geraden, für die Galvano-caustik bestimmten, umwickelten Schlingenträger Voltolini's, den ich je nach Bedarf gebogen habe; doch ist derselbe für die Nase kleinerer Kinder zu dick und ich habe mir deshalb vor einigen Jahren einen sehr feinen Schlingenträger anfertigen lassen, dessen beide Röhren nebeneinanderliegend zusammen 3 Mmtr. Durchmesser besitzen, jede für sich einzeln, d. h. von oben nach unten gemessen, daher nur 1,5 Mmtr. Die Röhre wird nach jedem Gebrauch ausgekocht, dann ebenso wie die bei der Operation zu benutzende Drahtschlinge mit feinem Glaspapier ab-

1) Diese Monatsschrift 1887, No. 8.

2) Journ. de méd. et de chirurg. prat. 1891, pag. 713.

3) Annales des maladies de l'oreille 1894, No. 5, pag. 526.

4) Luc et Ruault's Arch. de Laryngologie 1891, pag. 326; Therapeut. Monatshefte 1892, August und December, über Palpation des Nasenrachenraums u. s. w.

5) Es freut mich zu sehen, dass auch Mr. Lermoyez, der über mein Bemühen, der Palpation zu ihrem Rechte zu verhelfen, absprechende Bemerkungen noch unlängst gemacht, die Bedeutung der Palpation nun gleichfalls erkannt hat und zu einem, dem meinigen äusserst ähnlichen Verfahren der Palpation gekommen ist. (Vergl. Annales des maladies de l'oreille 1894, pag. 767.)

gerieben. Natürlich löst sich nach mehmaligem Kochen die Umwicklung von den Röhren ab, so dass ich eine Zeit lang auf die distalen Enden der Röhren zum Zwecke der Fixirung derselben einen feinen elfenbeinernen Schieber aufgesetzt habe. Doch hat sich auch das nicht recht bewährt, eben so wenig das Ueberschieben eines feinen Gummischlauchs, der doch zu viel aufrägt, auch nicht sicher fixirt. Besser ist es, durch mehrere verschiebbare Ringchen von feinem Zinkdraht, der beim Kochen nicht rostet, die Röhren zu fixiren, oder man umwickelt auch vor jeder Operation die Enden mit einem neuen, starken Seidenfaden, was ja schnell zu machen ist. Ein für allemal zusammenlöthen habe ich die Röhren deshalb nicht lassen, weil denselben die und die, für den Einzelfall erforderliche Biegung dann nicht mehr so leicht gegeben werden kann; aus demselben Grunde auch von der Anwendung von Doppelröhren abgesehen. Von Wichtigkeit ist es, die Schlinge besonders bei jüngeren Kindern nicht zu gross zu machen, sonst kann man damit nicht leicht oder überhaupt nicht in den Nasenrachenraum eindringen, sondern stösst gegen die Choane an, was natürlich Schmerzen verursacht. Der mit der Schlinge armirte Träger wird in einen der zahlreich vorhandenen, so oder so benamseten Schlittenapparate eingesetzt, die Schlinge in sagittaler Richtung und mit leichter Hand in die Nase eingeführt, dann, sowie sie in den Nasenrachenraum eingedrungen ist, was man deutlich fühlt, transversal gestellt, mittelst des in den Nasenrachenraum schnell eingeführten linken Zeigefingers um die Wucherung herumgelegt, zugeschnürt und mit einem leichten Ruck zurückgezogen, worauf die Wucherung entweder von selbst und an der Schlinge hängend mitkommt oder mittelst der Druckpumpe herausgeschwemmt wird. Nun wird die andere Seite vorgenommen, entweder in derselben oder in einer nächsten Sitzung. Bei dem Umlegen der Schlinge um die Wucherung geht man natürlich so hoch wie möglich hinauf, um ein möglichst grosses Stück zu erlangen und es ist hier, besonders bei Behandlung von Kindern, die auf dem Schoosse gehalten werden, zuweilen von Nutzen, auf ein Knie sich niederzulassen, um von unten her besser beizukommen. Ebenso erhält man beim Abreissen mittelst eines leichten Ruckes nicht selten ein grösseres Stück, als man mit der Schlinge umschnürt hat, ein Verfahren, das ich in einem von Voltolini auch beschriebenen Falle von Nasenrachentumor⁶⁾ im Jahre 1884 bei Voltolini gesehen, das von Hopmann⁷⁾ und von Michelson⁸⁾ vor mehreren Jahren gleichfalls gerühmt und auch bei multiplen Nasenpolypen, wie von Hopmann so auch von mir mit Erfolg angewendet wird und welches einen weiteren, nicht unwesentlichen Vortheil gewährt gegenüber der an und für sich schon viel umständlicheren GlühSchlinge, auch bei der Operation der in Rede stehenden Wucherungen. Findet man, dass die eingeführte Schlinge um die Geschwulst nicht herumgelegt werden kann, weil die Biegung des Schlingenträgers nicht die richtige oder die Schlinge selbst difform geworden ist,

⁶⁾ Die Krankheiten der Nase u. s. w. 1888, S. 452.

⁷⁾ Diese Monatsschrift 1888, No. 1, S. 16.

⁸⁾ Inaugural-Dissertation von Max Migge über Nasenrachenpolypen. Königsberg 1891.

so ist es besser, die Schlinge offen und leer zurückzuziehen, als einen doch missglückenden Versuch der Abschnürung zu machen; man giebt dem Instrumente dann einfach eine andere Biegung oder bringt die Schlinge in Ordnung und geht nun nochmals ein. Das Eingehen mittelst fehlerhaft gebogener Röhren kann man auch dadurch vermeiden, dass man einen biegsamen Kupferdraht oder dergl. in Nase und Nasenrachenraum zuvor einführt, dessen Lage zur Wucherung man durch Palpation controlirt, ihn nöthigenfalls entsprechend biegt und hiernach die Biegung des Instrumentes regelt. In der beschriebenen, sehr einfachen, wohl jedem Arzte und was für das dringend nöthige Wiederzusammenfassen künstlich auseinander gezerrter Gebiete wichtig ist, auch jedem Augenarzt zugänglichen Weise holt man oft sofort haselnussgrosse Stücke heraus und kann die Operation öfters in einer Sitzung vollenden. Doch habe ich so auch sehr kleine, noch nicht halberbsengrosse Wucherungen entfernt, die trotz ihrer Kleinheit Störungen in der Athmung durch die Nase, vermuthlich durch eine Art von Erection ihres Gewebes (W. Meyer) in der Rückenlage der Betreffenden, oder nasalen Beiklang der Sprache, die Unmöglichkeit, das französische *on* oder Wörter wie *Tonkin* und *Hongkong* gut auszusprechen, herbeigeführt hatten. Mit der Schlinge nicht mehr zu fassende Reste entferne man mittelst des Trautmann'schen Löffels. Das jüngste Kind, bei welchem ich Vegetationen beseitigt habe, war zwei Jahre alt. Kleine Kinder und unverständige grössere müssen natürlich in der bekannten Weise festgehalten und ihr Mund durch einen quergestellten Spatel oder dergl. auseinandergesperrt werden. Die Narcose oder Bepinselungen der Nase und des Nasenrachenraums mit Cocain habe ich hierbei niemals angewendet; gegen letzteres spricht auch noch der Umstand, dass weiche, gefässreiche Vegetationen nach Cocainisirung anschwellen können und dann schwieriger zu fassen sind. Nach der Operation spüle ich mittelst meiner demnächst zu beschreibenden luftdichten Druckpumpe Nase und Nasenrachenraum gründlich aus. Das im Gegensatz zu glücklicheren Autoren von Anderen und mir selbst, in einigen Fällen, gesehene Auftreten von, übrigens bald geheilter, Eiterung des Mittelohres führe ich nicht auf diese Durchspülung zurück, sondern auf das von manchen Kranken nachweislich vorgenommene gewaltsame Schnauben bald nach der Operation, wodurch aus der in diesen Fällen so oft erkrankten Nase Eiter in das Mittelohr hineingetrieben worden ist. Nach derartigem gewaltsamen Ausschnauben habe ich übrigens kürzlich auch in einem Falle, wo Reste von Wucherungen mittelst des Trautmann'schen Löffels von mir entfernt worden waren, eine nicht unbedeutende Nachblutung aus der Wunde gesehen.

Danzig, den 18. Juni 1894.

Bericht
über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde“
der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und
Aerzte zu Wien vom 23. bis 30. September 1894.

Von

Dr. B. Gomperz,

Docent für Ohrenheilkunde an der Wiener k. k. Universität,

II. Schriftführer der Section.

(Schluss aus No. 10.)

Gemeinsame Sitzung

der Abtheilungen für interne Medicin, Chirurgie, Psychiatrie und
Neurologie, Ohrenheilkunde, Laryngologie und Rhinologie
vom 25. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Bergmann.

7) Schubert hält seinen in der Section für Ohrenheilkunde angemeldeten Vortrag: Ein Fall von Hirnabscess nach Otitis media acuta.

Der ausführliche und vielfach erweiterte Vortrag ist in dieser Nummer der Monatsschrift enthalten.

III. Sitzung vom 26. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Zaufal.

8) Prof. G. Gradenigo (Turin): Partielle erworbene Totaubheit¹⁾.

Gradenigo theilt drei neue von ihm beobachtete Fälle partieller erworbener Totaubheit mit. In einem dieser Fälle war die Erkrankung congenital oder entstand in frühem Kindesalter, im zweiten handelte es sich um Neuritis des N. acusticus, möglicher Weise in Folge eines intracranialen Gumma, im dritten wahrscheinlich um eine traumatische Hämorrhagie in der Schnecke.

9) Dr. Gomperz: „Ueber die Erkennung der Vorwölbung des Bulbus venae jugularis in die Paukenhöhle beim Lebenden.“

Bisher sind fünf Fälle von lebensgefährlicher Blutung nach Paracentese des Trommelfelles durch Anstechen des in die Paukenhöhle vorragenden Bulbus venae jugularis veröffentlicht von Gruber, Ludewig, Hildebrandt, Seligmann und A. Brieger, der letztere mit tödtlichem Ausgange. Zur Verhütung dieses Ereignisses empfiehlt Vortragender die genaue Inspection des Trommelfelles vor jeder Paracentese und schildert die Symptome dieser Anomalie bei nicht entzündetem Trommelfelle auf Grund seiner in dieser Richtung angestellten Beobachtungen; blaue Verfärbungen in der unteren Hälfte des Trommelfelles, welche nach Sitz, Ausdehnung und Farbe nichts mit dem Schlagschatten der runden Fensternische gemein haben, gehören nicht zu den Seltenheiten. Man findet den blauen Fleck meist kreisabschnittförmig oder biconvex, immer

¹⁾ Der Vortrag erschien in extenso in der internationalen klin. Rundschau, 4. Novbr. 1894.

sich der unteren Trommelfellperipherie anschliessend, die Convexität nach oben und vorne wendend. Der Vortragende beschreibt hierauf eingehend zwei besonders markante Fälle, ferner stellt er einen Knaben vor, dessen Trommelfell den Typus des Bildes darbietet, das die Vorragung des Bulbus jugularis in die Paukenhöhle erzeugt. Schliesslich empfiehlt er, zu erwägen, ob nicht im Hinblick auf die Gefahr des Anstechens des Bulbus bei entzündetem, also undurchsichtigen Trommelfelle die Paracentese im vorderen unteren Quadranten, von hinten nach vorne gerichtet, vorgenommen werden sollte.

Prof. Jos. Gruber bemerkt, dass an dem Patienten, den der Vortragende von seiner Klinik erwähnte, zuerst vom Assistenten an dem gleichen Trommelfell die Paracentese gemacht wurde, ohne dass Blutung eintrat; erst als die zweite nothwendig gewordene Paracentese ausgeführt wurde, trat die Blutung ein. Gruber glaubt, dass, wenn in dem Falle die blaue Entfärbung am Trommelfelle dagewesen wäre, er sie wahrscheinlich gesehen hätte. Seiner Meinung nach lag das angestochene Gefäss tiefer in der Trommelhöhle und konnte nicht gesehen werden.

Brieger hat auch ein, dem von Gomperz beschriebenen Bilde ähnliches gesehen, nur reichte in seinem Falle der vordere Contour des Bulbus jugularis nicht in den vorderen unteren Quadranten hinein.

Zaufal glaubt, man solle bei einer solchen Blutung sich nicht damit begnügen, blos bis an's Trommelfell zu tamponiren; er würde kleine Tampons durch die Lücke hindurch bis an die verletzte Stelle führen.

Prof. Politzer hat Hämorrhagie in der Trommelhöhle nach der Paracentese des Trommelfells durch Anstechen der den Nerv. Jacobsonii begleitenden Vene gesehen.

Habermann sah Dehiscenz am Paukenböhlenboden mit Vorragung des Bulbus jugularis, der in die Paukenhöhle bis zum horizontalen Bogen gang reichte; an demselben war ebenfalls eine Dehiscenz wahrzunehmen.

10) Delstanche demonstrirt einen sehr sinnreich construirten Apparat (Injecteur à répétition) zur Ausspülung des oberen Trommelhöhlenraumes, der den Vortheil hat, mit einer Hand dirigirt werden zu können.

Zweitens ein ringmesserförmiges Instrument zur Herausnahme des Hammers, mit dem zugleich die Sehne des Tensor tympani durchtrennt werden kann.

Drittens ein Instrument zur Herausnahme des Ambosses, ferner Instrumentchen zur Herausnahme von Polypen aus dem äusseren Gehörgänge und einen Masseur zur progressiven Verdichtung und Verdünnung der im Gehörgänge vorhandenen Luft, einen spiralförmigen Watteträger zum Tamponiren des Ohres und der Nase; einen Apparat zum luftdichten Verschluss des äusseren Gehörganges; schliesslich einen Blaseballon mit Doppelventil zur Verdichtung der Luft im äusseren Gehörgänge.

11) Dr. Hartmann (Berlin) demonstrirt:

a) Seinen dreieckigen einfachen und Priessnitz'schen Ohrverband. Derselbe besteht aus einem dreieckigen Stück schwarzen Stoffes mit Schleife an der oberen Ecke, Bändern an beiden unteren Ecken. Die Schleife wird über den Scheitel gelegt, das vordere Band unter dem Unterkiefer weg auf der entgegengesetzten Seite des Kopfes durch die Schleife gezogen und mit dem hinteren um den Hinterkopf gelegten Bande verbunden.

b) Photographische Wandtafeln von ganzen Serien microscopischer Ohrpräparate, Horizontalschnitten und Verticalschnitten.

c) Instrumente.

12) Dr. O. Brieger: „Ueber otitische Hirnabscesse“.

B. bespricht an der Hand seiner Beobachtungen die Abweichungen, die bei den durch chronische Mittelohreiterung inducirten Hirnabscessen gegenüber dem gewöhnlichen klinischen Bilde sich ergaben und erörtert besonders die Bedeutung der ophthalmoscopischen Veränderungen, welche in einem von ihm beobachteten geheilten Falle sich auffallend langsam zurückbildeten. Brieger betont ferner den Werth der Untersuchung des Harns auf Pepton für die Erkennung endocranieller Eiterungen und empfiehlt die Punction des Cerebrospinalsackes für die Differentialdiagnose gegen Meningitis. Vortragender berichtet eingehend über einen durch Spontanabfluss des Abscesseiters aus einer in der oberen Gehörgangswand gelegenen Fistel geheilten, später an Sinusthrombose verstorbenen, durch die Section verificirten Fall, sowie über eine ähnlich zu Stande gekommene dauernde Heilung.

Dr. Schubert: Die zwei Formen der Neuritis nervi optici sind:

a) einfache Neuritis mit capillarer Hyperämie der Sehnervenscheibe und leichter Verschleierung der Papillengrenze. Diese Form kommt bei Otitis nicht allzu selten vor, ohne indess immer mit intracraniellen Complicationen verbunden zu sein. Diese Form ist es auch, welche am häufigsten bei Hirnabscessen gefunden wird, b) Stauungspapille mit starker Prominenz der Papille; diese Form geht immer mit intracranieller Drucksteigerung einher, und kommt bei Hirntumor sehr oft, in zwei Drittel aller bis zum Tode beobachteten Fälle vor; bei Hirnabscess kommt diese Form nur ausnehmungsweise vor, wohl deshalb, weil die Druckerhöhung nicht so lang zu dauern und nicht so stetig zu sein pflegt als bei Tumor.

Professor Politzer fand öfter fieberlosen Verlauf bei Hirnabscessen. Er schildert mehrere Fälle, bei denen plötzliche schwere Hirnsymptome mit Exitus lethalis eintraten, nachdem bei den Patienten mit Ausnahme eines seit längerer Zeit bestehenden fixen Kopfschmerzes entsprechend dem Sitze des Abscesses keine anderen Hirn- oder allgemeinen Symptome beobachtet worden wären. P. legt auf diesen fixen Kopfschmerz im Zusammenhange mit den anderen Symptomen grosses Gewicht. Stauungspapille hat P. auch bei nicht mit Cerebralaffectio complicirten Mittelohreiterungen zuweilen beobachtet.

Dr. O. Brieger betont gegen eine diesbezügliche Bemerkung Schubert's, dass er die Heilung durch Spontanabfluss des Eiters ebenfalls für ein ganz exceptionelles Vorkommniß halte. Er habe sogar in einem Falle gesehen, dass die Communicationsöffnung sich wieder verlegte und der Abscess sich wieder füllte. Es sei nothwendig, den Communicationsweg, wo man ihn finde, so breit freizulegen, dass für dauernden freien Abfluss des Eiters gesorgt ist.

Reinhard (Duisburg) bemerkt zu dem vom Vortragenden erwähnten sogenannten „spontan ausgeheilten“ Fall von otitischem Hirnabscess, dass er denselben während fast 6 Monaten in der Hallenser Ohrenklinik habe beobachten können; er betraf einen 12jährigen Knaben mit linksseitiger chronischer Otorrhoe und cerebralen Erscheinungen, bei welchem der Verdacht auf Hirnabscess begründet war und bei dem

die Trepanation des Schädels sowohl über dem Schläfenlappen als auch die über dem Kleinhirn mit jedesmaliger nachfolgender Probepunktion in der Hirnsubstanz, aber mit negativem Erfolg gemacht wurde. Der Knabe ging an allgemeiner Cachexie und terminaler Basalmeningitis zu Grunde; die Section ergab ausser letzterer in der linken Kleinhirnhemisphäre eine pflaumengrosse längliche Höhle ohne Inhalt mit derben, von Leisten durchzogenen, schmutzig-gelben Wandungen. Um Missverständnissen vorzubeugen, bemerkt R., dass die Heilung sich hier nur auf den localen Herd des Hirnabscesses bezieht — eine Beobachtung, die gewiss vereinzelt in der Literatur verzeichnet steht —, dass der Patient aber schliesslich doch an den Folgen seiner chronischen Otorrhoe endete.²⁾

Dr. Roller (Trier) erwähnt einen Fall von Spontanheilung eines Gehirnsabscesses, den er anatomisch untersuchte. Ueber die Vergangenheit des Falles ist ihm Nichts bekannt, jedoch lag eine acute Krankheit in der letzten Zeit nicht vor. Der anatomische Befund ergab: eine Fistel am Halse, zwei Knochensequester am Schläfenbeine, Obliteration des Hirns und bindegewebige, theilweise Ausheilung einer Hirnabscesshöhle.

Professor Urbantschitsch erwähnt einen Fall von Caries des Schläfebeines, bei dem die vorgenommene Eröffnung und Auskratzung des mit Granulationen erfüllten Atticus und des Antrum mastoideum auf einige Wochen eine bedeutende Besserung der vorhanden gewesenen Erscheinung von Schmerz und Fieber ergab. Später erfolgten Anfälle von Agraphie und die Unmöglichkeit, sich mündlich verständlich zu machen, indem der Patient ganz unverständliche Worte gebrauchte; ausserdem traten spastische Erscheinungen an der rechtsseitigen Extremität auf; die Anfälle zeigten sich nur vorübergehend und schwach oscillirend. Die Section ergab ausgebreitete Meningitis ohne Spur eines Herdes im linken Schläfenlappen. Offenbar waren die Symptome durch vorübergehendes Oedem entstanden, wie auch Urbantschitsch einen Fall von oscillirend auftretender Erblindung und Ertaubung beobachtete, wobei die Section acutes Gehirnödem nachwies.

An der Discussion betheiligt sich noch Professor Gruber unter Anführung einer Reihe höchst interessanter Fälle. So beobachtete er einen Hirnabscess, in dessen Verlauf Taubheit und Blindheit auftraten, welcher sich auf dem Wege des äusseren Gehörganges unter ganz markanten Erscheinungen und unter Verbreitung eines eigenthümlichen, bei Hirnabscessen wahrnehmbaren üblen Geruches entleerte. Weiter erwähnt Gruber, einen Hirnabscess beobachtet zu haben, welcher sich an eine ausgeheilte eiterige Mittelohrentzündung ohne merkliche Erscheinungen anreihete und schon einige Monate später innerhalb weniger Tage unter stürmischen Erscheinungen zum Tode führte. Gruber erwähnt weiters zwei an Lebenden diagnosticirte Fälle, bei denen er die Eröffnung mit Erfolg machte, insofern es sich thatsächlich um Entleerung von Abscessen handelte.

Dr. Barnik erwähnt einen Fall von operativer Eröffnung eines Gehirnsabscesses bei chronischer Eiterung, wobei ein halber Löffel Eiter entleert wurde und Heilung eintrat.

²⁾ V ergl. Arch. f. Ohrenh. Bd. 29, pag. 266—168.

IV. Sitzung vom 27. September, Vormittags,
an der Ohrenklinik des k. k. allgemeinen Krankenhauses.

Vorsitzender: Dr. Schubert.

13) Prof. Gruber bespricht eine Reihe sehr seltener Fälle, welche an seiner Klinik zur Behandlung kamen, von denen besonders einer, mit Ausstossung der linksseitigen Schnecke, Interesse erregte; Gruber demonstrierte durch Prüfung mit Stimmgabeln und Hörrohr Gehörswarnung an der linken Seite, fand aber Widerspruch seitens Politzer, Gradenigo und Scheibe.

Ferner demonstriert Prof. Gruber folgende Präparate:

a) Einen Fall angeborener Missbildung an beiden Ohren (Microtie mit Mangel des Gehörganges), wo der Befund an den verbildeten Ohrmuscheln darauf hindeutet, dass die bei der Geburt des Kindes gefundene mehrfache Umschlingung der Nabelschnur um den Kopf das veranlassende Moment war.

b) Einen Auricularanhang (Appendix). An der rechtsseitigen Ohrmuschel befindet sich dort, wo das untere Drittel des Helix mit dem mittleren zusammentrifft, eine rudimentär entwickelte, am hinteren Helixrande aufsitzende, von Knorpel gestützte zweite Ohrmuschel.

c) Eine rechtsseitige Ohrmuschel mit auf das Fünffache vergrößerter Antitragus, welcher als mächtige, nahezu 2 Ctm. lange, von Knorpeln gestützte Klappe nach hinten und aussen gerichtet ist. Am linken Ohr befindet sich die gleiche Missbildung, aber schwächer.

d) Die beiden Ohrmuscheln einer 25jährigen Kranken, an denen die Darwin'schen Fortsätze als 5 und 7 Mm. lange, durch Knorpel gestützte, mit normaler Cutis überzogene Fortsätze nach oben ragen. Nach der Lehre Darwin's würde dieser Zustand gleichsam als atavistisch aufzufassen sein.

e) Die Photographie von einem fünfjährigen Knaben, der mit einer überzähligen Ohrmuschel in der linken Halsgegend geboren wurde. Da diese rudimentäre Ohrmuschel immer grösser wurde, war es der Wunsch der Eltern, dass sie entfernt werde. Die Operation gelang vollständig, es wurde die Muschel, welche mit einem ungefähr 1 Ctm. langen Stiel in der Tiefe der seitlichen Halsgegend wurzelte, entfernt. Die Wunde heilte in wenigen Tagen ohne Eiterung.

f) Ein Präparat mit einer angeborenen Lücke im Trommelfell, wie sie gewiss nur ausserordentlich selten vorkommen mag und welche dem Kranken bei dem Umstande, dass neben anderen Anomalien im Schlunde die Rachenmündung der Eustachi'schen Röhre total verwachsen war, von ausserordentlichem Nutzen gewesen sein muss, insofern durch diese Lücke die Ventilation der Trommelhöhle ermöglicht wurde, welche sonst auf dem Wege der Eust. Röhre stattfindet, und dadurch auch die für die Function höchst wichtige Stellung und Spannung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen erhalten blieb.

g) Die photographische Abbildung einer höchst seltenen Missbildung des Ohres, wie sie Gruber bis jetzt nur zwei Mal sah. Die Kranken zeigten ausser der mangelhaften Entwicklung des Gehörorganes auch noch angeborene Lähmung der mimischen Muskeln derselben Seite, an welcher die Missbildung des Ohres vorkam, was auf mangelhafte Ent-

wicklung der Gesichtsnerven zu beziehen ist. Bei beiden Kranken sass die Muschel, welche die Form eines sogenannten Katzenohres hatte, tiefer als die normale der anderen Seite; der knöcherne Gehörgang fehlte, wie durch die Palpation nachweisbar war, vollkommen. Bei beiden bestand Asymmetrie der Gesichtshälften und über dem Katzenohre eine ausgesprochene Vertiefung, welche vorne vom aufsteigenden Aste des Unterkiefers, hinten vom Proc. mastoideus begrenzt wird. Bei dem schon früher beobachteten Patienten bestand an der kranken Seite vollkommene Taubheit, während der zuletzt Beobachtete die Taschenuhr nicht hört, ebensowenig die vor dem Ohr der kranken Seite tönende Stimmgabel, bei dem aber der Weber'sche Versuch positiv ausfällt. Sensibilität und Geschmacksempfindung sind bei beiden Kranken normal. Bei dem ersten der Kranken nahm Gruber auf Wunsch des Patienten die Amputation der Ohrmuschel vor, wodurch in cosmetischer Beziehung sehr viel gewonnen wurde.

Gruber versuchte auch einen künstlichen äusseren Gehörgang anzulegen, musste aber von diesem Vorhaben abstehen, nachdem er auf 1 Ctm. in die Tiefe vorgedrungen war, weil er an dieser Stelle ganz unregelmässig entwickelte Knochenheile vorfand und ein weiteres Vordringen leicht das Leben des Kranken hätte gefährden können.

Ein Fall, welcher sich diesen eben besprochenen anreihet, wurde von Moos und Steinbrügge beschrieben. Diese Beobachter fanden an der Leiche eines 11 Monate alten Kindes bei vollkommenem Mangel der Gebilde des äusseren und mittleren Ohres den Canalis Fallopieae in seinem horizontalen und absteigenden Theile total knöchern obliterirt.

Der Vortragende ist in der Lage, an einem Knochenpräparate seiner Sammlung einen ähnlichen Befund zu demonstriren. Er bekam das Präparat, das von einem einseitig tauben und an derselben Seite mit missbildetem Ohre versehenen Individuum herrührte, bereits macerirt. Der äussere Gehörgang, das Trommelfell, die Trommelhöhle, die Gehörknöchelchen mit ihren Muskeln, ebenso die knöcherne Tuba Eust. fehlen vollständig. Der Canalis Fallopieae stellt einen bogenförmigen, die Längsaxe der Pyramide kreuzenden, an der unteren Fläche der Pyramide nach hinten vom Foramen oval. endigenden Canal dar, ohne Spur einer knieförmigen Biegung. — Vom Labyrinth ist der obere halbkreisförmige Canal in seiner Totalität vorhanden, von dem vorhandenen Vorhofe ausgehend und in ihn zurücklaufend. Der hintere und der untere halbkreisförmige Gang sind in Form ganz kurzer Gänge vorhanden.

14) Reinhard (Duisburg) demonstrirt auf Wunsch des Einführenden der Section das von Körner auf der diesjährigen Versammlung der deutschen otolog. Gesellschaft in Bonn angegebene Verfahren der Lappenbildung aus der hinteren Gehörgangswand, welches darin besteht, dass nach Eröffnung der Mittelohrräume durch zwei parallele Horizontalschnitte in der hinteren häutigen Gehörgangswand ein Lappen formirt wird, dessen Basis am Meat. aud. extern. liegt. Körner verlängert diese Schnitte soweit nach Aussen in die Concha, dass dadurch der äussere Ohreingang vergrössert wird; die Hautwunde hinter dem Ohr wird durch Nähte geschlossen und der Lappen aus der hinteren Gehörgangswand auf die hintere Wand der Knochenhöhle vom Gehörgang aus durch Tamponade fixirt.

R. hat seit Pfingsten in 2 Fällen von circumscripter Caries des Atticus und des Antrum ohne Cholesteatom obige Methode versucht und ist mit den Vortheilen derselben zufrieden, welche darin bestehen, dass 1) die Kranken nur kurze Zeit einen Verband zu tragen haben und bald wieder (oft schon nach 10—14 Tagen) das Krankenhaus verlassen können und 2) darin, dass die Nachbehandlung der Operirten von dem durch die Lappenbildung erweiterten äusseren Gehörgangseingang leichter möglich ist, und 3) dass auch nach der cosmetischen Seite hin der beste anzustrebende Erfolg nach der Aufmeisselung erzielt wird.

Bedingung ist natürlich die richtige Auswahl der Fälle; solche Fälle, bei denen man eine persistente, retroauriculäre Oeffnung anzustreben hat (Cholesteatom des Warzenfortsatzes, ausgedehnte tuberculöse Caries etc.), sind von vornherein ausgeschlossen. Das Verfahren eignet sich nur für circumscripte Caries der Gehörknöchelchen und des Atticus und Antrum, bei welcher die Eröffnung der Mittelohrräume nothwendig wird. Bei richtiger Auswahl der Fälle hält R. dieses Verfahren für die bisher dem Idealen am nächsten kommende Methode der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und ihrer Nachbehandlung.³⁾

15) Professor Politzer begrüsst an seiner Klinik die Mitglieder der Abtheilung und bringt eine grössere Anzahl anatomischer, pathologisch-anatomischer und microscopischer Präparate, sowie neuere Ohrinstrumente zur Demonstration.

- 1) Demonstration von Ohrpräparaten, Individuen entnommen, die an otitischen Hirnabscessen zu Grunde gingen.
- 2) Präparate von krankhaften Veränderungen am Warzenfortsatze.
- 3) Ein Präparat mit Exostosenbildung im äusseren Gehörgange und consecutiver Erweiterung des Ohrkanals und des Proc. mast.
- 4) Präparate von angeboren-taubstummen Individuen.
- 5) Kalkablagerungen in der Trommelhöhlen-Schleimhaut.
- 6) Lupenpräparate über die primäre Erkrankung der Labyrinthkapsel.
- 7) Normale Gehörpräparate.
- 8) Probedrucke eines unter der Presse befindlichen chromolithographischen Atlas über die Krankheiten des Trommelfells.
- 9) Neue Instrumente zur operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes.

Professor D. Habermann erinnert in der Discussion über Prof. Politzer's Vortrag No. 6 an seine eigenen Untersuchungen über die gleichen Veränderungen des Knochens, die sich auf 8 Schläfebeine erstrecken. In der Erklärung ihres Entstehens stimmt er mit Politzer nicht überein.

V. Sitzung vom 27. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Docent Dr. Rohrer.

16) Professor Urbantschitsch stellt einen Fall von acuter Kesselschmiedtaubheit vor. Um zu erproben, ob hierbei nicht auch ein Accommodationskrampf der Binnenmuskeln des Ohres mitspiele, wie dies Urban-

³⁾ Auf der Rückreise von Wien über Halle hört R. dort, dass das Körner'sche Verfahren, den äusseren Gehörgangseingang bei der Lappenbildung zu erweitern, auch schon vorher in der Hallenser Ohrenklinik geübt ward (Panse). R. sah dort besonders angefertigte weite Ohrtrichter, welche zum Ueberblicken der ganzen Knochenhöhle am erweiterten Meat. aud. extern. aus dienten.

tschitsch in einigen Fällen von Telephontaubheit beobachtete, versuchte Urbantschitsch in dem vorgestellten Falle nur durch Luftverdünnung im äusseren Gehörgange, beziehungsweise durch Luftverdichtung in der Mittelohre auf den Tensor tympani einen Zug nach aussen auszuüben; thatsächlich erfolgte dadurch eine rasche Abnahme der vorhandenen Taubheit; dabei konnte Urbantschitsch auch nachweisen, dass die auf den Tensor tympani des einen Ohres stattfindende Zugeinwirkung in Folge der synergischen Bewegung beider Tensores tympani auch auf das andere Ohr einen nachweislich günstigen Einfluss nahm, der durch die vor und nach der Behandlung vorgenommene Hörprüfung nachgewiesen werden konnte.

Discussion:

Prof. Politzer erinnert an eine analoge Beobachtung von Dr. Delstanche, einen Mann betreffend, bei dem in Folge einer Explosion Taubheit eintrat und der durch fortgesetzte Luftverdünnung im äusseren Gehörgang geheilt wurde. Politzer glaubt, dass sich die Hörverbesserung derart erklären lasse, dass durch den Shoc der Bandapparat gezerrt und erschlaft wird und dass durch die Rarefaction der Luft im Gehörgange die Theile wieder in die normale Lage gebracht werden.

17) Prof. Urbantschitsch: „Ueber den Einfluss methodischer Hörübungen auf den Hörsinn“.

Der Vortragende hat die Uebungen an Taubstummen und in Fällen von Ertaubung im späteren Lebensalter, besonders bei nervöser Ertaubung vorgenommen. U. erörtert die Art der Uebungen, die dabei sich ergebenden acustischen Schwankungen und Entzündungserscheinungen, ferner die Unterscheidung der acustischen von der tactilen Empfindung. Der Vortragende erwähnt ferner, dass er eine partielle, anscheinend vollständige Taubheit häufig als eine nur besonders träge Hörreaction für die betreffende Schalleinwirkung nachweisen konnte, die den methodischen Hörübungen zugänglich erscheint. Die methodischen Hörübungen bezwecken nach U. einerseits die Erweiterung und weitere Ausbildung der Hörempfindungen, andererseits die psychische Erziehung des Hörsinnes, nämlich die Anbahnung eines richtigen Verständnisses der empfangenen Höreindrücke. Der Vortragende erörtert schliesslich, welche Fälle sich zu den Hörübungen eignen, ferner die Dauer der methodischen Hörübungen und deren practischen Werth.

Dem Vortrage folgte die Demonstration einschlägiger Fälle durch Urbantschitsch, Taubstummendirector Lehfeld und Taubstummenlehrer Kühnel.

Discussion:

Der Vorsitzende Dr. Rohrer dankt Prof. Urbantschitsch in warmen Worten für seine hochinteressante und wichtige Mittheilung, ebenso den verdienten Männern, welche die Taubstummeninstitute Oesterreichs auf eine so hohe Stufe der Vollendung gebracht haben und mit den Otiatern für das Wohl jener bedauernswerthen Kranken wirken, denen wärmste Sympathie und Obsorge vor Allem gebührt. Man müsse glücklich sein, eine neue Methode kennen gelernt zu haben, welche gerade den für die Behandlung schwierigsten Kranken zu Gute kommt.

Sowohl Hartmann, wie auch Delstanche und Scheibe sprechen ihre lebhafteste Anerkennung für die schönen Resultate bezüglich der Aussprache der vorgestellten Taubstummen aus. Scheibe empfiehlt ausser-

dem die vorherige Untersuchung der Taubstummen mit der continuirlichen Tonreihe von Bezold.

Szenes will bloß auf zwei Punkte eingehen. Einerseits entspricht das Vorgehen bei den methodischen Hörübungen ohne Hörrohr vollkommen seiner eigenen Beobachtung. Seine Fälle von Taubstummheit, wo Gehörreste für die Sprache vorhanden waren, konnten mittels Prothesen nicht gebessert werden; in einer Anzahl von Fällen war sogar das Hörvermögen bei Verwendung von Prothesen entschieden schlechter als ohne dieselben.

Andererseits möchte Szenes die Frage an den Vortragenden richten, wie sich der Heilwerth der methodischen Hörübungen erklären lasse, besonders vom pathologisch-anatomischen Standpunkte? Handelt es sich doch in den Fällen von Taubstummheit um pathologisch-anatomische Veränderungen (Verknöcherungen, Ankylosen, Atrophie des Acusticus etc.), die längst ganz abgeschlossen sind und wo an eine Veränderung, respective Besserung der abgelaufenen Prozesse kaum zu denken wäre. Oder glaubt vielleicht Vortragender an einen psychischen Effect?

Prof. Politzer bedauert, dass Urbantschitsch den pathologisch-anatomischen Standpunkt nicht schärfer präcisirt habe. Die grosse Anzahl von Taubstummen, bei denen tiefgreifende Veränderungen im Hörapparate (ca. 70 pCt.) vorkommen, sind auszuschliessen. Von den angeborenen Fällen ist die gewiss öfter vorkommende psychische Taubheit Heller's ebenfalls auszuscheiden. Es bleiben somit hauptsächlich die angeborenen Fälle, bei welchen auch spontane Besserung eintritt. Politzer glaubt, dass den Hörübungen nur der schon seit Langem bekannte Werth beizumessen ist, dass aber an diese Hörübungen nicht zu übertriebene Erwartungen geknüpft werden dürfen; in vielen Fällen gehe die Hörverbesserung wieder vollständig verloren. Bezüglich der Hörübungen bei erwachsenen Tauben hebt Politzer hervor, dass darüber schon seit mehreren Jahren von Maloney in Washington Publicationen über „Ota-coustic treatment“ vorliegen.

Kayser (Breslau) bemerkt, der Eindruck aus der sehr anerkennenswerthen und interessanten Demonstration sei für ihn der, dass es sich bei den Fällen von Minimalhörbarkeit nicht sowohl um eine Vermehrung des Hörvermögens, sondern um eine Hervorbringung des Verständnisses handelt. Normalerweise sei das Ohr ein so feiner Apparat, dass die gewöhnlichen Schallreize ausreichen, um unterschieden, also verstanden zu werden. Bei den Tauben resp. Minimalhörenden sei — entsprechend den anatomischen Veränderungen — der Gehörapparat sehr grob empfindlich, wie ein Thermometer, das nur ganze Grade zeigt, gegen ein solches, das schon $\frac{1}{10}$ Grad zeigt. Die Schallreize des gewöhnlichen Lebens werden von den Minimalhörenden gar nicht empfunden, die sehr stark vernehmbaren Reize kommen nur sehr selten vor. Lässt man aber diese sehr starken Reize methodisch einwirken, dann lernt der Minimalhörige sie unterscheiden, dann lernt er verstehen, er hört. Es steigt dann vielleicht auch die Hörempfindlichkeit ein wenig. Jedenfalls ist das methodische Verfahren von Urbantschitsch practisch von Werth, weil es den sonst ganz unthätigen, wenn auch nur noch grob empfindlichen Hörapparat wieder brauchbar macht.

Urbantschitsch erwidert Dr. Szenes, dass er aus dem Resultate der Hörübungen eben ersieht, wie unsicher die Beurtheilung des patho-

logischen Zustandes des acustischen Organes sei, da in selbst unheilbar scheinenden Fällen zuweilen noch ein Erfolg der acustischen Uebungen möglich ist; vielleicht durch Uebung des noch vorhandenen Theiles des Acusticus.

Professor Politzer gegenüber bemerkt Urbantschitsch, dass er ohnedies den Verdiensten früherer Forscher Rechnung habe. Für die Uebungen seien principiell gar keine Fälle auszuschliessen, selbst Totaltaube können Erfolge zeigen. Die Unterscheidung zwischen Entwicklung des Gehörs und Anbahnung des Gehörverständnisses habe er ohnedies betont. Der practische Werth sei auch bei geringer Hörbesserung für die Taubstummen sehr wichtig; der erste Eindruck einer neuen Sinnesempfindung sei gewöhnlich ein sehr mächtiger. Urbantschitsch hebt schliesslich hervor, dass ja unter den demonstrierten Fällen ein Professor Politzer bekannter sei und Professor Politzer sich also von dem Erfolge der acustischen Uebung hier besonders überzeugen konnte.

Prof. Politzer erwidert, dass der von U. hier angezogene Fall keineswegs für den Werth der Hörübungen spreche, da nach den Aufzeichnungen des klinischen Protokolls im allgemeinen Krankenhause bei diesem Falle schon früher Taubheit und Hörverbesserung gewechselt haben.

O. Brieger hat in einem genau controlirten Falle, analog der Beobachtung von Magnus, partielle Tontaubheit fast im ganzen Umfang des Defects durch consequente Uebung verschwinden sehen. Seine eigenen Beobachtungen stimmen mit denen Urbantschitsch's durchaus überein. Er sieht in den auf diesem Wege erreichten Erfolgen, wenn man bedenkt, wieviel auch bei andersartigen organischen Störungen durch systematische Uebung erzielt werden kann, durchaus nichts Wunderbares. Man wird natürlich, da das Verfahren nicht mehr als die Entwicklung und Ausbildung noch erhaltener Hörreste anstreben und erzielen kann, Erfolge nur dort erwarten dürfen, wo überhaupt noch functionstüchtige Organe vorhanden sind.

18) Dr. S. Thomka (Wien): „Ein Fall von überzähligem Gehörknochen in der Trommelhöhle des Menschen“.

Das Trommelfell ist perforirt, der Rest zum Theil verkalkt, zum Theil verdickt, getrübt. In der Trommelhöhle ist neben dem normalen Hammer-Ambossgelenk noch ein Knochenkörper sichtbar, welcher zwischen der Innenfläche des Ambosses und der inneren Trommelhöhlenwand liegt. Die Oberfläche desselben ist ziemlich glatt, von Schleimhaut überkleidet; die Farbe beinahe die, wie die der anderen Gehörknochen, nirgends hindert eine feste fibröse Verwachsung die freie Beweglichkeit, welche Umstände die Annahme ausschliessen, als ob der accessorische Knochen das Product eines Entzündungsprocesses wäre. Auch kann man den accessorischen Knochen nicht der Verknöcherung des Meckel'schen Knorpels zuschreiben, da er nicht in der Glaserspalte liegt und das Ossiculum lenticulare und Hammergriff wohl ausgebildet sind. Die Tuba, sowie das Labyrinth zeigen keine Veränderung.

19) Dr. A. Scheibe (München): „Demonstration von Bildungsanomalien im häutigen Labyrinth, welche sich in der gleichen Weise in den vier Felsenbeinen zweier Taubstummer finden“.

Die Bildungsanomalien betreffen die Corti'sche Membran und die Stria vascularis. Der Befund lässt an die Möglichkeit denken, dass die Corti'sche Membran aus der Stria vascularis entsteht, obwohl bisher

in der Entwicklungsgeschichte Nichts davon bekannt ist. Der eine der beiden Fälle ist 1891 in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde veröffentlicht und durch Abbildungen erläutert worden.

20) Professor Dr. Kirchner (Würzburg): „Ueber das Vorkommen von Thrombose des Sinus cavernosus bei acuter eitriger Paukenhöhlen-Entzündung“.

Der Vortragende weist auf die klinische Bedeutung mancher Formen von acuter eitriger Paukenhöhlen-Entzündung hin, welche, ohne dass längere oder kürzere Zeit Erscheinungen von Eiterretention in der Paukenhöhle vorausgingen, plötzlich zu einer Thrombose des Sinus cavernosus führten.

In derartigen Fällen, die gewöhnlich im Anschlusse an eine heftige Grippe oder Influenza sich einstellen, sollte stets frühzeitig die Paracentese des Trommelfelles vorgenommen werden, um durch möglichst gründliche Desinfection der Paukenhöhle eine Uebertragung der Infectionsstoffe durch die Lymph- und Blutbahnen nach innen zu verhüten.

Habermann erwähnt, dass er in der letzten Influenza-Epidemie häufige Erkrankung des inneren Ohrs beobachtete, die meist mit gutem Gehör zur Heilung kamen. Nur ein Kind von 2 Jahren blieb taub und wurde taubstumm.

Dr. Rohrer bemerkt zum Vortrag Kirchner's, dass er einen Fall von Influenza-Otitis durch Paracentese behandelt und im reichlich entleerten Exsudat während acht Tagen die Reincultur von Streptococcus pyogenes fand.

VI. Sitzung vom 28. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Dr. Kirchner.

21) Dr. Bing: a. „Experimentelles zur Durchspülung der Paukenhöhle“.

B. hat Durchspülungsversuche mit gefärbter Flüssigkeit an Schläfebeinen von Leichen Erwachsener, an denen der knorpelig-membranöse Theil der Tub. Eust. mit dem Ostium pharyng. noch unversehrt erhalten war, angestellt. Das Trommelfell ward zur Besichtigung freigelegt, in der unteren Hälfte desselben ein kleines Loch mit einer Stecknadel gestochen, oder daselbst ein breiter Paracentesen-Schnitt geführt oder ein Stück Paukenfell ausgeschnitten. Das Präparat wurde dann in einen Schraubstock möglichst in situ naturali eingespannt, gefärbte Flüssigkeit durch den in die Tuba eingeführten Catheter gespritzt, deren Abfluss beim Gehörgang beobachtet, an Ort und Stelle hierauf das Tegmen tymp. und die Corticaldecke des Warzenthails abgemeißelt und die so freigelegte Pauken- und Warzenhöhle besichtigt.

Es ergab sich dabei, dass bei weitem Paracentesen-Schnitt und grösserer Lücke im Trommelfelle die meiste Flüssigkeit daselbst abfloss und weder im oberen Paukenraume, noch im Antrum Farbbestandtheile gefunden wurden — indess bei kleiner Perforationslücke im Trommelfell weniger Flüssigkeit aus dem Gehörgang kam —, solche dagegen im Antrum und in den Cellul. mast. nachgewiesen werden konnte.

B. glaubt daraus — mit gewissem Vorbehalte — folgern zu dürfen: 1) Bei grösserer Lücke im Trommelfelle kann die Durchspülung der Paukenhöhle ihren eigentlichen Zweck nicht ganz erreichen; 2) die Forderung, dass der Abfluss der injicirten Flüssigkeit durch die Lücke im Trommelfell genügend frei und leicht erfolgen könne, ist vollberechtigt.

22) Dr. Bing: b. „Zur Behandlung eiteriger Mittelohr-Entzündungen mit kleiner, an der Spitze zitzenförmiger Vorbauchung am Trommelfelle befindlicher Perforation“.

B. hat in letzter Zeit in einigen dieser Fälle, welche bekanntlich gern einen complicirten oder mindestens protrahirten Verlauf nehmen, dadurch einen raschen und günstigen Heilerfolg erzielt, dass er mittelst des Sondenknopfs einen Tropfen Liqu. ferr. sesquichlor. an die Perforationsstelle hin- bez. eintrug.

Das Medicament verursachte keine besonderen Reactionserscheinungen, wirkte kräftig adstringirend, die Otorrhoe sistirte in wenigen Tagen, die Lücke vernarbte rasch und unter antiphlogistischer und Resorption befördernder Behandlung war die volle Heilung bald erzielt.

B. möchte dieses Vorgehen zu weiterem Versuche empfehlen.

Discussion:

Dr. Gomperz bemerkt, er müsse anerkennen, dass mit der Durchspülung der Paukenhöhle per tubam bei acuten und chronischen eiterigen Entzündungen sehr oft brillante Erfolge zu erzielen sind, dass er aber trotzdem diesen Eingriff als einen ganz unberechenbaren stigmatisiren müsse, der unter Umständen schaden, ja Gefahr bringen könne, und dass er daher empfehle, von den Durchspülungen per tubam fürderhin ganz abzusehen.

Gomperz theilt mit, dass er in früheren Jahren Fälle acuter Mittelohrentzündung sah, wo mit dem Beginne der Durchspülungen per tubam, trotz guten Abflusses, Ostitiden des Warzenfortsatzes auftraten, die erst mit dem Aussetzen dieser Behandlungsmethode zurückgingen. Leichenversuche, die er dann im Institute des Herrn Prof. Weichselbaum 1890 ausführte, machten ihm die Ursache dieser Erscheinung klar.

Viele Jahre vorher hatte Gruber ähnliche Leichenversuche angestellt, um zu beweisen, dass bei nicht perforirtem Trommelfell per tubam Flüssigkeit in die Mittelohrräume eingespritzt werden könne.

Gomperz legte nun breite Lücken im Trommelfell an und spritzte hierauf eine verdünnte Lösung von Ferrocyankalium per tubam unter dem üblichen Drucke ein, so dass die Flüssigkeit eben aus dem äusseren Gehörgange rann. Dann konnte er sich durch die Reaction mit Eisenchloridlösung davon überzeugen, dass die Flüssigkeit bis in die der Schädelhöhle nächstgelegenen, verstecktesten Räume der Diploe gelangt war; damit sei auch bewiesen, dass bei der Durchspülung die Entzündungserreger weithin in die Knochenheile getrieben werden können, in welche sie sonst vielleicht nicht gelangt wären.

Schliesslich betont G. auch die Möglichkeit, dass bei Defecten am Tegmen tympani oder antri das Spülwasser direct unter die Dura gelangen könne. Im November 1888 behandelte er im Auftrage des Herrn Prof. Politzer, der in der gestrigen Sitzung das zugehörige Präparat demonstrirte, einen jungen Mann an der Abtheilung Prof. Dittel's, der mit linksseitiger chronischer Otitis media und den Symptomen eines Hirnabscesses zur Aufnahme gekommen war, mit einer regelrecht durchgeführten Ausspülung der Paukenhöhle per tubam; Pat. erkannte noch seine Umgebung, war aber apathisch, hatte rechtsseitige Facialislähmung, Temp. 37,5, Puls 90.

Bei der Durchspülung collabirte der Kranke plötzlich und starb, ohne aus dem Coma erwacht zu sein, innerhalb einer Viertelstunde. Bei

der Section zeigte sich das Gehirn sehr ödematös, die Meningen frei, der Schläfelappen stellenweise der Dura adhärent, sehr missfarbig; im Schläfelappen fand sich ein lühnereigrösser, alter Abscess, der gegen die Schädelhöhle durchgebrochen war. Die Dura war in eine missfarbige eiternde Schwarte in Handbreite verwandelt, an der oberen Pyramidenwand war ein cariöser Defect mit zackigen Rändern von 7—8 Mm. Dm. Gomperz zweifelt nicht daran, dass bei der Durchspülung Wasser in die Schädelhöhle gelangte und durch Steigerung des Hirndruckes das Ende beschleunigte.

Herr Reinhard (Duisburg) wendet die Durchspülung der Pauke von der Tuba aus bei acuten Mittelohreiterungen nicht mehr an, sondern empfiehlt dieselbe warm nur bei chronischen, sowohl schleimig-gallertartigen als auch bei eitrigen Processen, besonders bei den mit Caries an der medialen und unteren Paukenwand complicirten. Bedingung ist stets: absolut freier Abfluss durch eine genügend grosse Trommelfellöffnung, wovon man sich vorher durch die Catheterluftdouche zu überzeugen hat.

Der Exitus in dem von Gomperz angezogenen Falle müsse mit der Durchspülung nicht zusammenhängen.

Prof. Politzer hält die Befürchtungen des Dr. Gomperz für übertrieben. Die anatomischen Versuche sind nicht für pathologische Fälle maassgebend, da bei den eitrigen Entzündungen stets Eiter im Antrum mastoid. angetroffen wird, daher keine Flüssigkeit weiter eindringen kann. Die Injectionen ganz aufzugeben, wäre ein Verlust für die Therapie, da man in einer Anzahl hartnäckiger Fälle nur durch diese Heilung erzielen kann. Der von Gomperz angeführte Fall von Hirnabscess, wo plötzlicher Tod nach einer Durchspülung eintrat, lässt sich einfacher durch den in Folge des Catheterismus und der Injection eintretenden Shock erklären.

Scheibe (München) hält die Injectionen per tubam bei acuter Mittelohreiterung für gefährlich, bei chronischer Mittelohreiterung mit Oeffnung in der unteren Trommelfellhälfte für unnöthig, da hier in der Regel Communication in der umgekehrten Richtung vorhanden ist; bei Hauptbetheiligung der oberen Mittelohrräume aber ist ein wesentlicher Einfluss der Tubarjectionen nicht zu erwarten.

Sch. glaubt auf Grund eines ähnlichen Falles, den er mitbeobachtet hat, dass in dem von Gomperz erwähnten Falle der plötzliche Tod doch auf die Injection zurückzuführen ist.

O. Brieger verlangt ebenfalls als Vorbedingung für die Vornahme der Masseninjectionen per tubam die Beseitigung aller acut entzündlichen Erscheinungen. Seine experimentellen Erfahrungen über den Weg, den das Spülwasser bei der Durchspülung nimmt, stimmen im Ganzen mit denen Bing's überein; die Resultate waren aber doch nicht constant genug, um ein zuverlässiges, allgemein giltiges Urtheil zu gestatten. Gegenüber dem von Bing für die Behandlung warzenförmiger Perforationen empfohlenen Verfahren giebt B. einer activeren Dilatation der Perforation entschieden den Vorzug und bemerkt, dass ihm in 2 Fällen die Abtragung der Prominenz mit der Schlinge, die er zum Zwecke histologischer Untersuchung vornahm, ein sehr gutes Resultat ergeben habe.

Prof. Gruber spricht sich dahin aus, dass bei chronischen exsudativen Entzündungen die Einspritzungen nicht ganz aufzugeben seien. Es gebe

Fälle, wo man Exsudate aus der Trommelhöhle in keiner anderen Weise durch die Lücke im Trommelfell herausbefördern kann und andererseits dienen die Durchspülungen auch zur Beseitigung hochgradiger Schmerzen. Bei acuten Fällen macht sie Gruber fast nie, weil er die Gefahr der Weiterbeförderung des Exsudats in die Warzenzellen hinein zu sehr fürchtet, höchstens zur Linderung hochgradiger, in keiner andern Weise zu beseitigender Schmerzen. Bei chronischen Fällen ist die Gefahr der Ansteckung überhaupt geringer, ja in der grossen Mehrzahl der Fälle besteht in solchen Fällen ohnehin schon Entzündung in den Warzenzellen.

Szenes ist ebenfalls der Ansicht, dass bei acuten Paukenhöhlen-eiterungen die Durchspülung im Allgemeinen nicht anzuwenden sei. Doch hatte er Gelegenheit, in zwei Fällen sich von dem ausgezeichneten Erfolge derselben zu überzeugen. Bei einem 16 Jahre alten Mädchen, woselbst eine Mitaffection des Warzenfortsatzes bestand und die Aufmeisselung von Seiten eines anderen Collegen empfohlen wurde, brachte die Durchspülung der Paukenhöhle eine solche Erleichterung, dass Patientin selbst die Wiederholung derselben wünschte. Die Durchspülung wurde noch einige Male wiederholt, der Warzenfortsatz antiphlogistisch behandelt und es erfolgte eine vollkommene Restitutio ad integrum. Der andere Fall betraf einen 60 Jahre alten Mann mit ähnlichen Symptomen und selbem Verlaufe, wo ebenfalls, jedoch nur einige Male, die Durchspülung der Paukenhöhle bei acuter Paukenhöhleneiterung mit gutem Erfolge angewendet wurde.

Dr. E. Pins (Wien) hat wiederholt bei chronischen und subacuten Eiterungen die Durchspülung mit gutem Erfolge angewendet, aber ein Mal auch Malheur gehabt, weil in diesem Falle eine cerebrale Complication, wahrscheinlich auch Hirnabscess vorlag. Nach der zweiten Durchspülung entstand Schwindel und am nächsten Tage trat der Exitus ein. Seiner Ueberzeugung nach nützt die Durchspülung viel und schadet keinesfalls, wenn die Perforationsöffnung im Trommelfell hinreichend gross ist, um der Flüssigkeit freien Abfluss zu gestatten.

Dr. Gomperz entgegnet Herrn Prof. Politzer, dass, wenn bei pathologischen Fällen Eiter die Zellräume des Warzenfortsatzes erfülle, dieser bei den Ausspülungen unter höheren Druck gesetzt werde, was gewiss nicht gleichgültig sei. Auch bleibt er Politzer und Reinhard gegenüber bei seiner Anschauung über die Todesursache im erwähnten Falle von Hirnabscess.

Prof. Kirchner: Bei der Durchspülung der Paukenhöhle durch die Tuba Eustachii kommt es hauptsächlich darauf an, dass die Trommelfellöffnung hinreichend gross ist. In Fällen, wo die Perforation nahezu vom oberen bis zum unteren Rande des Trommelfelles reicht, wird niemals ein so starker Druck in der Paukenhöhle entstehen können, dass dadurch eine Gefahr für das Schädellinnere zu befürchten wäre. Die Durchspülungen mit antiseptischen Lösungen dürfen nur nicht mit allzu starkem Drucke vorgenommen werden.

23) Dr. Gomperz: „Ueber die Erfolge der conservativen Behandlungsmethode bei den chronischen Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes“.

Gomperz erinnert an seine Statistik (diese Monatsschrift 1892/93) über die Erfolge der nicht operativen Behandlung an 49 Fällen seiner Privatpraxis, die er, so weit es möglich war, verfolgt und nun durch 20

neue Fälle bereichert hat. Von diesen letzteren sind bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 20 Tagen 19 so weit geheilt, dass jede Secretion und Granulationsbildung verschwand, dass sich die Mucosa bis gegen den Attic hinein blass, zart, oft epidermisirt zeigte und die Function des Ohres zu einer sehr bedeutenden Höhe gebracht wurde. Er hält die Hammer-Ambossexcision als eine wichtige Bereicherung unserer therapeutischen Rüstkammer in Ehren, will sie aber bei den Eiterungen im oberen Trommelhöhlenraum nur dort verwendet wissen, wo die Heilung mit der conservativen Behandlung nicht zu erreichen ist; auch giebt er der Vermuthung Ausdruck, dass durch die Hammerambossexcision dem Recidiviren der cholesteatomösen Bildungen durchaus nicht werde Einhalt geboten werden können.

Was ihn in seinem Principe bestärkt, der conservativen Behandlung möglichst weiten Spielraum zu gewähren, ist die Erkenntniss, dass so viele der mit Cholesteatombildung Behafteten constitutionelle Dyscrasien aufweisen, Anaemie, Scrophulose, Spitzenkatarrhe, Lupus und Lues hereditaria, oder von Eltern stammen, die solche Dyscrasien aufweisen. Nur der geringste Bruchtheil der in seinen Statistiken Erwähnten war, abgesehen vom Ohrenleiden, vollständig gesund.

Zum Schlusse demonstrirt G. neue Canülen aus hartem Celluloid, die er wegen ihrer Leichtigkeit empfiehlt; ferner solche aus halbweichem Celluloid²⁾, welche auch von den empfindlichsten Kranken vertragen werden.

Discussion:

Reinhard (Duisburg) befürwortet die Indicationsstellung für Atticuseiterungen und darnach für operative oder conservative Behandlung. Auf den Attic beschränkte Eiterungen würden auch an der Schwartzeschen Klinik conservativ behandelt. Cholesteatombildung hat R. nicht nach der Ausführung der Hammer-Ambossexcision auftreten sehen, wohl aber Cholesteatom im Antrum gefunden bei Atticuseiterung sogleich bei breiter Eröffnung der Mittelohrräume, worauf auch schon Stacke, Kretschmann und Andere aufmerksam gemacht haben. Gerade diese Fälle werden durch operative Behandlung am schnellsten zur Heilung geführt.

Scheibe hat ca. 60 Fälle von auf den Atticus beschränkter Eiterung mit Cholesteatombildung gesehen und in ca. 50 pCt. durch blosser conservative Behandlung Heilung erzielt. In Fällen von Antrumcaries ist er für die Stacke'sche Operation; in den Fällen aber, wo eine alle 3 bis 4 Wochen ein Mal vorgenommene Ausspülung genügt, um das Ohr rein zu halten, würde er es nicht wagen, die Operation vorzuschlagen.

Gomperz erklärt nochmals, kein Gegner der Hammer-Ambossexcision zu sein, fordert aber, dass kein uncomplieirter Fall von vornherein operirt werde, ohne dass vorher die conservative Behandlung versucht worden wäre.

Behrendt (Danzig) erwähnt zwei Fälle, in denen nach der von anderer Seite ausgeführten Hammer-Ambossexcision Recidiv des Cholesteatoms kam. In dem einen Falle war auf dem einen Ohre die Operation gemacht, auf dem anderen geplant worden. Dieses zweite Ohr heilte er mittelst der conservativen Methode. Als er den Patienten wiedersah,

²⁾ Angef. von J. N. Schmeidler, Wien VII, Stiftgasse 19.

hatte sich auf der operirten Seite ein grosses Cholesteatom wieder gebildet.

O. Brieger muss zugeben, dass die Erfolge der conservativen Behandlung von Kuppelraumeiterung nach der Gomperz'schen Statistik hinter den Resultaten nach Excision der Gehörknöchelchen nicht zurückstehen. Entscheidend könne für die Beurtheilung des Werthes beider Methoden nur die weitere Beobachtung und Controlle der Fälle über Jahre hinaus sein. Er sieht übrigens in der Excision der Gehörknöchelchen, die er in den letzten Jahren in über 60 Fällen mit zufriedenstellendem Erfolge und guten functionellen Resultaten ausgeführt hat, oft nur eine vorbereitende Operation, welche durch Freilegung des oberen Trommelfellraums der Behandlung hier gelegener Krankheitsherde erst den Weg bahnen soll. Er bemerkt, dass er in zwei, nach der Operation durch Hirnabscess bzw. Dermatomyositis septica lethalausgegangenen Fällen den günstigen Effect der Operation durch die Section habe controliren können. Die Misserfolge der Operation werden hauptsächlich dadurch verschuldet, dass es oft nicht möglich ist, Miterkrankung des Antrum bei Kuppelraumeiterungen vorher zu erkennen.

Gomperz nimmt mit Befriedigung die Mittheilung Reinhard's zur Kenntniss, dass auch an der Hallenser Klinik conservativ behandelt werde, um so mehr, als gerade von den Schülern Schwartz's empfohlen wurde, auch bei den auf den Attic beschränkten eitrigen Entzündungen von vornherein zu operiren und mit Canülen-Ausspritzungen nicht unnützer Weise die Zeit zu „vertrödeln“.

Dass nach der Stacke'schen Operation die Recidiven ausbleiben werden, müsse erst erwiesen werden. G. erinnert an die gar nicht so seltenen Fälle mit Zerstörung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen neben breiten Defecten der hinteren oberen Gehörgangswand, Befunde, denen Stacke sein geniales Verfahren nachempfunden hat. Auch hier findet man oft cholesteatomatöse Ablagerungen von ganz enormer Massenhaftigkeit und 1, 2 Tage nach ihrer Entfernung sei die auskloidende Membran wieder blass, glatt und glänzend; untersucht man solche Fälle nach Monaten wieder, so finde man öfters neue Ansammlungen.

Was die Bemerkung Brieger's über den Befund von Tuberkelbacillen in den Cholesteatom-Membranen anlangt, so ist diese Thatsache werth, mit den Erfahrungen über die Häufigkeit der Tuberculose bei den an diesen Krankheiten Leidenden zusammengehalten zu werden.

24) Gomperz: „Ueber die Wirkung künstlicher Trommelfelle“.

Nach einem kurzen Rückblick auf die bisherigen Theorien über die Wirkung des künstlichen Trommelfelles hebt G. hervor, dass alle Autoren sich dahin aussprechen, dass man von vornherein aus dem Trommelfellbefund keinen Schluss darauf ziehen könne, wie das künstliche Trommelfell wirken werde. G. behauptet, dass sich bei den meisten Lücken, die kleiner als $\frac{1}{4}$ des Trommelfelles sind, eclatante Hörverbesserungen nicht erzielen lassen, was er daraus erklärt, dass hierbei die Kette der Gehörknöchelchen meist intact ist, dagegen sistiren manchmal in solchen Fällen subjective Geräusche, wenn die Lücke verschlossen wird.

Er fand die Prothese in den Fällen wirksam, wo das Trommelfell bis auf einen schmalen Saum an der Peripherie zerstört, der Hammergriff aber noch zum Theil oder ganz erhalten und dann dem Promotorium

adhärent war; ferner dort, wo die Lücke den hinteren oberen Quadranten oder die ganze hintere Trommelfellhälfte einnahm. Immer war die Fenestra ovalis frei zugänglich; fast immer fehlte der lange Ambossschenkel und die Mucosa war meist epidermisirt.

Hatte die Mucosa tympani ihren schleimbautartigen Character bewahrt, so wurde kein künstliches Trommelfell auf die Dauer vertragen³⁾.

Dagegen verträgt die epidermisirte Auskleidung der Paukenhöhle die verschiedenen Arten der künstlichen Trommelfelle meist ganz vorzüglich.

Trefflich wirkten plattenförmige Trommelfelle, besser die Wattedkugel, am besten die aus Borsäurepulver gebildeten Trommelfelle; hierbei können, wenn der Körper des Ambosses noch erhalten ist, nach der Pulvereinblasung an die Stapesplatte Schallwellen gelangen, welche früher nur auf dem Wege vom Hammer über den Amboss hinkamen. Gompertz wendet in allen diesen Fällen mit Vorliebe die schon von Kosegarten empfohlenen Pulver-Trommelfelle an, die, gut eingblasen, nach dem Versiegen der Eiterung oder Cholesteatombildung wochen- und monatelang liegen bleiben, keine Beschwerden machen und an Wirkung alle übrigen Arten der künstlichen Trommelfelle übertreffen.

Discussion:

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass er schon vor Jahren angab, dass die Kranken, welche am hinteren Trommelfellsegmente Substanzverluste zeigen, und namentlich diejenigen, welche eine Discontinuität zwischen Ambossschenkel und Steigbügelköpfchen aufweisen, von der Anwendung des künstlichen Trommelfelles den grössten Vortheil haben. Solchen Kranken nützt in der Regel das von Gruber in die Praxis eingeführte künstliche Trommelfell aus Leinen am allermeisten, und zwar deshalb, weil es im feuchten Zustande viel leichter wie das Trommelfell von Guttapercha sich an die Gehörknöchelchen anschmiegt und die dislocirten Enden derselben mittelbar in Contact setzt, wodurch die Schalleitung verbessert wird.

Bei dieser Gelegenheit macht Gruber auch aufmerksam, dass man in einzelnen, freilich sehr seltenen Fällen durch Anwendung des künstlichen Trommelfells den Patienten von dem ihn belästigenden Schwindel befreien kann.

Prof. Delstanche bestätigt die Beobachtung Gruber's aus seiner eigenen Erfahrung. Auch er konnte bei einem Patienten durch Anwendung des künstlichen Trommelfells den Schwindel total beseitigen.

Szenes erwähnt, in mehr als 30 Fällen mit Hilfe der physicalischen Untersuchung sich von der bekannten Thatsache überzeugt zu haben, dass das feuchte künstliche Trommelfell (Wattedkugelchen, Kautschukplatte etc.) eine bedeutendere Verbesserung des Hörvermögens für Uhr und Sprache bewirke, als das trockene. Trotzdem jedoch die Befechung mit einer antiseptischen Lösung (2-3 procentigem Carbolöl) vorgenommen wurde, stellte sich in der Mehrzahl der Fälle die Suppuration von Neuem ein, was bei der Anwendung trockener künstlicher Trommelfelle seltener geschah.

³⁾ Bei unveränderter Mucosa dürfen künstliche Trommelfelle nur dort verwendet werden, wo die Perforationsstelle so weit von der inneren Paukenwand absteht, dass diese von der Prothese unberührt bleibt.

25) Reinhard demonstriert ein Präparat von Carcinom der Oberkieferhöhle, welches unter den Symptomen des Emyema Antri Highmori einherging und bei dem die Sondenuntersuchung, welche weiche Tumormassen im Antrum entdeckte, zum Verdacht auf maligne Neubildung und zur histologischen Untersuchung führte. Operation vor 8 Wochen.

26) Dr. Pins demonstriert seine Nasendouche, die spontanen Verschluss der Tubae Eustach. bewirkt. Dieselbe besteht dem Wesen nach in einem Heronsball mit einem geeigneten Olivenansatze für die Nase und einem Mundstücke zum Anblasen. Dieses geschieht durch den Patienten selbst und zwar mit vollen Wangen, wodurch das Gaumensegel stark gehoben wird, (Lucae, Halt) und die beiden Ostia pharyngea tubae verlegt werden. Der Patient treibt mittelst seines eigenen (verstärkten) Expirationsdruckes die Flüssigkeit aus dem Apparate durch den Nasenrachenraum, so dass sie durch die andere Nasenöffnung frei abfließt, ohne in die Tuba gelangen zu können. P. hat noch niemals Eintritt von Spülflüssigkeit in die Tuben beobachtet, obwohl er seine Nasendouche seit 4 Jahren an mehr als 200 Patienten in Anwendung brachte. Auch von Seiten anderer Beobachter, welche diese Nasendouche seit längerer Zeit verwenden (Störk, Roth, Réthi, Beni), ist bis jetzt kein derartiger Unfall gemeldet worden.

27) Dr. Delstanche spricht über die Verwendung des weissen Vaseline-Oeles zu intratubaren Injectionen bei acuten und chronischen Mittelohrprocessen; die Paukenschleimhaut verträgt das reine Präparat, welches wasserhell und geruchlos sein muss, ohne die geringste Reizung; auch wird das Oel in kurzer Zeit resorbirt.

Gomperz bestätigt diese Erfahrungen; er verwendet dieses Präparat seit der ersten Empfehlung durch Delstanche bei Sclerose und hat sehr zufriedenstellende Resultate erhalten; er glaubt, dass das Vaseline-Oel einen günstigen Einfluss auf die Schleimhaut der Tuba ausübt. Das im Handel erhältliche Oel sterilisirt er durch Auskochen, wodurch auch der letzte Rest des Petroleumgeruches verschwindet.

28) Dr. Ziem (Danzig) legt folgende Arbeit „Ueber das Eindringen von Flüssigkeit aus der Nase in das Mittelohr und über eine neue Druckpumpe“ vor.

In der Nase befindliche Flüssigkeit kann in der Ruhelage der Tuba, sowie beim Schlingen in das Mittelohr nur eindringen: 1) bei Anwesenheit einer Gegenöffnung am Trommelfell, 2) in Folge Hineingeschleudertwerden der Flüssigkeit durch beigemengte Luft bei Anwendung nicht luftdichter Pumpen und ähnlicher Apparate, 3) beim Schneuzen und ähnlichen Expirationsacten. Ohne diese Momente, durch starken Wasserdruck allein (Wasserleitung und einen gleichmässigen Druck ergebende Pumpen) gelangt es nicht, Flüssigkeit in das Mittelohr einzupressen.

29) Dr. Haug (München) legt folgende Arbeit vor: „Ueber einen Fall von Fibrosarcom des Ostium pharyngeum der Tuba.“

Das Präparat stammt von einem 17jährigen Burschen mit linksseitiger, ³/₄ Jahre lang bestehender Schwerhörigkeit und Obstruction der Nase.

Die Untersuchung ergab: „das linke Trommelfell ad maximum eingezogen, in den unteren Partien ein deutlich contourirtes Exsudat. Hörweite für Flüstersprache = 0, Tube absolut undurchgängig.“ Beim Versuch zu catheterisiren, stösst man auf ein Hinderniss am Ende des unteren Nasenganges, das sich rhinoscopisch als ein bläulich-rother,

länglich-runder, ziemlich derber, ungefähr daumnagelglied-grosser polypoider Tumor repräsentirt; er sitzt nach oben und hinten zu in der Gegend der Tuba fest. Er wird mit der Schlinge (kalt) entfernt und durch den Mund entleert. Nach der Extraction stellt sich ein Hämatotympanum ein. Zwei Tage post operationem konnte man beobachten — früher war eine Untersuchung wegen der abundanten Blutung nicht möglich gewesen —, dass die hintere Tubenlippe stark geschwollen war und einen 4 Mm. breiten Substanzverlust aufwies, die Ansatzstelle des Tumors.

Das Hörvermögen hatte sich schon sofort nach der Extraction gebessert und, als der Bluterguss in der Trommelhöhle zur Resorption gelangt und noch eine leichte innere Massage kurze Zeit hindurch vorgenommen war, stellte sich mit definitiver Beseitigung des Tubenverschlusses Restitutio ein.

Die anatomische Untersuchung ergab macroscopisch einen ca. pflaumengrossen, birnförmigen, dunkelgrau-rothen, ziemlich derben Tumor mit glatter Oberfläche, der auf der Schnittfläche gelblich-roth aussah, ein feinfaseriges, starkes Gefüge und nicht unbeträchtlichen Saftreichthum aufwies. Die Wurzel schien gefässreich und hing am Stiele eine über 2 Mm. breite Knorpelplatte, aus der hinteren Lippe der Tuba herausgerissen.

Microscopisch entpuppte sich der Tumor als Fibrosarcom durch die Häufigkeit der relativ jugendlichen Zellformen, sowie die Anordnung derselben.

Der Fall ist bemerkenswerth einmal wegen der Seltenheit des Sitzes der Neubildung und dann wegen der Symptome des Tubenverschlusses mit consecutiver Exsudatbildung in der Paukenhöhle, die lediglich durch ihn, durch die mechanische Verlegung des Tubencanals, hervorgerufen wurden.

Prof. Politzer nimmt nun zur Schlussrede das Wort; er dankt den Mitgliedern der Section für die rege Theilnahme an den Sitzungen und wirft einen Rückblick auf die Leistungen der Section.

In den vorgelegten Arbeiten wurde kein Gebiet der Otiatrie unberücksichtigt gelassen, die Vorträge und Demonstrationen haben eine Fülle neuer Thatsachen zu Tage gefördert und die Discussionen zur Klärung unserer Anschauungen beigetragen.

Der persönliche Verkehr mit gleichgesinnten Freunden bot uns reichliche Anregung und mit neuer Schaffensfreudigkeit kehren wir an unsere Arbeitsstätte zurück.

P. bedauert den ungünstigen Eindruck, den die Unzulänglichkeit der Wiener Ohrenkliniken, verglichen mit den palastartigen Ohrenkliniken im Deutschen Reiche, auf die auswärtigen Fachcollegen machen musste.

Durch das Machtwort unseres erhabenen Monarchen stehe aber eine Erweiterung des Allgemeinen Krankenhauses und der Bau von neuen Kliniken in naher Aussicht, wodurch auch der Ohrenheilkunde ein würdiges, mit den modernen Behelfen ausgestattetes Heim geschaffen werden wird.

Nach herzlichen Abschiedsworten und erster Mahnung, die Fahne der Wissenschaft hochzuhalten, erklärt P. die otologische Section der 66. Naturforscherversammlung für geschlossen.

II. Referate.

a) Otologische:

Angeborene Missbildung der Ohrmuschel und Otoplastik (A angeboren misvorming der oorschelp en otoplastiek). Von Docent Dr. H. Burger, Amsterdam. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. No. 18, I, 1894.)

Die Ohrenplastik wird von nahezu allen Autoren als ziemlich unbedeutend abgefertigt. Nur die abstehenden und die zu grossen Ohren werden auf chirurgischem Wege mit Erfolg behandelt. Die viel schlimmere Entstellung, welche das Katzenohr bedingt, meint man nicht besser bekämpfen zu können, als durch die Excision des ganzen missgebildeten Organs und die Application einer künstlichen Ohrmuschel. Nur von Stetter wird ein Operationsverfahren bei Katzenohr beschrieben. Derselbe löste die Spitze der Muschel in der Tragusgegend nur unvollständig los; präparirte dann auf der hinteren Muschelfläche und auf dem Schädel einen schmalen bandförmigen Hautlappen los, zog denselben in seiner Mitte stark in die Höhe, nähte die beiden Wundflächen dieser Hautduplicatur zusammen und trennte später den überflüssigen Theil derselben ab.

Burger, welcher sich für dieses sonderbare Verfahren nicht begeistern konnte, übte in zwei Fällen eine neue Plastik, welche zu einem höchst zufriedenstellenden Resultate führte.

Der erste Pat., 18 Jahre alt, hatte eine sehr bedeutende Hemiatrophia facialis sinistra, welche hauptsächlich die beiden Kiefer betraf, eine mässige Vergrösserung der Pharynxmandel, eine Verbiegung der knorpeligen Nasenscheidewand nach links, eine erhebliche Schwellung der Nasenschleimhaut, und am rechten Ohre die als Katzenohr bekannte Missbildung. Die Muschel war nach vorn und unten umgeklappt und mit der Tragusgegend verwachsen. Es gelang indessen die umgeklappte Muschel soweit aufzurichten, dass sich im Gehörgang in einer Tiefe von 1 Ctm. eine anscheinend knöcherne Atesie nachweisen liess. Das mittlere und das innere Ohr waren intact; der Facialis war nicht gelähmt; weitere Missbildungen waren nicht vorhanden; hereditäre Momente im Sinne Lombroso's und Gradenigo's existirten nicht. In Chloroformnarcose wurde die rechte Muschel so stark wie möglich emporgerichtet, wobei ihre vordere Insertion gespannt wurde. Diese gespannte Hautfalte vor dem Meatus wurde mit dem Messer gespalten und diese Insertion vollständig lospräparirt. Um nun das lose vordere Ende des Helix hoch nach oben fixiren zu können, machte B. von dem höchsten Punkt der Wunde eine Incision senkrecht nach oben. In diese dreieckig nach unten klaffende Incision wurde der lospräparirte vordere Theil der Auricula nach oben durch Naht fixirt. Die Wunde vor dem Meatus wurde durch einen grossen Hautlappen aus der Schläfen-Gegend grösstentheils geschlossen. Die Genesung erfolgte per I. Das Resultat war sehr befriedigend. Was dem Pat. so sehr unangenehm gewesen, das schlaffe Abhängen der Muschel, war vollständig beseitigt. Die Muschel hatte nur noch den Fehler, dass sie zu weit vom Kopfe abstand. Dies wäre durch eine einfache Operation zu verhelfen gewesen; allein der Pat. war mit dem bisherigen Erfolg höchst zufrieden, und wollte sich zu einer zweiten Operation nicht entschliessen.

Der zweite Pat., ein 10jähriger Schüler, hatte ebenfalls eine hochgradige, linksseitige Hemiatrophia facialis, ohne dass der Nervus facialis gelähmt wäre. Er litt ausserdem an adenoiden Vegetationen. Die rechte Ohrmuschel war normal; nur fehlte das Crus anthelicis superius. Die linke Muschel war hochgradig missgebildet. Sie war ad maximum nach vorn und unten umgeklappt und in der Tragusgegend so fest verwachsen, dass es unmöglich war, die Concha und den Meatus zu sehen. Labyrinth, Mittelohr und (wie sich nach der Operation herausgestellt hat) Gehörgang waren normal. Die Familie war neuropathisch nicht belastet.

Bei diesem Pat. wurde die Operation in ähnlicher Weise gemacht. Nachdem die vordere Insertion des Helix vollständig lospräparirt worden, machte B. aber die Incision vom oberen Punkt der Wunde aus nicht nach oben, sondern horizontal nach hinten. Diese 4 Ctm. lange Wunde klaffte nach vorne. Dann klappte er den lospräparirten, vorderen Theil des Helix fast dreimal 90° nach oben und hinten um, und vereinigte es durch Naht in die horizontale Wunde. Hierbei bildete sich auf der hintern Muschelfläche ein Zuviel an Haut, welches durch eine ovale Excision entfernt wurde. Auch diese Wunde wurde durch Naht verschlossen. Heilung per I. Der cosmetische Effect war hier noch weit besser als bei dem andern Patienten. Die Muschel war nicht nur aufgerichtet, sondern lag auch vollständig dem Schädel an. Weil dieselbe aber nach kurzer Frist die Neigung zeigte, wieder nach vorne zu drehen, wurde Pat. zwei Monate nach der ersten Operation von Neuen in Chloroformnarcose operirt. Es wurde aus der hinteren Muschelfläche und aus der Warzengegend ein breites Cutis-Oval excidirt, und die Wundränder durch Naht vereinigt. Drei Wochen später hat B. den Patient geheilt der chirurgischen Abtheilung der Amsterdamer Naturforschergesellschaft vorgestellt. Der cosmetische Effect ist ausgezeichnet. Wenn man nicht besonders darauf achtet, bemerkt man an Ohre nichts Abnormes mehr.

Ref. hat den Patienten zehn Monate nach der Operation gesehen, und sich von dem dauernden Erfolg der Plastik überzeugen können.

Der Arbeit sind zwei photolithographische Tafeln beigefügt, welche die Missbildung der Muscheln, die Erfolge der Plastik und die Hemiatrien der Gesichter illustriren. Autoreferat.

Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen. Von Dr. A. Jansen. (Archiv für Ohrenheilk. XXXV, 12 und XXXVI, 1.)

Die Arbeit knüpft an die Beobachtungen bei 27 männlichen und 7 weiblichen Patienten an, welche an der Kgl. Univ. Ohrenklinik zu Berlin mit Sinus transversus-Thrombose zur Aufnahme kamen; eine Patientin war 2 Mal hintereinander an Sinusthrombose erkrankt, 6 Mal lagen acute, 26 Mal chronische eitrige Mittelohrentzündungen zu Grunde.

Das kindliche Alter war auffallend wenig betroffen, wohl in Folge des anatomischen Baues des Warzenfortsatzes, der Anfangs keine oder nur horizontal angeordnete Zellen hat, bei sehr stark entwickelter hinterer Felsenbeinwand.

Nur 12 Mal war der Sinus transversus allein thrombosirt, 12 Mal war auch die Vena jugularis, je 3 Mal der Sinus petros. inf. und sup. mitergriffen.

Zumeist war der Thrombus eitrig, resp. jauchig zerfallen, öfters durch eine Fistel mit der Warzenhöhle in Verbindung. Die Phlebotrombose der Jugularis erstreckte sich 7 Mal bis zur Subclavia.

Die Vene zeigte sich dann oft von bohnergrossen Drüsen begleitet, nicht nur ihre Wand, sondern auch das anliegende Gewebe schmutzig gelb bis schwarzbraun verfärbt. Sie war mehrmals an der Schädelbasis von Eiter unlagert, der sich öfters zu grösseren Abscessen anhäufte.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bestanden Durchlöcherungen des Trommelfelles bei oft höchst fötider Eiterung; in 4 Fällen war aber die Entzündung in der Paukenhöhle schon abgelaufen und das Trommelfell nicht mehr entzündet.

Die Warzenzellen waren fast ausnahmslos mit Eiter, Cholesteatommassen oder von Granulationen erfüllt resp. zerstört. Fast in allen Fällen reichte die Erkrankung des Warzenfortsatzes in die Fossa sigmoidea hinein bis an den Sinus. Sehr bemerkenswerth ist das häufige Vorhandensein von Sclerose des Warzenfortsatzes, wobei eine dicke Knoenschicht den Herd des Eiters deckte und denselben den Austritt nach aussen wehrte.

Der Sinus selbst war meist äusserlich verfärbt, oder mit Eiter, Jauche oder Granulationen bedeckt, seine Wand bald verdickt, bald gangränös oder fistulös durchbrochen; zwischen derselben und dem Knochen fanden sich oft grössere Eitermengen. Von cerebralen Complicationen fand sich Hirnabscess in den 34 Fällen 5 Mal, Meningitis 13 Mal; fünf von den übrigen Fällen wurden geheilt. 16 Mal kamen Lungenmetastasen, 4 Mal solche in den Gelenken zur Beobachtung.

Schwindel und Uebelkeit mit Erbrechen oder Brechneigung bestand fast in allen Fällen, ebenso Kopfschmerzen, meistens der kranken Seite entsprechend; auch wurde bei fast allen Kranken Druckempfindlichkeit am Processus mastoideus constatirt. Unruhe, Delirien, Apathie bis zur Somnolenz wurden nicht nur bei den complicirten, sondern auch bei den reinen Fällen beobachtet.

Das wichtigste Symptom war aber die Temperatursteigerung; die Curven sind fast durchweg steil mit häufigen und jähen Schwankungen; in der Mehrzahl der Fälle setzte die Erkrankung mit Schüttelfrost ein, der bald vereinzelt blieb, meist aber von zahlreichen Schüttelfrösten gefolgt war.

In der Hälfte der daraufhin untersuchten 20 Fälle zeigten sich pathologische Veränderungen am Augenhintergrunde, Hyperämie, Neuritis optica und am häufigsten Stauungspapille, ohne dass dabei über das Auge geklagt wurde.

Im Gegensatz zu den Angaben der Literatur entfällt bei diesen Kranken ein grösserer Procentsatz auf die reinen Fälle von Sinuserkrankungen ohne cerebrale Complicationen.

Die Diagnose der Sinusthrombose wird durch ihr Fortschreiten auf die Vena jugularis um Vieles sicherer. Die intravitalen Symptome der früher erwähnten pathologisch-anatomischen Veränderungen sind: Empfindlichkeit längs der Jugularis spontan und bei Druck, Gefühl von einem derben und empfindlichen Strange im Verlaufe und Schwellung der Weichtheile längs derselben, Drüsenschwellung, Schmerz in der

betreffenden Halsseite bei Bewegungen des Kopfes, selbst Torticollis und Schmerzen beim Schlingen trotz intacten Rachens.

Die Prognose ist nicht günstig, Angesichts der Schwierigkeit der Diagnose, Angesichts der im Körper bereits zerstreuten Keime und der Unzulänglichkeit des chirurgischen Eingriffes, der das Fortschreiten der Phlebothrombose weder am peripheren noch am centralen Ende mit Sicherheit aufhalten kann.

Keine Hoffnung bleibt selbstverständlich bei der Complication mit eitriger Leptomeningitis, nur geringe bei circumscripter eitriger Leptomeningitis, Hirnabscess und ausgedehnten pyämischen Metastasen. Die Statistik wird wohl günstiger werden bei zielbewusstem Aufsuchen des Herdes, wie Zaufal es zuerst empfohlen hat. Nur zweifellos ausgeprägte eitrige Meningitis stellt eine Contraindication dagegen dar.

Früher erachtete man bei Sinusthrombose und Pyämie die Aufmeisselung des Antrum mastoideum versuchsweise als zulässig, während heute nach dem Vorschlage von Zaufal das Freilegen des Sinus als Ziel des Handelns gilt. Wenn nach der Eröffnung des Herdes im Warzenfortsatze trotz intacten Sinus schwere pyämische Erscheinungen fort dauern, so liegt die Berechtigung vor, an die Localisation der Thrombose im Bulbus jugularis oder z. B. im Sinus petrosus zu denken und die Unterbindung der V. jugularis vorzunehmen; eine schwächere Füllung der Vene wird diese Annahme unterstützen. Unter allen Umständen gerechtfertigt ist die breite Incision des Sinus, wenn die Punction eitrigen oder jauchigen Zerfall ergeben hat.

Von den 34 Kranken sind 6 geheilt worden. Einer nach ganz expectativem Verhalten, drei nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, zwei durch Entleerung des Eiters aus dem incidirten Sinus. Diese Eröffnung des Sinus wurde im Ganzen 7 Mal ausgeführt.

Gomperz.

Ueber einige wesentliche Verbesserungen meiner federnden Drucksonde und deren therapeutische Anwendung bei gewissen Formen chronischer Hörstörungen. Von Prof. Dr. A. Lucae. (Sonderabdruck aus der Berliner klin. Wochenschrift No. 16, 1894.)

Der Gedanke, dass wegen der grossen selbstständigen Bewegungsfähigkeit des Trommelfelles nur ein Bruchtheil der durch therapeutische Luftentreibungen erzeugten Trommelfellbewegungen auf die Gehörknöchelkette übertragen wird, legte es L. schon vor 10 Jahren nahe, die passiven Bewegungen zum Zwecke der Hörverbesserung an dem von dieser Kette allein zugänglichen Hammergriff direct vorzunehmen. Der von L. zu diesem Zwecke construirte Apparat besteht aus einem Cylinder, in welchem ein Stift federt, der an seinem freien Ende eine Pelotte zum Aufsetzen des Instrumentes auf den kleinen Hammerfortsatz trägt. Da gerade das Aufsetzen des Instrumentes am schmerzhaftesten ist, so soll es gleich so geschehen, dass die Pelotte während der ganzen folgenden Druckbewegungen an derselben Stelle verbleiben kann. Durch eine in neuerer Zeit angebrachte Stopfbüchse ist die Führung des Instrumentes sicherer und das unangenehme Reibegeräusch abgeschwächt worden. Gleichzeitige Application von Kälte in der Form, dass die mit etwas Watte armirte Pelotte vor dem Gebrauche in ein zum Gefrieren gebrachtes Desinficiens

getaucht wurde und vorherige Anaesthesirung mit 10–15 pCt. Cocainlösung stumpfen die Empfindlichkeit des kleinen Fortsatzes bedeutend ab.

Die geübte Hand kann auch diagnostische Vortheile aus dieser Methode ziehen, da sie bald lernt, den Grad des Widerstandes und der Unbeweglichkeit des Hamnergriffes zu ermesen und damit zu erkennen, ob eine Erkrankung des schalleitenden Apparates oder des Labyrinthes vorliegt. Während die vor der Drucksondenbehandlung applicirten Luft-eintreibungen gar keine oder selbst verschlechternde Wirkung gehabt hatten, besserten sie nach derselben angewendet nicht selten das Gehör, weil der schalleitende Apparat befähigter gemacht war, Schallbewegungen des Trommelfelles aufzunehmen. Noch besseren Effect hatte dann die „pneumatische Massage“ mit dem Delstanche'schen Rarefacteur. Bei Atrophie des Trommelfelles ist sie contraindicirt.

Auch subjective Gehörsempfindungen wurden oft durch die Anwendung der Drucksonde beseitigt, auch hier ist, wie bei den Luft-eintreibungen, schon der Erfolg einmaliger Anwendung entscheidend für die Prognose.

Hitschmann.

b) Rhinologische:

Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden. Von Ed. Paulsen. (Mittheilungen f. d. Verein schleswig-holst. Aerzte No. 17, 1893.)

Um Auskunft über das Vorkommen Friedländer'scher oder ihnen ähnlicher Kapselbacillen in der Nasenhöhle zu erhalten, stellte P. systematische Untersuchungen des Nasensecretes bei verschiedenartigen Nasenkrankheiten an, nachdem derselbe im Gegensatz zu Besser, Berliner, Thost, Hajek derartige Bacterien in der gesunden Nasenhöhle und beim sporadischen Schnupfen nicht hatte auffinden können. Zunächst gelang es, das Vorkommen eines zur Friedländer'schen Gruppe gehörenden schleimbildenden Kapselbacillus stets in grossen Mengen, oft als Reincultur sowohl bei der einfachen, atrophirenden Rhinitis als bei der fötiden, atrophirenden Rhinitis festzustellen, so dass also der zur Muschelatrophy führende Entzündungsprocess überhaupt sich durch die Anwesenheit dieser Bacterien auszeichnete. Einen in dieser Beziehung negativen Befund erhielt P. dagegen bei 46 Personen mit gesunder Nase und bei 105 Personen mit anderweitigen acuten und chronischen Erkrankungen der Nasenhöhle, nämlich bei 28 Fällen von sporadischem Schnupfen verschiedener Stadien, 4 fibrinösen Rhinitiden, 13 hochgradigen hyperplastischen Rhinitiden mit Bildung von Schleimpolypen oder papillomatöser Entartung der unteren Muschel, 13 Fällen von lange dauernden einseitigen oder doppelseitigen eitrigen Processen der Nasenhöhle in Folge von Nebenhöhlenentzündungen, Lues, Zahnwurzelerkrankungen u. s. w. und endlich bei 47 einfachen chronischen Rhinitiden mit mehr oder weniger spärlichem und nur geringe eitrige Beimischung zeigendem Secrete. Ein anderes Resultat ergaben dagegen 15 derartige chronische Rhinitiden mit reichlichem, eitrigem, krustenbildenden Secrete, indem sich hier die schleimbildenden Kapselbacillen in enormen Mengen feststellen liessen. Da diese Krankheitsfälle sich nur durch den Mangel der abnormen Kleinheit einer Muschel von den einfachen, atrophirenden Rhini-

tiden unterschieden, sonst aber in jeder Beziehung, in den Krankheitserscheinungen, im Verlaufe, in der Prognose, in dem Widerstand gegenüber therapeutischen Eingriffen mit ihnen übereinstimmen, so glaubt P. mit Rücksicht auf den gleichen bacteriologischen Befund und auf die Thatsache, dass auch die fötide atrophirende Rhinitis nicht immer eine Muschelatrophie erkennen lässt, derartige Fälle den einfachen atrophirenden Rhinitiden zuzählen zu dürfen. Aus seinen Untersuchungen zieht Verf., mit dem Vorbehalt weiterer Bestätigung durch ein grösseres Material, den Schluss, dass dieser schleimbildende, dem Friedländer'schen nahestehende Kapselbacillus eine chronische eitrig-Entzündung der Nasenschleimhaut hervorruft, welche zur Muschelatrophie führen und durch das Hinzutreten eines eigenartigen, seiner Aetiologie nach unbekanntes Foetors complicirt werden kann. Sein Beweismaterial umfasst 51 Fälle, nämlich 13 fötide atrophirende Rhinitiden: davon 9 mit Muschelatrophie, 4 ohne dieselbe, und 38 einfache atrophirende Rhinitiden: 23 mit Muschelatrophie, 15 ohne dieselbe. Die bacteriologischen Einzelheiten müssen nachgesehen werden im Original oder im Centralblatt für Bacteriologie, XIV. Band, No. 8.

Autoreferat.

III. Kritik.

Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen. Von Dr. Rudolf Haug in München. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Während die Krankheiten anderer Organe schon längst mehr oder weniger eingehende Darstellungen bezüglich ihres Zusammenhanges mit den übrigen Organ- und Allgemeinerkrankungen erfahren haben, ist dieses Thema, einige Dissertationen und Vorträge abgerechnet, für das Ohr bisher noch nie in zusammenfassender systematischer Weise behandelt worden. Je zahlreicher und auf den ersten Blick undurchdringlicher die Hindernisse sind, welche sich der modernen Forschung auf dem Gebiete der Medicin entgegenstellen, um so entschiedener musste sich die Ueberzeugung Bahn brechen, dass nur durch ein concentrisches Vorgehen, und von dem Boden der verschiedenen Special-Disciplinen aus, ein wirklicher Fortschritt zu erreichen sein werde. So hat denn die Fülle medicinischer Fragen nicht mehr die Medicin allein beschäftigt, sondern, weit hinausgetragen über den allzu engen Kreis der anatomisch-klinischen Untersuchungsmethoden, haben sie mit wachsender Lebendigkeit ebenso die Experimental-Untersucher, wie eine Reihe hervorragender Botaniker, Chemiker und Physiologen in Bewegung gesetzt, um eine allmähliche Lösung anzubahnen.

Es muss daher als ein höchst verdienstvolles Unternehmen bezeichnet werden — denn die Schwierigkeiten derselben kann nur der Fachmann beurtheilen — wenn Verf. es versucht, auf Grundlage eines reichen Materials die Verbindung zwischen Ohr- und Allgemeinerkrankungen zu schildern. Das 256 Seiten umfassende und 102 Original-Trommelfelder enthaltende Buch ist grösstentheils auf eigene Beobachtungen und Erfahrungen des Verf. aufgebaut und wenn es auch nur dem allgemeinen Practiker gewidmet ist, so besitzt es durch vielseitige Anregung und

durch seine äusserlich und innerlich einheitliche Gestalt den immer schwerer zu erringenden Vorzug, auch dem Ohrenarzt so manche Belehrung zu gewähren.

In 18 Kapiteln werden folgende Erkrankungen als pathogenetisch für das Ohr kurz doch verständlich, erschöpfend geschildert. Acute Infectiouskrankheiten; chronische Infectiouskrankheiten; allgemeine Ernährungsstörungen und Anomalien der Blutmischung; Kreislaufstörungen; Erkrankungen des Urogenitalapparates; Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute; Intoxicationen; Hautkrankheiten, Krankheiten des Verdauungstractus; der Zähne.

Wohin wir blicken, haben wir ein Werk vor uns, dem man die selbstständige Bearbeitung auf jeder Seite ansieht. Wir hören bald den erfahrenen Anatomen, bald den gewandten Physiologen, es tritt uns der geübte Histologe entgegen und last not least der fein beobachtende Kliniker.

Nachdem das Buch zunächst zum Gebrauche des practischen Arztes und der Studirenden bestimmt ist, hat Verf. dementsprechend das Hauptgewicht auf Wiedergabe unseres Wissens gelegt, so weit dasselbe als ein gesichertes und feststehendes allgemein anerkannt ist, und er hat innerhalb dieser Grenzen ein übersichtliches, in allen wesentlichen Zügen vollständiges Bild von dem jetzigem Stand und Umfang unserer Disciplin entworfen. Bei Erörterungen von Fragen, über welche bisher eine Einigung der Ansichten noch nicht hat erzielt werden können, sind die letzteren in objectiver und rein sachlicher Weise wiedergegeben und vielfach hat Verf. dem bereits Bekannten Ergänzungen und Erweiterungen auf Grund eigener Forschung hinzugefügt.

Stets dem eigentlichen und Hauptziele des Buches zustrebend, die sich loslösende Specialität der Gesamtheit wieder anzufügen, hat Verf. kein einziges Moment ausser Acht gelassen und uns genöthigt, den Blick auf jene Gesamttmedizin zu heften, ohne deren gründliche Kenntniss eine jede Specialität sich in's Bodenlose verlieren muss.

Wir begrüssen daher das Werk als eine werthvolle Bereicherung unserer Literatur und sind überzeugt, dass der Autor damit Gebiet und Richtung für weitere Studien vorgezeichnet hat.

Die Verlagsbuchhandlung hat das gediegene Werk mit Bezug auf Papier, Druck und Tafeln auf das Würdigste und Munificenteste ausgestattet.

Dr. Kornel-Lichtenberg.

I N H A L T.

I. Originalien: Schubert: Zur Casuistik schwerer Complicationen der Otitis. — Koerner: Gestielte Exostosen neben der Spina supra meatum. — Ziem: Zur Operation der adenoiden Vegetationen. — Gomperz: Bericht über die Sitzungen der Section „Ohrenheilkunde“ der 66. Versammlung d. Naturforscher und Aerzte in Wien (Schluss). — II. Referate: a) Otologische: Bürger: Angeborene Missbildung der Ohrmuschel und Otoplastik. — Jansen: Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen. — Lucae: Ueber einige wesentliche Verbesserungen meiner federnden Drucksonde und deren therapeutische Anwendung bei gewissen Formen chronischer Hörstörungen. — b) Rhinologische: Paulsen: Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden. — III. Kritik: Haug: Die Krankheiten des Ohres in ihren Beziehungen zu den Allgemeinerkrankungen.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W 35, Gerthnerstr. 8.

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

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Prag), Docent Dr. **Gempers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubitski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onedi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER

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

Dr. N. RÜDINGER

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTER

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 2½ 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. XXVIII.

Berlin, December 1894.

No. 12.

I. Originalien.

Ein Fall von tuberculöser Otitis media, nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesses.

Vortrag

gehalten in der Warschauer Medicinischen Gesellschaft am 17. April 1894 und auf dem VII. Congress polnischer Aerzte und Naturforscher in Lemberg am 24. Juli 1894

von

Dr. L. Guranowski (Warschau).

M. H.! Im December v. J. habe ich Ihnen den 10 jährigen Patienten David Hereman wegen ausgedehnter Zerstörungen des Mittelohres vorgestellt und ein Präparat, welches aus dem Ohre des Kranken stammte, demonstirt. Es war ein Tumor der rechten Trommelhöhle, ein harter Polyp, in welchem die Ohrknöchelchen resp. Reste des cariösen Hammers und des Ambos eingebettet waren. Ich habe damals auf das otoscopische Bild aufmerksam gemacht und hervorgehoben, dass die hintere Paukenhöhlenwand eine grauweisse, der Schleimhaut resp. des Periosts beraubte Oberfläche darstellt, bei der Berührung mit der Sonde sich rau anfühlt, dass wir es mit einem Worte mit einer ausgebreiteten Necrose des Felsenbeins zu thun haben.

Die genaue Untersuchung des Kranken ergab krankhafte Veränderungen in den verschiedenen Organen, welche in Zusammenhang mit dem Verlauf der Ohraffection und der microscopischen resp. bacteriologischen Untersuchung des Ohreiters, der aus der Paukenhöhle entfernten Tumormassen und der Untersuchung des Harnes die Diagnose eines tuberculösen Processes des Mittelohres ermöglichte.

Der Kranke stammt von gesunden Eltern, der Vater lebt, die Mutter ist vor 5 Jahren nach einem Abort gestorben. Unser Patient ist das älteste Kind der Familie, der 8jährige Bruder und die 6jähr. Schwester des Patienten sind gesund. Bis zum achten Lebensjahre hat Patient keine Krankheiten durchgemacht.

Im September 1892 erkrankte er an Scharlach. Der Ausschlag soll unbedeutend gewesen sein und nur kurze Zeit bestanden haben. Im Pharynx soll eine diphtheritische Entzündung constatirt worden sein. In der Reconvalescenz nach dem Scharlach trat bei dem Kranken ein Oedem des Gesichts auf und im Urin wurde Eiweiss nachgewiesen. Im November desselben Jahres bemerkte der Vater eine langsam, aber stets zunehmende Vergrösserung des Bauchumfanges und placirte deshalb den Patienten im Israelitenhospital zu Lublin. Der Kranke blieb im Hospital während vier Wochen. Während seines Aufenthaltes im Hospital betrug der grösste Bauchumfang, gemessen in der Nabelhöhe, 69 Ctm. Eiweiss wurde zu dieser Zeit im Urin nicht nachgewiesen. Im April 1893 traten Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk ein. Das Gelenk war geschwellt, schmerzhaft bei der Berührung, und der Kranke konnte keine Bewegungen mit der rechten oberen Extremität ausführen. Die Schmerzen liessen allmählig nach, die Bewegungen konnten ausgeführt werden, es blieb eine unbedeutende Schwellung zurück. Im Juli stellte sich eine Schwellung des rechten Kniegelenkes ein, die Schmerzen waren sehr stark und das Gehen unmöglich. Im October trat eine Otorrhoe des rechten Ohres auf. Ueber Ohrenscherzen hat Pat weder vor dem Eintritt des Ohrenflusses noch im späteren Verlauf geklagt.

Am 5. November 1893 habe ich den Patienten zum ersten Male gesehen. Er consultirte mich wegen rasender Schmerzen des rechten Ohres und der ganzen rechten Kopfhälfte. Die Schmerzen dauern seit fünf Tagen. Der Kranke hat den Appetit verloren und bringt die Nächte schlaflos zu.

Bei der Untersuchung constatirte ich im rechten Meatus audit. ext. einen kirschengrossen, aus der Oeffnung des Gehörganges hervortretenden Tumor. Derselbe war gangränös, von braunschwarzer Farbe. Beim Emporheben der Geschwulst mit der Sonde fiel der Tumor spontan ab. Die otoscopische Untersuchung ergab, dass der ganze äussere Gehörgang mit harten neugebildeten Massen erfüllt war. Einen Stiel konnte ich nicht finden, und ich überzeugte mich mit der Sonde, dass die polypösen Neubildungen nicht nur den äusseren Gehörgang, sondern auch die Paukenhöhle vollständig erfüllten.

Inmitten des spontan abgefallenen Tumors befand sich der Hammer resp. ein Ueberrest des cariösen Hammers und der Ambos. Die cariöse Zerstörung des Hammers trat wahrscheinlich in einer früheren Periode der Erkrankung auf, denn es blieb nur ein Theil seines Kopfes übrig, während die Caries des Ambosses nur seine Gelenkenden afficirt hat.

Die Ohreiterung war sehr profus und stinkend. Der Warzenfortsatz war äusserlich nicht verändert; bei der Palpation konnte man an demselben, namentlich an seiner Spitze, eine starke Schmerzhaftigkeit constatiren. Der Kranke hört weder laute Sprache, noch das Ticken der Uhr. Die Stimmgabeln, sowohl die hohen wie die niedrigen, hört der Kranke beim Weber'schen Versuch deutlich auf der rechten Seite. Rinne negativ.

Bei der Untersuchung der inneren Organe haben wir Folgendes notirt: Die Percussion des Brustkorbes ergiebt in der linken hinteren und unteren Partie der Lunge eine absolute Dämpfung des Percussionschalles. Die Dämpfung beginnt auf der Höhe des *Angulus scapulae*. Bei der Auscultation hört man überall vesiculäres Athmen und an den Stellen, welche der Dämpfung entsprechen, wird kein Athmungsgeräusch gehört. Rasselgeräusche sind nirgends zu hören. Der Kranke hustet nicht. Die Bronchophonie ist in den unteren Partien der linken Lunge im Vergleich mit der rechten Seite bedeutend abgeschwächt (*Pleuritis exsudat*). Der Bauch ist stark vergrössert, in der Nabelgegend kegelförmig gewölbt. Auf der Haut des Bauches sieht man einen stark entwickelten Venenkranz (*Caput medusae*). Bei der Rückenlage des Kranken tritt in der Nabelgegend eine längliche Hervorwölbung auf, dieselbe ist in ihrer Mitte breit und verjüngt sich nach oben und unten. Man überzeugt sich bei der Palpation mit Leichtigkeit, dass wir es mit einer *Hernie der Musc. recti* zu thun haben.

Bei der Percussion des Bauches bekommt man überall einen gedämpften Schall, derselbe geht an den seitlichen Bauchpartien in absolute Dämpfung über (*Peritonitis exsudativa*). Die Leber ist nach oben verschoben und stark vergrössert, der Rand des linken Leberlappens ist deutlich ein fingerbreit unter dem Rippenbogen zu fühlen. Die Milz ebenfalls vergrössert. Der Bauch ist nirgends schmerzhaft.

Der Kranke hat guten Appetit, die Verdauung geht normal von Statten, der Stuhl normal. In der Mundhöhle und im Pharynx konnte nichts Abnormes constatirt werden. In der rechten Nasenhöhle eine sehr starke Schwellung der Septumschleimhaut. Die Herzgrenzen normal, die Herztöne rein. Der Kranke ist blass und schlecht genährt.

Das rechte Ellenbogengelenk geschwellt, die Umrisse des Gelenkes sind verschwommen, Schmerzhaftigkeit nicht vorhanden. Bei der Palpation ersehen wir, dass ein periarticuläres Exsudat noch besteht. Die activen und passiven Bewegungen werden frei und ohne Schmerzen ausgeführt.

Das rechte Kniegelenk stark geschwellt, schmerzhaft bei der Berührung, namentlich in der *Fossa poplitea*. Der Umfang des rechten Gelenkes beträgt 28 Ctm., während der Umfang des linken gesunden Kniegelenkes nur 24 Ctm. beträgt (*Tumor albus*). Sowohl beim Stehen wie in liegender Position behält der Kranke das Kniegelenk in Flexionsstellung, welche wahrscheinlich die Schmerzhaftigkeit verringert. Jeder Versuch, das Gelenk zu bewegen, steigert die Schmerzhaftigkeit in bedeutendem Grade.

Auf der vorderen Fläche des rechten Oberarms in seinem unteren Drittheil befindet sich ein haselnussgrosses Gumma. Die Geschwulst ist leicht verschiebbar, ziemlich stark geröthet und von weich-elastischer

Consistenz. Die Lymphdrüsen sind nirgends vergrössert. Die Körpertemperatur ist nicht erhöht, gemessen zwei Mal täglich während einiger Wochen überschritt dieselbe niemals 37° C.

Die Untersuchung des Harnes ergab Eiweiss und im Sedimente sowohl frei liegende wie auch in den Zellen gelegene Tuberkelbacillen. Bei der Untersuchung des Blutes, welche am 14. Februar 1894 vorgenommen wurde, konnte eine Oligochromaemie, Leucocytose und Neutrophilie nachgewiesen werden. In einem Kubikmillimeter waren 12000 Leucocythen und das Verhältniss derselben zu den rothen Blutkörperchen betrug 1:408. Die bedeutende Vermehrung der neutrophilen Zellen muss theilweise mit der Eiterung, theilweise aber mit der Tuberculose in Zusammenhang gebracht werden.

Im Eiter, welcher aus der Paukenhöhle entnommen wurde, konnte ich bei mehrmaliger Untersuchung Tuberkelbacillen, wenn auch in geringer Zahl (1—2 im microscopischen Felde), neben Streptococcen nachweisen. In der Detritusmasse, welche mittelst Einstrich aus dem Hautgumma entnommen wurde, konnten neben Diplococcen und Streptococcan auch Tuberkelbacillen constatirt werden.

Die microscopische Untersuchung der polypösen Massen, und zwar des grösseren Tumors, welcher spontan abfiel, und der kleineren, später operativ entfernten Neubildungen, zeigt folgenden Befund: Der Bau des spontan abgefallenen Tumors ist sehr ähnlich einem Angiom. Er besteht aus einer grossen Zahl breiter, dünnwandiger Gefässe, zwischen welchen mehr oder weniger reichliches Bindegewebe mit Spindelzellen und fibröse Intercellularsubstanz zu sehen ist. Die dickeren Bälkchen, welche die Gefässe scheiden, sind mit einer geringen Zahl kleiner lymphoiden Zellen infiltrirt. An denjenigen Stellen, wo die Gefässwände dünn sind und aneinander liegen, communiciren die Gefässe untereinander. Inmitten des angiomatösen Gewebes sieht man hier und da Tuberkel, welche das ganze microscopische Feld (Zeiss DD. Ocul. 3), ja sogar noch einen grösseren Raum einnehmen. Die Peripherie des Tumors ist stark, kleinzellig infiltrirt und theilweise ulcerirt; Epithel ist nirgends sichtbar.

Der Bau der kleineren, aus der Trommelhöhle entfernten Neubildungen zeigt ein typisches Tuberkelgewebe mit einer grossen Zahl Riesenzellen, mit käsigen Herden und Detritus. Auf der Peripherie einzelner Tuberkelconglomerate sieht man eine beginnende Entwicklung von fibrösem Gewebe. Die Adventitia der Gefässe ist verdickt und kleinzellig infiltrirt, die Media ebenfalls infiltrirt, wenn auch in geringerem Grade. In den Präparaten aus den Geweben, welche aus dem grösseren Tumor und aus den kleinen Neubildungen angefertigt wurden, konnten wir ebenfalls, wenn auch nur einzelne Tuberkelbacillen nachweisen.

In drei Sitzungen habe ich aus der rechten Paukenhöhle mittelst des Hartmann'schen scharfen Löffels die neugebildeten polypösen Massen entfernt, und diejenigen Collegen, welche den Kranken in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft am 5. December untersucht haben, konnten sich überzeugen, dass die hintere Paukenhöhlenwand deutlich als eine grauweisse Fläche im otoscopischen Bilde sichtbar war.

Die Eiterung wurde nach der Operation bedeutend geringer, die Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes ist geschwunden und die Kopfschmerzen liessen nach.

Antiseptische Ausspritzungen und ein Jodoformgazeverband wurden im weiteren Verlauf angewandt.

Nach Verlauf von einer Woche hat sich bei einer Ausspritzung des Ohres der Stapes vollständig gelöst und wurde in toto aus dem Ohre entfernt. Bei den weiteren Ausspritzungen lösten sich später noch kleinere und grössere Knochenpartien des Felsenbeines. Zur Zeit kann ein necrotischer Sequester constatirt werden und im unteren Abschnitt der Trommelhöhle schiessen Granulationen hervor. Patient steht noch in meiner Behandlung und die Therapie besteht in Eingiessungen von Balsam. peruvianum in die Trommelhöhle nach gründlicher Reinigung derselben.

Angesichts des peritonitischen und pleuritischen Exsudates, der tuberculösen Affection des Ellenbogen- und Kniegelenkes, der Tuberculose der Nieren und der Hauttuberculose unterliegt es kaum einem Zweifel, dass in unserem Falle nach einer Scarlatina zuerst eine tuberculöse Peritonitis und erst später Tuberculose anderer Organe und Tuberculose des rechten Mittelohres aufgetreten ist.

Es fragt sich nun, wie sollen wir in diesem Falle vorgehen? Was die Ohraffection anbetrifft, so glaube ich, gestützt auf meine eigene Erfahrung und die Erfahrung Anderer, die Abstossung des Sequesters abwarten zu müssen. Aseptische Ausspritzungen und Eingiessungen von Bals. peruvian. in das Ohr müssen einstweilen die einzige therapeutische Maassnahme bilden.

Die Behandlung der tuberculösen Affectionen der zahlreichen inneren Organe muss meiner Meinung nach, bei der grossen Verbreitung des tuberculösen Processes, auf eine entsprechende diätetische und klimatische Kur beschränkt bleiben, denn von einer chirurgischen Behandlung der Tuberculose des Peritoneum und der Pleura kann hier kaum die Rede sein.

Die Tuberculose des Kniegelenks könnte mit Injection von Jodoformemulsion, eventuell mit einer Combination derselben mit der Bier'schen Methode eingeleitet werden, und die günstigen Resultate von Zeller¹⁾ und Mikulicz²⁾ sprechen auch dafür, dass ein günstiges Resultat auch in unserem Falle erzielt werden könnte.

An den obigen Fall möchte ich einige allgemeine Bemerkungen über die Entstehung, den klinischen Verlauf, die Prognose und Therapie der Mittelohrtuberculose anknüpfen.

Die Tuberculose der Ohrmuschel, welche als Lupus auftritt und von den lupösen Efflorescenzen auf anderen Hautpartien sich nicht unterscheidet, will ich nur kurz erwähnen. Die lupöse Affection tritt hier in der Form von Lupus vulgaris und Lupus erythemathodes auf, entweder primär oder secundär bei lupöser Affection des Gesichtes. Haug hat ausserdem noch eine Form von circumscripiter Knotentuberculose, welche hauptsächlich den Lobulus betrifft, beschrieben. Die tuberculöse Affection der Ohrknorpel tritt als Perichondritis der Ohrmuschel auf und führt zu bedeutenden Missgestaltungen der Muschel.

Die Mittelohrtuberculose tritt in der Mehrzahl der Fälle als Com-

1) Centralbl. für Chirurgie, No. 1, 1894.

2) Ibidem, No. 12. 1894.

plication der Lungentuberculose und der Tuberculose anderer Organe auf, kann aber auch primär im Ohre sich entwickeln.

Die Infection des Mittelohrs von der Tuba Eustachii aus wird allgemein als die häufigste betrachtet. Und in der That, man muss berücksichtigen, dass bei Tuberculose der Nase, der Nasenrachenhöhle und der Lungentuberculose die Schlingbewegungen, der Husten, das Nasenschneuzen, mit einem Worte, alle Zwangsbewegungen, welche im Stande sind, die Tubenmündungen zu lüften, Schleim, Sputumpartikel etc., welche Tuberkelbacillen enthalten, in die Paukenhöhle schleudern können, dann wird es auch verständlich werden, dass auf diese Weise Tuberkelbacillen mit Leichtigkeit in die Trommelhöhle gelangen können und ihre Schleimhaut inficiren.

Die erweiterten Tubenmündungen, welche wir gewöhnlich bei Phthisikern antreffen, erleichtern noch in hohem Maasse das Eindringen der infectiösen Massen.

Die bahnbrechenden Untersuchungen von Habermann³⁾, welche sehr viel zur Aufklärung der Mittelohrtuberculose beigetragen haben, haben erwiesen, dass zuerst die Paukenhöhlenschleimhaut in dieser Weise inficirt wird und dass erst später der tuberculöse Process, durch Verbreitung in den unterhalb der Schleimhaut gelegenen Gewebsschichten, durch Bildung von tuberculösen Infiltraten und einzelner Tuberkel und Zerfall der letzteren durch Bildung von Ulcerationen auf das Knochengewebe übergreift. Eine Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn lässt sich jedoch nicht vollkommen ausschliessen. Es sprechen dafür diejenigen Fälle, in welchen bei unzweifelhafter Tuberculose des Mittelohres (Bacillen im Eiter und im Gewebe der Paukenhöhlenschleimhaut) die Schleimhaut der Tuba Eustachii keine krankhafte Veränderung zeigt. Andererseits, wie könnte man sich die Entstehung von tuberculöser Affection des Mittelohres bei sogenannten scrophulösen Kindern erklären, und schliesslich diejenigen Fälle, in welchen eine primäre Tuberculose des Schläfebeines resp. des Warzenfortsatzes ohne gleichzeitige Affection der Paukenhöhle vorliegt. Wir müssen also mit Moos⁴⁾ annehmen, dass die Infection der Paukenhöhle sowohl auf dem Wege der Tuba Eustachii, wie auch durch die Blut- und Lymphbahn eintreten kann.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche wir im Mittelohre beobachten, betreffen das Trommelfell, die Paukenhöhle, die Tuba Eustachii und den Warzenfortsatz. Schwartz⁵⁾ hat Tuberkel des Trommelfelles bei Kindern, welche mit Miliartuberculose behaftet waren, beschrieben. Dieselben waren von Stechnadelkopfgrosse und grösser. Das ganze Trommelfell war in diesen Fällen getrübt, graugelb, und die Trübung war von einem schleimig-eitrigen Exsudat in der Trommelhöhle abhängig. Bei der Untersuchung dieser Fläche an der Leiche erschienen dieselben, von der Paukenhöhle betrachtet, etwas gewölbt und überragten ein wenig das Niveau der Schleimhaut, auch waren sie genau abgegrenzt. Bei Erwachsenen mit chronischer Lungentuberculose hat Schwartz

³⁾ Ueber die tuberculöse Infection des Mittelohres. Prager Zeitschr. für Heilkunde, Bd. 6, u. Zeitschr. für Heilk., 1888.

⁴⁾ Zeitschr. für Ohrenheilk., Bd. 20.

⁵⁾ Lehrb. d. Ohrenheilk., S. 124.

ebenfalls oft gelbliche, etwas über das Niveau erhabene Flächen beobachtet, welche rasch ulcerirten. Die auf dem Trommelfell auftretenden Knötchen verursachen, indem sie rasch zerfallen, Perforationen des Trommelfells an mehreren Stellen. Diese Perforationen fliessen dann zusammen und bilden in dieser Weise eine grosse Perforation oder 2 resp. 3 Perforationen, welche durch einen Streifen Trommelfellgewebe getrennt erscheinen. Dieser ganze Vorgang spielt sich ohne bedeutende Reaction des Trommelfells ab, es tritt weder Schwellung noch Hyperämie ein. Am häufigsten localisirt sich die Trommelfelltuberculose in der unteren Trommelfellhälfte (Habermann), obgleich auch in den hinteren und oberen Abschnitten das Auftreten primärer Herde beobachtet wurde, und Albert H. Buch⁶⁾ betrachtet sogar die Entstehung von Perforationen in den hinteren oberen Abschnitten des Trommelfelles als charakteristisch für tuberculöse Affection des Trommelfelles. Ein ganz ähnliches Bild sehen wir bei der eitrigen Otitis media im Verlauf von allgemeiner Tuberculose, wir unterscheiden aber eine selbstständig entstandene Myringitis tuberculosa, welche ohne gleichzeitige Affection des Mittelohres auftreten kann.

Die Perforationsränder sind verdickt, erhaben und oft mit Granulationen bedeckt. Bei der microscopischen Untersuchung sehen wir eine Zellenwucherung sowohl in senkrechter wie auch in horizontaler Richtung und es können sich polypöse Wucherungen bilden. Hier und da sehen wir eine stärkere Gefässinjection, eine Infiltration der Gefässwandungen und des Trommelfellgewebes mit runden und mehrkernigen Zellen. Die pathologischen Veränderungen in der Paukenhöhle sind Dank den Arbeiten von Steinbrügge, Truckenbrod, Habermann, Moos und Gomperz recht genau untersucht.

Die Paukenhöhlenschleimhaut ist geschwellt und mit kleinzelligen Infiltraten versehen. Hier und da geht dann die kleinzellige Infiltration in einen typischen Tuberkel über. In einer späteren Periode tritt käsiger Zerfall des Tuberkels ein, namentlich im Centrum, oder es bilden sich in einem zarten Netz zahlreiche Conglomerate von kleinen Zellen und einzelne Riesenzellen. Das Epithel erscheint getrübt oder vollständig zerstört, die kleinzellige Infiltration dringt durch die Schleimhaut in das Periost, entblösst den Knochen und führt schliesslich zur oberflächlichen Caries oder zu tieferen Zerstörungen und Knochen necrose.

Habermann behauptet, dass die Gegend des Promontoriums am häufigsten afficirt erscheint, während Gomperz die Gegend der Fenster und des Atticus tympanicus als die am häufigsten von tuberculöser Affection behafteten aufstellt.

Wie ich schon oben bemerkt habe, verbreitet sich der tuberculöse Process in der Tiefe und führt zu ausgedehnten curiösen Zerstörungen des Felsenbeins, welche in manchen Fällen colossale Strecken einnehmen. Einer cariösen Zerstörung unterliegen auch die Gehörknöchelchen. Die Schleimhautfalten, welche die Gehörknöchelchen umgeben, zeigen tuberculöse Infiltrate, welche dann auf das Periost der Gehörknöchelchen sich verbreiten. Schon v. Tröltzsch⁷⁾ hat darauf aufmerksam gemacht,

⁶⁾ New-York med. Journal, 1886, u. Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 24.

⁷⁾ Gesammelte Beiträge zur pathol. Anatomie des Ohres, St. 94.

dass bei der Caries der Gehörknöchelchen immer nur das Köpfchen des Hammers übrig bleibt, während das Membrum verloren geht. Infolge des cariösen Processes, welcher am Hammerhalse vor sich geht, wird der Hammer an dieser Stelle vom Köpfchen abgelöst und fällt dann ab.

Gleichzeitig mit dem Hammer wird auch der Ambos von der Caries ergriffen, seltener der Stapes. Schwartz⁸⁾ hat eine partielle Zerstörung der Stapesplatte bei einem an Miliartuberculose verstorbenen Kinde beobachtet und citirt ausserdem zwei eigene Beobachtungen und einen Fall von Böck, in welchem bei Tuberculose eine vollständige Ablösung des Stapes eingetreten ist. Das seltene Ergriffensein der Stapesplatte erklärt Steinbrügge damit, dass die innere Fläche der Stapesplatte vom Endosteom des Vestibulum bedeckt ist, welches nicht direct der Einwirkung des Krankheitsprocesses ausgesetzt ist. Ausserdem wird derselben genügend Ernährungsmaterial von den Labyrinthgefässen zugeführt, während die Ernährung des Hammers und des Ambosses auf die sie umgebenden Weichtheile angewiesen ist und diese unterliegen doch rasch einer Necrose. Unser oben citirter Fall ist auch in dieser Hinsicht lehrreich und bestätigt gewissermassen die Steinbrügge'sche Ansicht. In unserem Falle musste in Folge einer bedeutenden necrotischen Zerstörung des Felsenbeins das Endosteom vom tuberculösen Process ergriffen werden und der Stapes wurde vollständig ausgestossen.

Die Tuba Eustachii wird sowohl an ihrem pharyngealen wie auch am tympanalen Ende vom tuberculösen Process ergriffen. Die pharyngeale Oeffnung wird gewöhnlich bei Pharynx tuberculose in Mitleidenschaft gezogen. Schwartz hat tuberculöse Geschwüre, welche in die untere Oeffnung der Tuba Eustachii drangen, gesehen. Die Geschwüre waren recht tief und haben auch die Knorpel ergriffen. Wendt hat ebenfalls solche Geschwüre gesehen, dieselben sassan an den Lippenrändern der Tubenöffnung, ausserdem hat dieser Autor miliare Tuberkel beobachtet. Diese Ulcerationen können vernarben und es bilden sich in diesen Fällen recht dicke und feste Narben, welche entweder zur Stenose oder auch zum vollständigen Verschluss der Oeffnung führen können.

Es können auch paretische und paralytische Zustände der Tubenmuskeln neben Schleimhautulcerationen auftreten. Ausser diesen secundär entstandenen Ulcerationen der Tuba Eustachii wurden auch primäre tuberculöse Salpingitiden, wenn auch selten, beobachtet.

Die Knochenwände der Paukenhöhle zeigen bei Tuberculose, wie schon oben bemerkt wurde, bedeutende cariöse Zerstörungen.

Ein viel grösseres practisches Interesse bieten für uns die in dem Warzenfortsatze sich abspielenden tuberculösen Prozesse. Die Tuberculose des Warzenfortsatzes ist eine ziemlich häufige Affectio und kann primär oder secundär auftreten.

Die secundären Formen sind bedeutend häufiger und entwickeln sich allmählig im Verlauf einer chronischen Otitis media suppurativa bei tuberculösen Patienten. Der Process dringt allmählig von der Paukenhöhle in das Antrum mastoideum und dann in die Zellen des Warzenfortsatzes. In den vom tuberculösen Process ergriffenen Warzenfortsätzen finden wir grosse, mit ausgenagten Rändern versehene Löcher oder

⁸⁾ L. o.

mehrere kleinere Oeffnungen. Die Oeffnungen sind vollständig mit käsigen Massen, mit zerfallenen blassen Granulationen und kleinen abgelösten Knochenpartikelchen erfüllt. Wir haben mit einem Worte ein typisches Bild einer Otitis tuberculosa vor uns. Von der Dauer des Krankheitsprocesses wird eine mehr oder weniger ausgebreitete Zerstörung des Knochens abhängig sein. Die Schleimhaut des Antrum und der Zellen des Warzenfortsatzes ist geschwollen, das Epithel getrübt und in weit fortgeschrittenen Fällen treten Infiltrate der Schleimhaut und Tuberkel auf. Die Infiltrate erreichen schliesslich das Periost und den Knochen und führen zur Caries necrotica.

Ich gehe jetzt zur Beschreibung des klinischen Verlaufes der Mittelohr-Tuberculose über. Wir müssen hier unterscheiden eine acute und eine chronische Otitis media.

Es muss hervorgehoben werden, dass die acute Form ein charakteristisches Symptom zeigt, welches dieselbe von der genuinen Otitis media deutlich unterscheidet, d. i. ein fast absoluter Mangel an Schmerzhaftigkeit. Bei der genuinen Otitis media sind die Schmerzen vor dem Eintritt der Trommelfellperforation sehr stark und dauern so lange, bis das Trommelfell perforirt wird und das Exsudat resp. der Eiter nach aussen seinen Ausweg findet. In den Fällen von acuter Otitis media tuberculosa ist die eintretende Perforation des Trommelfells das Resultat vom Zerfall der Tuberkel und damit können wir uns den Mangel von Schmerzen erklären. Die Kranken klagen auch dementsprechend in der Periode vor dem Eintritt der Perforation nur über Ohrensausen und Gehörsabnahme. Die Untersuchung solcher Kranken erweist eine bedeutende Abnahme des Gehörs, ein mehr oder weniger getrübtetes Trommelfell und an einer oder mehreren Stellen kleine Trommelfellperforationen. Die von Schwartz zuerst beschriebenen Tuberkel des Trommelfells habe ich bei einem 20jährigen Jüngling mit Lungentuberculose beobachtet. In diesem Falle, welchen ich während einiger Monate beobachtet habe, konnte ich genau einen Zerfall von vier Knötchen und das Zusammenfliessen der aus ihnen entstandenen Perforationen in eine grosse Perforation im unteren hinteren Quadranten sehen. Der Kranke ist an Lungentuberculose gestorben. In der letzten Zeit konnte ich ausserdem bei einer 28jährigen Dame, welche eine rechtsseitige Otitis media hatte, ebenfalls zwei Knötchen zu beiden Seiten einer im vorderen unteren Quadranten des Trommelfells sitzenden Perforation beobachten. Die rechte Lungenspitze war Sitz eines tuberculösen Processes. In meinen Fällen habe ich die Beobachtung machen können, dass die Tuberculose des Trommelfells und des Mittelohrs meistens nur auf ein Ohr beschränkt geblieben ist, und zwar war in der Mehrzahl der Fälle die rechte Seite die häufiger ergriffene. Bobone hat im Gegentheil am häufigsten die linke Seite notirt und bringt dies in Zusammenhang mit der häufigeren Affection der linken Lungenspitze. In den beiden Fällen von Eschle war ebenfalls die linke Seite ergriffen. Fränkel hat wiederum 3 Mal das rechte Ohr, während v. Tröltsch 3 Mal das rechte und 2 Mal das linke Ohr notirt hat. In den Fällen von Nathan war kein Unterschied in dem Ergriffensein der Seiten. Es erscheint also, dass die Häufigkeit des Ergriffenseins dieser oder jener Ohrseite vom Zufall abhängig ist. In denjenigen Fällen, wo wir es mit doppelseitiger Ohr-

affection zu thun hatten, waren meist auch beide Lungen von der Tuberculose befallen.

Die Ohrenärzte haben sehr selten Gelegenheit, tuberculöse Ohr-affectionen in ihren Anfangsstadien zu beobachten. Es wiederholt sich auch hier dasselbe, was wir überhaupt von den Krankheiten des Ohres im Allgemeinen sagen können. Sowohl der Kranke, wie auch der Arzt richten ihr ganzes Augenmerk auf den Larynx, Pharynx und die Lungen. Dem Ohr wird nicht die geringste Aufmerksamkeit geschenkt.

Ich erkläre mir dies erstens durch den geringen oder ausbleibenden Schmerz und zweitens durch die Einseitigkeit der Affection. Ausserdem hat weder der Arzt, noch der Patient die leiseste Ahnung davon, dass dem Patienten seitens des Ohres die grösste Gefahr drohen kann. Erst nachdem durch eine Mischinfection resp. mit Streptococcen eine Verbreitung des Processes und Schmerzen eintreten, erst dann wird dem Ohr Aufmerksamkeit geschenkt, und bei der in dieser Periode vorgenommenen Untersuchung finden wir bereits bedeutende Zerstörungen der Trommelfelle, Caries der Gehörknöchelchen, Granulationen, Caries des Felsenbeines und des Warzenfortsatzes. Diese Fälle führen sehr selten zur Heilung, alle möglichen therapeutischen Methoden erweisen sich nutzlos und es tritt in den meisten Fällen in relativ kurzer Zeit der Tod ein in Folge von tuberculöser Meningitis oder in Folge einer Ausbreitung der Lungentuberculose.

Aus einer grossen Anzahl von mir beobachteten Fällen von Otitis media tuberculosa möchte ich eine kurze Beschreibung einiger Krankengeschichten mittheilen, da dieselben am besten die charakteristischen Merkmale der tuberculösen Mittelohrentzündungen und ihren Verlauf illustriren.

Beobachtung I. Im April 1891 consultirte mich Herr P. S. Patient ist 40 Jahre alt und leidet seit 3 Jahren an den Lungen. Der Kranke wurde von Dr. Nieszkowski behandelt. Patient hustet fortwährend, wirft eine grosse Quantität Sputum aus und hat nächtliche Schweisse. Die Körpertemperatur ist erhöht. Aus beiden Ohren fliesst seit mehreren Wochen reichlich Eiter. Das Gehör bedeutend herabgesetzt, der Kranke hört laute Sprache undeutlich dicht vor der Ohrmuschel. Die Taschenuhr wird nicht gehört, die Stimmgabeltöne sehr schwach am Processus mastoideus.

Am linken Warzenfortsatz empfindet Patient beim Druck unbedeutende Schmerzen; äusserlich zeigt der Warzenfortsatz weder Schwellung noch Röthung. Im Paukenhöhleneiter — Tuberkelbacillen. Die Trommelfelle zeigen beiderseits zwei Perforationen, welche symmetrisch im hinteren unteren und im vorderen unteren Quadranten gelegen sind und durch den cariösen Hammer, welcher in der Gestalt eines Nagels hineinragt, getrennt erscheinen. Die Schleimhaut der Paukenhöhle ist mit reichlichem Eiter bedeckt, welcher aus der Tiefe hervorquillt. Nach dem Austrocknen sieht man die blasse hintere Paukenhöhlenwand. Ich habe den Kranken während 4 Wochen beobachtet und alle möglichen in diesen Fällen empfohlenen Mittel angewandt; ohne jeglichen Erfolg. Der Krankheitsprocess verbreitete sich in der Richtung des Atticus tympanicus und gegen das Antrum. Ich verordnete dem Kranken einen Sommeraufenthalt auf dem Lande und local antiseptische Ohrbäder. Ich habe

später erfahren, dass Patient nach Verlauf von 1½ Jahren seinem Lungenleiden erlag.

Beobachtung II. Dieser Fall ist ein stud. med., welchen ich zufällig im Ambulatorium des St. Rochus-Hospitals untersucht habe. Bei der Untersuchung fand ich eine ziemlich grosse Perforation im vorderen unteren Quadranten des Trommelfells und eine zweite ganz kleine Randperforation hinten unten in der Nähe des Annulus tympanicus. Der Rest des Trommelfells war getrübt, nirgends weder Hyperämie noch injicirte Gefässe zu sehen. Aus der Trommelhöhle trat etwas Eiter hervor. Der Warzenfortsatz war bei der Palpation nicht schmerzhaft und äusserlich nicht verändert. Das Gehör bedeutend herabgesetzt. Da der Process im Ohre, welcher einige Wochen dauerte, ohne Schmerzen auftrat, zu einer grossen Perforation geführt hat und eine bedeutende Herabsetzung des Gehörs verursachte, da ausserdem noch eine zweite kleine Perforation, welche sehr ähnlich denjenigen war, die bei Tuberculose des Trommelfells auftreten, bestand, so stellte ich in diesem Falle die Diagnose: Tuberculose des rechten Mittelohres. Der Eiter wurde auf Tuberkelbacillen nicht untersucht. Meine Diagnose, welche ich in Anwesenheit des Patienten laut ausgesprochen habe, veranlassten denselben, wie ich später erfahren habe, zu behaupten, dass ich einen diagnostischen Fehler begangen habe, da er doch niemals lungenleidend war und hereditär nicht belastet ist. Patient suchte später Hilfe bei anderen Specialisten, ob er aber denselben meine Diagnose mitgetheilt hat, weiss ich nicht anzugeben. Sicher ist aber, dass der Kranke nach Verlauf von einigen Monaten Hämoptoe bekam und dass sich bei demselben Tuberculose der Lungen entwickelt hat.

Der obige Fall beweist uns, dass die Tuberculose des Ohres ein frühzeitiges Symptom der sich später entwickelten Lungentuberculose gebildet hat, und dass wir in einem frühen Stadium aus der Entstehungsart und aus dem klinischen Verlauf der Mittelohrentzündung die Tuberculose des Ohres, auch ohne Untersuchung des Eiters auf Bacillen, stellen konnten.

Beobachtung III. In diesem Falle handelte es sich um den Patienten M., welchen ich im Jahre 1892 auf der chirurgischen Abtheilung des St. Rochus-Hospitals unter gütiger Assistenz der Collegen Gabszewicz und Kruszewski operirt habe. Wir hatten bei dem Kranken eine rechtsseitige eitrige Mittelohrentzündung. Patient ist 30 Jahre alt und leidet seit zwei Jahren an Lungentuberculose. Nach der Aussage des Patienten soll die Eiterung aus dem Ohre einige Wochen nach überstandener Influenza eingetreten sein. Bei der Untersuchung des Patienten habe ich eine profuse Eiterung, eine vollständige Destruction des Trommelfells, eine starke Schwellung der oberen Wand des knöchernen Meatus und eine Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes, namentlich an seiner Spitze constatirt. An der hinteren oberen Paukenhöhlenwand sieht man mehrere Granulationen, welche wahrscheinlich aus dem Antrum mastoideum in die Paukenhöhle hineinwuchern. An den beiden Lungenspitzen ausgesprochene Symptome von Tuberculose; im Sputum und im Paukeneiter zahlreiche Tuberkelbacillen. Der Kranke fiebert, hat nächtliche Schweisse und ist sichtlich abgemagert. Appetitmangel. Nach Verlauf von einer Woche habe ich die Trepanation des Warzenfortsatzes

ausgeführt. Schon nach Ablösung des Periostes erwies sich die äussere Decke des Warzenfortsatzes auf einer weiten Strecke cariös zerstört, so dass die Fingerkuppe des kleinen Fingers mit Leichtigkeit in die Tiefe gelangen konnte. Die Ränder der Oeffnung waren ausgegagt und die Höhle vollständig mit Granulationen erfüllt. Ich habe fast den ganzen Warzenfortsatz ausge-meisselt, die Granulationen und die Detritusmassen wurden ausgelöffelt und die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt. Die Schmerzen hörten nach der Operation auf, die Körpertemperatur blieb aber stets erhöht. Der Process in den Lungen verschlimmerte sich nach der Operation merklich. Das Bronchialathmen, welches in der ersten Zeit nur an den Lungenspitzen hörbar war, konnte später auch in den unteren Partien der rechten Lunge constatirt werden; auch zahlreiche feuchte Rasselgeräusche konnten bei der Auscultation in beiden Lungen nachgewiesen werden. Nach dreiwöchentlichem Aufenthalt des Patienten im Hospital entwickelte sich Tuberculose des Darmes, es traten profuse Diarrhöen auf und unter starkem Kräfteverfall starb der Kranke sechs Wochen nach der Operation.

Beobachtung IV. In diesem Falle handelt es sich um einen kranken Herrn P., den ich mehrmals zusammen mit Collegen Szumlaciski beobachtet habe. Der Verlauf der Ohrsaffection war folgender: Vor einem Jahre laborirte der Kranke an Ohrensausen und Herabsetzung des Gehörs am rechten Ohre und wurde damals von Dr. Heimann behandelt. Ueber den damaligen Zustand des Ohres weiss ich nicht zu berichten. Nach den Angaben des Dr. Szumlaciski, welcher später den Kranken behandelt hat, ergibt sich, dass Patient ihn wegen Schmerzen des Warzenfortsatzes, Schwindel und unbedeutendem Ohrenfluss consultirte. Bei der Untersuchung fanden wir eine bedeutende Schwellung der oberen Wand des knöchernen Gehörgangs, welche das Trommelfell vollständig verdeckte. Bei Druck mit der Sonde auf die geschwellte Partie trat aus der Tiefe dicker, übelriechender Eiter hervor, und mit der nach oben gekrümmten Sonde, die wir unterhalb der Schwellung nach oben und hinten führten, konnten wir eine Caries sowohl nach vorn oben (Gegend der Membrana Shrapnelli), wie auch nach hinten oben (Aditus ad antrum) constatiren. Der Warzenfortsatz war äusserlich nicht verändert, bei der Palpation jedoch schmerzhaft, namentlich an seiner Spitze. Bei der Consultation, an welcher die DD. Szumlaciski, Jasinski und Cicchowski theilnahmen, habe ich die Behauptung ausgesprochen, dass wir es mit einer Otitis media tuberculosa zu thun haben. Die Untersuchung der Lungen und anderer Organe ergab ein negatives Resultat. Auch war ein hereditäres Moment nicht nachzuweisen. Es wurde beschlossen, zuerst eine tiefe Incision des geschwollenen Meatus auszuführen, und eventuell mittelst einer Cuvette die cariösen Partien und die Granulationen zu entfernen und dann durch Einführen von Jodoformgazestreifen die Oeffnung zu erweitern und in dieser Weise dem Eiter freien Abfluss zu sichern. Dies wurde auch am folgenden Tage von Dr. Szumlaciski ausgeführt, und es schien uns eine Zeit lang, dass der Process sich zu bessern beginnt. Bald aber schossen aus der Tiefe Granulationen hervor, die Eiterung persistirte, die Schmerzen des Warzenfortsatzes, wenn auch nicht von starker Intensität, waren noch immer vorhanden. Die Granulationen sind wahrscheinlich aus dem

Antrum mastoideum gewachsen, denn eine nochmalige Entfernung derselben zuerst mit der Wild'schen Schlinge und später mit der Hartmann'schen Cuvette führten nicht zum Ziele. Immer traten neue Granulationen hervor, die Eiterung sistirte nicht, und deshalb beschlossen wir die Trepanation des Warzenfortsatzes. Dieselbe wurde von Dr. Jasinski ausgeführt. Die Abmeisselung der äusseren Schale des Warzenfortsatzes gelang mit der grössten Leichtigkeit, der Knochen war äusserst weich und die Warzenfortsatzhöhle war mit Granulationen und käsigen Massen und einer verhältnissmässig geringen Quantität Eiter erfüllt. Es folgte eine gründliche Entfernung der Granulationen und der cariösen Knochenpartien mit dem scharfen Löffel. Jodoformgazetamponade. Ich habe den Kranken nach der Operation nicht mehr gesehen, er stand in weiterer Behandlung des Collegen Szumlaciski. Es wurde mir mitgetheilt, dass wegen der weiteren Ausbreitung des Processes eine zweite Operation gemacht werden musste. Dessenungeachtet erlag der Kranke in kurzer Zeit seinem Leiden unter den Symptomen einer Meningitis.

In zwei Fällen von Nasentuberculose, welche von Dr. Wroblewski (Gaz. Lekarsk. 1893) beschrieben sind, war die Affection des Ohres wahrscheinlich ebenfalls tuberculöser Natur. Schade nur, dass der Eiter nicht auf Tuberkelbacillen untersucht worden ist.

Die vier oben citirten Krankengeschichten illustriren den Verlauf einer Otitis media tuberculosa bei Erwachsenen.

Etwas anders verlaufen tuberculöse Mittelohrentzündungen bei scrophulösen Kindern. Der Verlauf ist in diesen Fällen meist ein mehr chronischer, es entwickelt sich oft eine Caries necrotica des Annulus tympanicus und einzelner Partien des knöchernen Gehörganges, der Trommelhöhle resp. des Warzenfortsatzes. In diesen Fällen kann bei entsprechender Behandlung und durch Besserung des Allgemeinzustandes der Kranken eine vollständige Heilung eintreten, wenn auch mit bedeutender Taubheit. Es kommen aber auch hier Fälle mit einem mehr acuten Verlauf vor und führen zur Entwicklung von miliarer Tuberculose, Tuberculose der Lungen und Meningitis tuberculosa.

Die Diagnose einer tuberculösen Affection des Ohres bei scrophulösen Kindern wird uns die Untersuchung des Eiters auf Tuberkelbacillen erleichtern, und es gelingt auch meist, dieselben im Eiter solcher Kinder nachzuweisen. Eine sehr grosse Bedeutung für die Diagnose hat die Anamnese auf eine hereditäre Belastung (Tuberculose der Eltern oder der Geschwister) und der Nachweis von tuberculösen Herden in anderen Organen. Sehr oft constatiren wir in diesen Fällen käsige entartete Lymphdrüsen am Halse, Caries der Skelettknochen und andere Symptome von Scrophulose.

Die Diagnose einer Otitis media tuberculosa wird nach dem oben Gesagten keine besonderen Schwierigkeiten bieten.

Aus der Anamnese werden wir erfahren, dass Jemand in der Familie an Tuberculose leidet oder an derselben gestorben ist, dass der Patient in der Jugend scrophulös war etc. Das Auftreten der Mittelohrentzündung ohne Schmerzen ist ebenfalls ein wichtiges diagnostisches Zeichen.

Das otoscopische Trommelfellbild, d. i. die in verhältnissmässig kurzer Zeit entstandene vollständige Zerstörung desselben, das Zusammenfliessen

mehrerer Perforationen, ein rasches Auftreten von Caries der Gehörknöchelchen und Caries necrotica des Warzenfortsatzes und des Felsenbeins werden immer auf Tuberculose des Mittelohrs verdächtig sein. Wenn es uns ausserdem gelingt, im Eiter, welcher aus der Trommelhöhle entnommen wurde, Tuberkelbacillen nachzuweisen, dann unterliegt die Diagnose keinem Zweifel.

Eschle hat zuerst im Mittelohreiter Tuberkelbacillen nachgewiesen; nach ihm waren es Nathan, Voltolini, Ritzefeld, Gottstein, Habermann, Kretschmann, Moos und Andere.

Nicht immer gelingt es uns, Tuberkelbacillen im Mittelohreiter nachzuweisen. Wir müssen stets darauf achten, nicht den im Meatus liegenden Eiter, sondern denjenigen, welcher aus der Paukenhöhle stammt, zur Untersuchung zu verwenden. Bei langdauernden Eiterungen gehen die Koch'schen Bacillen im Kampfe mit anderen Bacterien, namentlich mit den Streptococcen, zu Grunde und können dann im Eiter nicht nachgewiesen werden. In ähnlichen Fällen, in welchen der Eiter keine Tuberkelbacillen enthielt (Habermann, Nathan), ergab die spätere Untersuchung der Gewebe Koch'sche Bacillen in der Schleimhaut der Paukenhöhle neben Tuberkelbacillen im Periosteum.

Die Prognose ist im Allgemeinen bei Tuberculose des Mittelohres wie bei Tuberculose anderer Organe, schlecht, und wird erstens von dem Allgemeinzustand des Kranken und zweitens von der Ausbreitung des Processes im Ohre beeinflusst werden. Da die Mittelohrtuberculose, wie bekannt, in der Mehrzahl der Fälle als Complication von Lungentuberculose und zwar in den Endstadien derselben (Schwartz) auftritt, so muss dieselbe als eine schwere Complication betrachtet werden. Ausserdem muss noch bemerkt werden, dass die Localisation der Tuberculose im Mittelohre schon durch den anatomischen Bau des betroffenen Organs selbst Gefahren für das Leben des Kranken involvirt. Das Felsenbein mit seinen zahlreichen Spalten, Canälen, pathologischen Dehiscenzen erleichtert das Eindringen von Infectionskeimen in die benachbarten Schädelhöhlen, und die ausgedehnten cariös-neurotischen Zerstörungen in der Gegend des Canalis caroticus können leicht eine tödtliche Blutung verursachen. Fast alle bis jetzt bekanntesten Blutungen aus der Art. carot. interna wurden bei Tuberculose des Ohres beobachtet. (Hessler hat aus der Literatur 12 Fälle gesammelt, ausserdem beobachteten Steinbrügge und Moos je einen Fall, Putphen und Politzer ebenfalls je einen Fall.) Habermann hat in einem Falle von miliärer Tuberculose Tuberkel auf der Adventitia der Art. carotis und auf der Wand des Sinus transversus beobachtet.

Die Behandlung der tuberculösen Mittelohr affectionen bietet ein sehr undankbares Feld für den Arzt. Die Besserung der Erkrankung des Ohres hängt meistens ab von der Besserung der Lungen resp. des Allgemeinzustandes. Die Wahl des antiseptischen Mittels, denn um ein solches handelt es sich hier, hat deshalb keine grosse Bedeutung.

Allgemein hat man auch bei Tuberculose des Ohres gute Resultate vom Jodoform beobachtet (Blau, Wall, Gruber u. And.). Ich persönlich konnte vom Jodoform keinen günstigeren Einfluss als von anderen antiseptischen Mitteln sehen. In denjenigen Fällen, in welchen die Diagnose in den früheren Stadien der Erkrankung gestellt worden ist,

wird unsere Hauptaufgabe bleiben: den Allgemeinzustand des Patienten zu bessern. Eine klimatische Kur neben einer Desinfection des Ohrs wird in diesen Fällen vollständig ausreichen, denn mit der Besserung des Allgemeinzustandes wird sich ohne Zweifel auch die Ohr affection bessern. Mit Recht sagt Voltolini (Deutsche med. Wochenschr. No. 31, 1884), dass in Fällen von Lungentuberculose, welche mit einer Ohr affection complicirt ist, und wo wir im Ohrenfluss Koch'sche Bacillen finden, wir dem Kranken erklären müssen: „Lassen Sie Ihr Brustleiden heilen, so wird der Ohrenfluss von selbst heilen, eher aber nicht“, und Urbantschitsch glaubt, dass alle Bemühungen bei hartnäckiger Otorrhoe fruchtlos bleiben werden, so lange der Patient nicht in gute klimatische Verhältnisse versetzt wird.

In denjenigen Fällen, wo der Process nicht auf das Trommelfell und die oberflächlichen Schleimhautschichten der Paukenhöhle begrenzt ist, sondern, wie wir das leicht mittelst Sonde nachweisen können, auf das Periost der Paukenhöhle und die Gehörknöchelchen übergreift, ergiebt die Behandlung noch schlechtere Resultate. Nach der Entfernung der pathologisch veränderten Herde, nach der Auslöfflung der zugänglichen Granulationen oder der Gehörknöchelchen, bleiben immer in den Ecken und Winkeln der Paukenhöhle verborgene Herde, welche wir mit unseren Instrumenten nicht erreichen können, und diese bilden eben den Ausgangspunkt von Recidiven. Es wurden in diesen Fällen Eingiessungen von Milchsäure empfohlen, welche vorzügliche Dienste bei Ulcerationen und tuberculösen Infiltraten des Kehlkopfes, der Zunge, der Mundhöhle und des Pharynx erwiesen haben. Bei oberflächlichen Ulcerationen der Trommelhöhlenschleimhaut können wir vielleicht mit der Milchsäure gute Resultate erzielen, bei tieferen Infiltraten, welche bis an das Periost dringen, resp. bei Caries des Knochens, wird die Milchsäure kaum bessere Resultate ergeben, als andere ätzende Mittel. Bei scrophulösen Kindern habe ich bei oberflächlicher Caries mit Perubalsam gute Resultate erzielt.

Bei einer begrenzten Tuberculose des Trommelfells — Myringitis tuberculosa — könnte man vielleicht an eine Excision des Trommelfells resp. an eine galvanocaustische Zerstörung des krankhaft veränderten Trommelfells denken.

Die operative Behandlung der tiefer dringenden Veränderungen besteht in der Auslöfflung der Granulationen, in der Extraction des cariösen Hammers und Ambosses, in der Auslöfflung des Atticus tympanicus etc.

Bei der consecutiven Affection des Warzenfortsatzes werden wir selbstverständlich zur Trepanation schreiten und eine gründliche Ausräumung der Granulationen und des Detritus, welche die Warzenfortsatzhöhle erfüllen, anstreben. Sehr oft genügt in den vernachlässigten Fällen die Operation nach Schwartzke nicht und dann muss die Operation nach Stacke ausgeführt werden.

Die gewöhnlich mit vorzüglichen Resultaten endende Trepanation des Warzenfortsatzes führt selten bei tuberculösen Processen zur vollständigen Heilung. Wegen des oft latent verlaufenden Processes im Warzenfortsatz haben wir schon mit so ausgedehnten und tiefgreifenden Zerstörungen zu thun, dass von einer radicalen Entfernung aller krankhaften Herde nicht die Rede sein kann. Dies beweisen zahlreiche Fälle, in welchen nach einer scheinbar eingetretenen Heilung nach der Trepanation

der Tod doch rasch in Folge einer tuberculösen Entzündung der Meningen auf der Schädelbasis eingetreten ist. (Steinbrügge, Schwartz, Truckenbrod, v. Tröltsch, Habermann und mehrere meiner eigenen Beobachtungen.)

Noch öfter wird primäre Tuberculose des Warzenfortsatzes nicht diagnosticirt. Küster (Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 10—13) glaubt, dass immer zuerst der Warzenfortsatz Sitz der primären tuberculösen Affection sei und dass erst später die Paukenhöhle ergriffen werde.

Obgleich wir keineswegs mit der Meinung Küster's einverstanden sein können, so unterliegt es doch kaum einem Zweifel, dass primäre Tuberculose des Warzenfortsatzes existirt, ebenso wie in den anderen Knochen des Skelettes. In diesen Fällen werden wir eine Zeitlang gar keine Symptome beobachten, bis der Eiter sich einen Weg durch das Antrum in die Paukenhöhle und weiter durch die Perforation des Trommelfells im oberen hinteren Quadranten nach aussen gebahnt hat.

In den Fällen von primärer Tuberculose des Warzenfortsatzes werden wir ebenso vorgehen wie in Fällen von secundären Affectionen, und hier wird die frühzeitig ausgeführte Trepanation recht gute Resultate ergeben können.

Als ein charakteristisches und die Diagnose einer primären Warzenfortsatz-Tuberculose erleichterndes Symptom betrachten Haug und Wauscher die Schwellung einer kleinen Lymphdrüse auf dem Warzenfortsatz. Die obigen Autoren behaupten, dass diese Lymphdrüse ein constantes Symptom sei und auf Tuberculose des Warzenfortsatzes hindeutet. Wenn wir denselben exstirpiren und untersuchen, dann finden wir ein typisches Bild von Lymphdrüsen-Tuberculose.

Eine Frage, welche von den Autoren aufgeworfen wurde, ist die, ob es überhaupt am Platze sei, bei tuberculösen Individuen ausgedehnte Meisselungen der Schädelknochen vorzunehmen und ob diese Operationen nicht eine raschere Ausbreitung des tuberculösen Processes resp. das Auftreten von Miliartuberculose bewirken? Bei der Durchsicht der Casuistik der betreffenden Fälle und gestützt auf meine eigene Erfahrung muss ich zu dem Schluss kommen, dass wir nicht behaupten können, die Operation beschleunige die Entwicklung der allgemeinen Tuberculose. Am häufigsten werden diese Fälle operirt in einem Stadium, wo beträchtliche pathologische Veränderungen in den Lungen und in anderen Organen schon vorhanden sind; diese Fälle würden auch ohne Operation in kurzer Zeit mit dem Tode enden, und wir haben doch Indicationen zur Operation, nämlich die Erleichterung des freien Eiterabflusses und die Verhütung von lethalen Complicationen (Sinusthrombose, Gehirnabscesse, Septicämie und Pyämie).

Als Contraindicationen für die Trepanation des Warzenfortsatzes resp. des Schädels müssen wir eine ausgedehnte Caries necrotica des Felsenbeins und des inneren Ohres, weit vorgeschrittene Lungentuberculose und schlechten Allgemeinzustand des Patienten aufstellen. Das Tuberculin hat auch bei Tuberculose der Ohres keine Erfolge aufzuweisen. Es wurde fast gar kein Einfluss auf den Process, im Gegentheil eine Verschlimmerung beobachtet (Lucae, Bezold, Walb, Zarnico, Schwabach und Panse).

Angesichts des unbestreitbar infectiösen Characters der Tuberculose wird es meiner Meinung nach am Platze sein, auf die Möglichkeit einer Uebertragung des tuberculösen Virus mittelst der zur Untersuchung und zur Behandlung gebrauchten Instrumente aufmerksam zu machen. Dass auf diesem Wege eine Infection stattfinden kann und auch thatsächlich stattgefunden hat, beweisen die Fälle von Buron und Lancereaux, in welchen mittelst des Ohr catheters Syphilis übertragen wurde. Die Desinfection der Instrumente mit den gebräuchlichen antiseptischen Mitteln betrachte ich für ungenügend und sollte dieselbe durch die Sterilisation ersetzt werden, und als natürliche Folge davon sollten statt der verbreiteten Kautschukinstrumente wieder die früheren Metallinstrumente in Gebrauch kommen.

Zur Frage über die Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode.

Vortrag,

gehalten in der Section für Laryngologie und Otiatrie des 5. Congresses der russischen Aerzte zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. W. Lamann, St. Petersburg.

Bereits in meiner in russischer Sprache 1893 erschienenen Broschüre „Zur Electrolyse und Katalyse“, als auch in meinem Aufsätze „Der electrolytische Schaum als Nebenschluss“ in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde, No. 6, 1894, habe ich mich über alle bis jetzt gezogenen Schlüsse betreffs der Grenzen der Anwendbarkeit dieser Methoden im Allgemeinen — und in den Höhlen insbesondere — sehr zurückhaltend ausgesprochen. Wie ich dort nachgewiesen zu haben glaube, erscheint es für's Erste als verfrüht, sich an die Lösung der in dieser Richtung gestellten Fragen zu machen. Aus diesem Grunde habe ich, diese ganz bei Seite lassend, seit einigen Jahren meine Aufmerksamkeit auf eine andere Frage gerichtet, deren Lösung für die Praxis viel productiver erscheinen muss, als die erwähnten voreiligen Schlussfolgerungen.

Diese Frage lautet wie folgt: Giebt es und welcher Art sind die Factoren, die in Betracht der Bedingungen, unter denen wir arbeiten müssen — insbesondere in den Höhlen des Körpers —, sich uns hindernd in den Weg stellen, wodurch der richtige Einblick aufgehoben, das richtige Verständniss für unsere Manipulationen verwischt, das erwartete Resultat herabgesetzt wird?

In dieser Richtung sind meine beiden genannten Arbeiten abgefasst; dieselbe leitende Idee liegt zugleich dem gegenwärtigen Vortrage zu Grunde.

Unter einer vollendeten Technik der genannten Methoden ist eine möglichst einwendungsfreie Anwendungs- und Durchführungsweise der Regeln der Electrotherapie und der Gesetze der Electricitätslehre zu verstehen. Einem jeden technischen Eingriffe müssen hiermit gewisse theoretische Erwägungen vorausgehen, die erst durch diesen Eingriff eine mehr oder weniger greifbare Gestalt

anzunehmen haben. Und gerade hier, wo die Theorie Hand in Hand mit der Praxis einhergeht, fühle ich mich bewegt, Ihre Aufmerksamkeit auf einen nicht zu unterschätzenden Umstand hinzulenken.

Ich habe eben die Electrolyse und Katalyse nebeneinander gestellt als zwei ebenbürtige, selbstständige Behandlungsmethoden. Dieses mag vielleicht heut zu Tage auf den ersten Blick Vielen als Anachronismus und der Mehrheit der Aerzte gegenüber etwas gewagt erscheinen.

Remak fasste unter dem Namen Katalyse die Summe aller zwischen den beiden Polenauf tretenden vasomotorischen, kataphoretischen, trophischen und electrolytischen Erscheinungen auf. So gingen denn, nach dieser Anschauung, die electrolytischen Erscheinungen in dem Begriff der Katalyse auf. In dem Maasse jedoch, als die Aerzte nach und nach zu der Ueberzeugung gelangten, dass eine jede Durchleitung des Stromes durch ein Gewebe ohne Electrolyse undenkbar sei, wurde der Begriff der Katalyse im Remak'schen Sinne in den Hintergrund gedrängt und an ihre Stelle die Electrolyse gesetzt. Nach Dubois-Reymond geht z. B. jede electriche Reizung eines Nerven mit Electrolyse einher. Es war auch bald ersichtlich, dass die Katalyse im Sinne Remak's — wo unter Katalyse eine Reihe von Erscheinungen zu verstehen war, die schliesslich doch auf uns vollkommen unbekanntere Factoren zurückgeführt werden mussten — der durch ihre Einfachheit bestechenden Theorie der Electrolyse nicht das Gegengewicht halten konnte und der Begriff der Katalyse wurde fallen gelassen, doch — wohl zu beachten — nur vom Standpunkte der electrochemischen Theorie. Der Terminus „Electrolyse“ wurde hingegen auf medicinischen Boden verpflanzt und acclimatisirte sich hier so weit, dass nicht nur die electrolytische Theorie hier festen Fuss fasste, sondern auch die Methode selbst diesen Namen erhielt.

Da man, wie gesagt, bei jeder Stromanwendung gezwungen ist, schliesslich auf die electrochemische Theorie der Electrolyse zurückzugehen, so haben viele Aerzte den Terminus „Katalyse“ überhaupt für überflüssig erklärt und halten es für möglich, ganz ohne denselben auszukommen. Für die Vertreter dieser Anschauung existiren die Worte „Katalyse“ und „katalytisch“ überhaupt nicht. Von der eigentlichen Galvanisation der Electrotherapeuten abgesehen, giebt es dieser Anschauung nach nur noch die Electrolyse.

In einem anderen ärztlichen Lager, das allerdings klein zu sein scheint, werden der Katalyse hingegen die Rechte einer selbstständigen Behandlungsmethode eingeräumt. Hier werden die Begriffe „Electrolyse“ und „Katalyse“ vom rein praktischen Standpunkte aufgefasst und zwar unabhängig von jeder electrochemischen Theorie. Hier wird unter Electrolyse eine Behandlungsmethode verstanden, bei der das Gewebe zum grossen Theil bereits während der Sitzung zu Grunde geht. Die Katalyse hingegen stellt eine andere Behandlungsmethode dar, wobei das klinische Resultat auf nutritive Veränderungen in den Geweben, nicht auf direkte Zerstörung zurückzuführen ist, daher meistens eine längere Sitzungsreihe beansprucht.

Wollten wir jedoch alle in der Literatur vorkommenden Autoren in diese zwei Gruppen unterbringen, so kämen wir bald in Verlegenheit. Wir kämen nämlich bald zur Ueberzeugung, dass ausser diesen beiden

Anschauungen sich noch eine dritte, stark vertretene, geltend macht, die gewissermassen zwischen den beiden erstgenannten die Mitte hält. Dieser Anschauung liegt dieselbe electrochemische Theorie der Electrolyse zu Grunde; die Praxis hingegen weist die Vertreter dieser Anschauung unerbittlich darauf hin, dass sie mit der „Electrolyse“ allein nicht auskommen können, und ziehen dieselben daher die „katalytischen Erscheinungen“ heran, um mit ihrer Hilfe sich in der Praxis zurechtzufinden. Wenngleich diese Aerzte nothgedrungen sich über diese „katalytischen Erscheinungen“ nicht hinwegsetzen können, so perhorresciren sie doch den Terminus „Katalyse“ an sich und reden stets nur von der Electrolyse als Methode. Mir scheint diese letzte Anschauung der alten Remak'schen gerade entgegengesetzt zu sein. Dort ging die Electrolyse in der Katalyse auf; hier wird die Katalyse, als Behandlungsmethode, von der Electrolyse so zu sagen verschlungen. Welche Anschauung wäre wohl die richtigere?

Gehen wir zuvörderst auf die erste Anschauung zurück, die gewiss nicht wenig Vertreter aufzuweisen hat. Ich würde mich für dieselbe erwärmen können, sobald die Arbeit, welche von der lebendigen Kraft des Stromes geleistet wird, sich klinisch stets in derselben Form manifestirte, sobald die quantitative Bethheiligung aller jener Factors, auf die die Wirkung des Stromes zurückzuführen ist, bei diversen Applicationsweisen des Stromes sich als gleich erwiese. Die Praxis zeigt uns hingegen das Entgegengesetzte. Einem jeden Electrotherapeuten ist es bekannt, dass es eine Reihe von Bedingungen giebt, bei welchen einer von den genannten Factors auf den ersten Platz vorgerückt, während zu gleicher Zeit die Bedeutung eines anderen Factors fast auf Null reducirt werden kann. Diesen Umstand benutzen wir bei unseren Sitzungen, wobei jedem Factor seine Stellung angewiesen werden muss, und die tägliche Erfahrung lehrt uns, dass stets einzig von der Berücksichtigung dieses Umstandes das Endresultat der Sitzung abhängig ist. Es erscheint mir deshalb ganz unverständlich, wie ein ungenannter Autor den Satz niederschreiben konnte, dass eine und dieselbe Methode, nämlich die Electrolyse, sich „zu einer localen Resorption und einer localen Zerstörung eignet“.

Mehr Berührungspunkte mit der zweiten Anschauung, die ich für die richtige halte, hat die dritte. Wie oben angedeutet, haben beide das Gemeinsame, dass hier und dort „katalytische Erscheinungen“ zugestanden werden. Die Differenz hingegen liegt in dem Folgenden: der dritten Anschauung nach bilden die „katalytischen Erscheinungen“ nur einen Factor der Electrolyse; die zweite Anschauung fasst die Katalyse als selbstständige Methode auf, d. h. die Katalyse wird nicht nur zur Erklärung einiger während der Sitzung auftretenden Erscheinungen herangezogen, sondern sie bildet den Ausgangspunkt für alle unsere Manipulationen, für alle unsere Maassnahmen.

Die Selbstständigkeit dieser Behandlungsmethode wird durch Folgendes gerechtfertigt: 1) wir können die Katalyse anwenden, ohne dass electrolytische Erscheinungen während der Sitzung klinisch manifest werden, 2) die Katalyse verfolgt ihr ganz besonderes Ziel — nicht Zerstörung, sondern nutritive Veränderungen in den lebenden Geweben — und dieses

Ziel kann nur durch besondere Maassnahmen erreicht werden, die 3) sich von der Methode der Electrolyse streng unterscheiden, und zwar a) physikalisch — durch die Stromdichte, b) klinisch — durch die Applicationsweise.

Die nächste Frage wäre, wodurch klinisch die Differenz in der Anschauungsweise unterhalten wird. Ich glaube, den Grund dazu in den oft immensen Schwierigkeiten, die sich bei der Analyse der einzelnen klinischen Fälle bieten, suchen zu müssen. Es ist oft nicht leicht, zu sagen, wo die Methode der Katalyse endigt und die Methode der Electrolyse beginnt. Hierin liegt, wie ich glaube, der Urgrund zu diversen voreingenommenen Anschauungen. Ich will hier nur die oft angenommene Identität zwischen Acupunctur und Electrolyse hervorheben. Man hört oft die Meinung äussern, dass wir die Methode der Electrolyse anwenden, sobald z. B. um eine eingestochene Nadel sich Schaum bildet. (Es muss hier bemerkt werden, dass bei der Acupunctur immer Schaumbildung auftreten muss, da sich hier bei minimaler Electrodenfläche stets eine bedeutende Stromdichte ergibt, selbst bei 1 MA. starken Strömen.) Und weiter wird diese Anschauung verallgemeinert, indem man die Methode der Electrolyse anzuwenden glaubt, sobald man Schaumbildung bei Electroden mit grösserer Fläche, z. B. an einer flachen Electrode, Sonde etc., wahrnimmt. Diese Ansicht findet man sogar bei Aerzten, die die Selbstständigkeit der Katalyse anerkennen.

Wie die Acupunctur im Einzelfalle aufzufassen ist, das ist eine Frage, die nicht immer im Handumdrehen beantwortet werden kann. Die richtige Antwort wird sich erst nach reiflicher Ueberlegung und Gegeneinanderhalten der einzelnen Eingriffsmomente, als da sind Applicationsstelle der Nadel, Bi- oder Unipolarität der Methode, Richtung und Dichte des Stromes u. s. w., ergeben.

Schliesslich muss hervorgehoben werden, dass es unzweifelhaft Fälle geben muss, die eine Combination beider Methoden darstellen.

Zur Illustration des oben Besprochenen, zur Erläuterung dessen, wie das Verhältniss der Electrolyse und Katalyse zu einander von mir aufgefasst wird, erlaube ich mir, die Analyse einiger Fälle aus meiner Praxis zu besprechen.

I. Fall. Ein junger Mann von 19 Jahren weist einen auf den ersten Blick ganz unbedeutend aussehenden Kropf auf. Indessen ruft in der letzten Zeit die geringste forcirte Bewegung, z. B. Treppensteigen, nicht nur deutliche Athemnoth, sondern auch ein im ganzen Zimmer hörbares Stenosengeräusch hervor. Die laryngoscopische Untersuchung ergibt einen grossen und vollkommen normalen Kehlkopf, während die Trachea, doppelseitig zusammengedrückt, stark verengt erscheint. Diese Stenose ist so bedeutend, dass sie als einzige Ursache der Athemnoth aufzufassen ist. Im Laufe eines Monats wurde der constante Strom täglich 15 Minuten lang so angewandt, dass die flachen Electroden auf die Seitenlappen der Drüse zu liegen kamen. Das Resultat war ein vollkommen befriedigendes. Zu Ende des Monats erweiterte sich das Lumen der Trachea, die Athmung wurde freier und die Behandlung musste hier abgebrochen werden, weil der Kranke in seine geschlossene Lebranstalt zurückkehren musste. Nach Verlauf eines Jahres hatte ich Gelegenheit, den Kranken nochmals zu untersuchen. Die Trachea erschien allerdings etwas zusammengedrückt,

doch war die Athmung so weit frei, selbst beim Tanzen, Laufen etc., dass eine Erneuerung der Behandlung durchaus nicht angezeigt erschien. Was hatte ich in diesem Falle vorgenommen?

Nach der ersten von mir besprochenen Anschauung soll ich hier die Electrolyse ausgeführt haben. Nach der Ansicht anderer Aerzte hingegen, zu welcher auch ich mich bekenne, hatte ich hier die Katalyse vor mir, und zwar in ihrer reinsten Form. Doch gehen wir weiter. Bereits Frommhold (1874) citirt eine andere Anwendungsweise des Stromes für hartnäckige Strumafälle. Es ist die Acupunctur. Wie ist dieselbe in solchen Fällen zu verstehen? Haben die Aerzte, welche hier die Acupunctur übten, die Katalyse fallen gelassen und die Electrolyse aufgenommen? Mit nichten! Wir wissen, dass zur Erzielung eines gewissen Resultates auch bei der Katalyse — *ceteris paribus* — eine bestimmte Stromdichte von Nöthen ist. Die Erfolglosigkeit der ersten Applicationsweise erklärt sich leicht durch zu geringe Stromdichte in Folge schneller Zerstreung der Stromschlingen bei Application der flachen Electroden auf der Peripherie, zumal auf die schlecht leitenden unversehrten Hautdecken. Durch das Einführen der Nadel wird in solchen Fällen keineswegs der Zweck verfolgt, eine Verschorfung in der Drüse hervorzurufen; man bezweckt hingegen eine grössere Stromdichte für die Kropfmasse. Nicht auf Kosten des in der Nähe der Nadel sich bildenden Schorfes soll die Verkleinerung der Drüse vor sich gehen, sondern in Folge nutritiver — hier regressiver — Veränderungen, genau so, wie bei der ersten Applicationsweise. Die Schorfbildung um die Nadel ist eine hier unvermeidliche, doch durchaus nicht gewünschte Erscheinung und von secundärer Bedeutung.

Der II. Fall bietet ein grösseres klinisches Interesse, und ich erlaube mir, ihn hier anzuführen, obgleich die Initiative in der Therapie dieses Falles aus erster Hand von meinem verehrten Lehrer Dr. V. Müller ausgeht. Bei Dr. V. Müller erschien ein 28jähriger Arzt, an welchem vor vier Monaten die Tracheotomie gemacht worden war in Folge einer eitrigen, sehr acut verlaufenden Perichondritis cricoidea. Bei der laryngoscopischen Untersuchung ergab sich auch keine Spur mehr von acuten Erscheinungen. Es wurde grosse Blässe des Kehlkopfs, Ueberkreuzung der Aryknorpel und ein Schiefstand der Epiglottis nach rechts constatirt. Die Stimmbänder waren schmutzig grau verfärbt, ebenso wie die unter den Stimmbändern liegenden Partien, die verdickt und nach unten trichterförmig verengt erschienen. Der Einblick von oben war hiermit erschwert und der Character der Stenose nicht gut zu deuten. Das Bild klärte sich jedoch bei Untersuchung von unten mittels Trachealspiegels, wobei eine Stenose auf der Höhe des Einganges in die Trachea sichergestellt wurde. Von rechts hinten ragte eine Geschwulst in das Lumen herein, welche den grösseren Theil desselben einnahm und zwar so, dass von der unteren Fläche des linken Stimmbandes nur ein winzig kleines Dreieck sichtbar blieb. Das rechte Stimmband war vollkommen verdeckt. Der Kranke konnte zur Stunde bei geschlossener Canüle nur bei absoluter Unbeweglichkeit athmen; er machte die Mittheilung, dass ihm die Laryngofissur vorgeschlagen worden sei, zu der er sich jedoch nicht entschliessen könnte, und ersuchte um Rath.

Die bezeichnete Geschwulst konnte bei acut vorhergegangener Ent-

zündung natürlich nur als Infiltrat aufgefasst werden. Dieses bestand bereits den fünften Monat und wies gar keine Neigung zur Resorption auf, wie gewöhnlich in solchen Fällen. Zwecks Anregung regressiver Veränderungen in dieser torpiden Bildung, entschloss sich Dr. V. Müller zur Anwendung des constanten Stromes. Als Electrode diente ein von Dr. V. Müller speciell für diesen Fall construirtes Instrument. In Folge dessen, dass der Kranke einen langen Hals hatte, die Tracheotomie tief unten ausgeführt worden war und der Canal bei 15 Mm. Länge und 9 Mm. im Durchmesser die Richtung etwas nach unten hatte, war die Entfernung zwischen der Stenose und der inneren Mündung des Canals in der Trachea eine ziemlich bedeutende. Es war daher absolut unmöglich, mit irgend einem beliebigen starren Instrument durch den Canal und die Trachea hinauf bis auf die Höhe der Stenose zu gelangen und nur mittels der Müller'schen Vorrichtung war es möglich, mit der einen Electrode direct bis in die Stenose hinaufzugehen. Die solid vergoldete Electrode bildete einen Kegel von etwa 1 Ctm. Höhe und 6,3—8,4 Mm. Durchmesser an der Basis. Unten an der Basis, in der Längsaxe gelegen, war ein mit einer Oese versehener Knopf angebracht von solchem Durchmesser, dass er noch genau in das Lumen eines elastischen Catheters (Charrière No. 12, d. h. 4 Mm.) hineinpasste. Durch diese Oese wurden 3—4 dünne lange Drähte geführt. An dem einen Ende der elastischen Catheterröhre wurde der lackirte Ueberzug leicht abgeschabt und das Gewebe etwas aufgeflochten. Die genannten Drähte wurden nun durch's Catheter gezogen, der Knopf der Electrode in das Lumen hineingedrängt, von den aufgeflochtenen Fäden umfasst und grösserer Sicherheit wegen mit einem seidenen Faden an dem Catheterende fixirt. Nach dieser Armirung erschien das Instrument also aus einem elastischen Catheter bestehend, an dessen einem Ende die conische Electrode fixirt war, während aus dem anderen die dünnen Drähte hervorragten. Zur Einführung wurde ein gut gehärteter Draht benutzt, der an der Spitze etwa 1,5 Ctm. hoch fast rechtwinklig abgebogen war. Dieser Draht wurde nun durch die Catheterröhre so weit vorgerückt, bis seine Spitze den Knopf der Electrode berührte. Dann wurde das Instrument nach vorgenommener Cocainisirung durch den Canal in die Trachea geführt und hier in die richtige Lage — mit der Electrodenspitze nach oben — gebracht. Nun wurde der gehärtete Draht entfernt und die Electrode in der Richtung nach oben, bis in die Stenose hinein, vorgeschoben. Der positive Pol wurde indifferent applicirt.

Anfangs besorgte Dr. V. Müller die Behandlung selbst, dann überliess er sie mir, Abreise halber. Die Behandlung wurde von mir so geleitet, dass meist eine Sitzung wöchentlich vorgenommen wurde. Doch gab es Pausen von mehreren Wochen, indem der Patient seines Dienstes wegen St. Petersburg oft verlassen musste. Die Sitzung dauerte bei mir 6—8 Minuten bei einer Stromstärke von 10—12 MA. Nach den ersten zehn Sitzungen gelang es mir zum ersten Male mit einer Electrode von 6,3 Mm. die Stenose zu passiren, d. h. die Electrode bis zur Epiglottis herauf durchzubringen. Sofort ging ich zu dickeren Nummern über und stieg, wie oben angedeutet, langsam bis zu 8,3 Mm. im Durchmesser. Im Verlaufe eines Jahres wurden 30 Sitzungen durchgeführt. Das Resultat war ein über alles Erwarten günstiges. Vom Infiltrate lässt

sich nur ein schmales, sichelförmiges Ueberbleibsel, welches den Eindruck von Bindegewebe macht, nachweisen. Das Lumen ist hiermit vollständig hergestellt, so dass nicht nur das linke, sondern auch das rechte Stimmband von unten in ihrer ganzen Breite zu überblicken sind. Der Herr Colleague athmet nun seit bereits zwei Jahren vollkommen frei, indem er die Canüle nie benutzt, und wenn er sich noch immer nicht zur Entfernung derselben entschlossen hat, so sind es anderweitige, durchaus nicht klinische und aus seinem Gesundheitszustande hervorgehende Gründe.

Und jetzt die Frage, warum ich so vorgegangen bin und nicht anders? Warum dauerte die Sitzung nicht länger als 6—8 Minuten? Warum war die Stromstärke keine höhere?

Hier, wie überhaupt vor jeder Anwendung des galvanischen Stromes, legte ich mir die Frage vor: Electrolyse oder Katalyse? Ich konnte mich nicht zur Electrolyse, d. h. zur Zerstörung des Infiltrates entschliessen, schon aus dem Grunde, weil die strenge Localisation der Zerstörung eine technisch überaus schwierige Aufgabe war. Die Electrode in situ legte sich wohl mit der Hälfte ihrer Fläche normalem Gewebe an. Da die Zurechtstellung der Electrode ausschliesslich nach dem Gefühle ausgeführt wurde, so konnte es leicht geschehen, dass bei Zerstörung des Infiltrates auch die Trachea leiden könnte. Zudem — angenommen, dass dieses Bedenken technisch doch noch überwunden werden könnte — war die Zerstörung des Infiltrates noch lange nicht mit der Heilung des Falles identisch. Hiermit blieb nur die Katalyse übrig, und zu ihrer Durchführung wurden folgende Maassnahmen getroffen. Wie oben erwähnt, stieg nach und nach das Caliber der Electroden von 6,3 Mm. bis 8,4 Mm. im Durchmesser der Basis. Die Fläche dieser Electroden war um Einiges geringer, als 2 □ Ctm., doch nahm ich durchschnittlich eine solche Fläche an, indem ich die Schaumbildung berücksichtigte. Den Schwerpunkt der ganzen Behandlung glaubte ich in der Forderung zu sehen, die Stromdichte auf einer solchen Höhe und Dauer zu halten, dass keine in die Tiefe gehende Verschorfung eintreten könnte. Solches indicirte eine Stromdichte, die den Beginn des electrolytischen Processes nur um ein Minimales überbot, d. h. bei der bestimmten Fläche etwa 10 MA. oder höchstens 12 MA. ausmachen musste. Bei der Entfernung der Electroden nach der Sitzung erwies sich an denselben stets einiger Schaum, als Beweis, dass sich hier allerdings ein electrolytischer Process abspielte. Doch war, wie gesagt, meine ganze Aufmerksamkeit darauf gerichtet, diese electrolytische Erscheinung bei ihrem ersten Auftreten in Schranken zu halten, und dass mir solches gelang, zeigte der Umstand, dass bereits 3—4 Tage nach der Sitzung die Schleimhaut sich stets von dem epithelialen Schorfe, der sich zu Ende einer jeden Sitzung bildete, befreit hatte und auch nicht die geringste Spur einer reactiven Erscheinung mehr aufwies. Dass es sich hier nicht um Electrolyse, d. h. directe Zerstörung handelte, zeigt auch der Umstand, dass eine parallele Besserung in jenen Theilen des Larynx vor sich ging, die mit der Electrode nie in unmittelbare Berührung gekommen waren, wohl aber durch Stromschleifen durchsetzt wurden. Auch in diesem Beispiele tritt die Selbstständigkeit der Katalyse, als Methode, ganz unzweideutig hervor, trotz der Anwesenheit der electrolytischen Erscheinungen, die hier eine ganz untergeordnete Bedeutung haben.

Der III. Fall endigte nicht mit Genesung. Trotzdem glaube ich, ihn hier anführen zu dürfen, weil sich an demselben sehr gut die Freiheit des Arztes in seinen Combinationen widerspiegelt, sobald eine Trennung der beiden Behandlungsmethoden durchgeführt wird.

Der Kranke, 35 Jahre alt, weist eine breitbasige Geschwulst im oberen Rachenraume auf. Dieselbe hat ihren Ausgangspunkt an der oberen seitlichen Wand des Rachenraumes, in der nächsten Nähe der Choanen, und verlegt die rechte Nase bis zur vollständigen Undurchgängigkeit. Die Erkrankung dauert bereits seit vielen Monaten. Die letzte Zeit verbrachte der Kranke in Kiew, wo ein augenscheinlich missglückter Versuch gemacht worden war, die Geschwulst mit der galvano-caustischen Schlinge abzutragen. Darauf kam der Patient nach St. Petersburg. Da man jedoch hier, wie in Kiew, die Geschwulst für bösartig hielt, und die Chirurgen sich zu einer Operation nicht entschliessen wollten, so wandte sich der Kranke an mich mit der direkten Forderung, die „neue electriche Behandlungsmethode“ bei ihm anzuwenden. Gleich in den nächsten Beobachtungstagen trat am harten Gaumen in der Mittellinie eine Schwellung auf, die im Beginn sich eigentlich durch Nichts von einer beginnenden Periostitis unterscheiden liess. Indessen, bis ein dem Rachenraum entnommenes Präparat von einem Specialisten microscopisch untersucht wurde, wobei etwa zehn Tage vergingen, entwickelte die Geschwulst am harten Gaumen ein sehr schnelles Wachstum und es war ausser Zweifel, dass dieselbe sich im Zusammenhange mit dem ersten Neoplasma befand. Als ich von der Diagnose „Sarcom“ Kenntniss erhielt, griff ich eigentlich mit grosser Unlust zum constanten Strom. Was konnte ich auch in diesem weit vorgeschrittenen Falle von der Behandlung erwarten? Doch dem directen Wunsche des Kranken und seiner Frau, der Tochter eines Arztes, nachgebend, entschloss ich mich zur electriche Behandlung. Auch hier lag die Frage vor — Electrolyse oder Katalyse?

Ich hatte zwei Tumoren vor mir, allerdings derselben malignen Natur, die sich aber doch durch die Schnelligkeit ihres Wachsthums scharf von einander unterschieden. Im oberen Rachenraume blieb die Neubildung in statu quo, während dieselbe am harten Gaumen sich mit jedem Tage sichtlich vergrösserte. Den Entschluss, diese letzte Neubildung electrolytisch zu zerstören, musste ich entschieden von mir weisen, denn 1) wuchs der Tumor entschieden schneller, als ich es für erlaubt halten konnte, ihn zu zerstören und 2) durfte ich gar nicht hoffen, electrolytisch operirend, nach Zerstörung der Neubildung hier gesundes Gewebe zu finden und auf diese Weise Genesung zu erzielen. Es blieb mir also nur der Weg offen, katalytisch vorzugehen, d. h. den Versuch zu machen, eine regressive Metamorphose in der Neubildung anzubahnen. Hingegen passte der Tumor im oberen Rachenraume ganz vorzüglich zu den Bedingungen einer electrolytischen Behandlung, an die ich mich denn auch machte, indem ich zugleich, um die Wirkung zu verstärken, katalytisch vorging.

Die Sitzung verlief folgendermaassen. Die positive Nadel wurde von vorn durch die rechte Nase bis an den Tumor geführt, in denselben eingestochen und sicher fixirt. Dann ging ich in zwei Tempo's vor. Zuerst führte ich durch den Mund in den oberen Rachenraum eine Doppelnadel, die mit dem negativen Pole verbunden war. So konnte

ich einen recht starken Strom anwenden, wobei nicht nur die destructive electrolytische Wirkung des Stromes an den Polen zur Geltung kommen musste, sondern auch die katalytische — hatte ich doch die Neubildung von vorn und hinten gefasst und musste der Tumor in toto durch Stromschlingen durchsetzt werden. Länger als zwei Minuten hielt es der Kranke selten aus; es wurde daher immer eine Pause gemacht, nach welcher ich noch ein oder zwei Mal durch den Mund einging. Dann wurde dem Kranken — ohne die positive Nadel aus der rechten Nase zu entfernen — eine längere Ruhepause gegönnt, worauf ich zur zweiten Hälfte der Sitzung überging, indem ich mit einer flachen Electrode (negativ) eine Weile langsam über die ganze Fläche des Tumors am harten Gaumen glitt.

Im Laufe von drei Wochen wurden auf diese Weise zehn Sitzungen durchgeführt. Die Geschwulst im oberen Rachenraum hatte sich entschieden verkleinert, die räumlichen Verhältnisse im Cavum pharyngonasale wurden grösser und ich wage zu glauben, dass, wenn es sich nur um diesen Tumor gehandelt hätte, vollständige Heilung im Bereiche des Möglichen lag. Hingegen wuchs das Neoplasma am harten und schliesslich am weichen Gaumen rapid und unaufhaltsam. Da die Cachexie schnell vorwärts schritt, eine fernere Behandlung auch nicht die geringsten Chancen zur Verlängerung des Lebens bot und der Kranke zugleich den lebhaften Wunsch äusserte, in die Heimath zurückzukehren, so unterliess ich den constanten Strom.

Ich möchte mir hier gelegentlich die Bemerkung erlauben, dass ich mich gegenwärtig in einem analogen Falle sofort zu derselben Behandlung entscheiden würde. Dieser letzte Fall hat mir auf's Schönste gezeigt, dass die schrecklichen und andauernden neuralgischen Schmerzen, mit denen einige bösartigen Neubildungen einherzugehen pflegen, sich sehr gut mittels des constanten Stromes auf lange Zeit in Schranken halten lassen. Ich war bei diesem Kranken Zeuge von Attacken, in denen er vor Schmerz wie ein Kind wimmerte und gegen die man bereits in Kiew mit allen möglichen Mitteln umsonst angekämpft hatte. Diese rasenden Schmerzen verschwanden wie durch Zauber nach der ersten Sitzung. Dabei war diese Besserung nicht nur eine zufällige und kurzdauernde, im Gegentheil, die Schmerzen traten gar nicht mehr auf während des ganzen Verlaufs der Behandlung. Wenigstens klagte der Kranke über alles Mögliche, nur nicht über Schmerzen. Nur den Tag vor seiner Abreise nach Hause, nach Wilno, etwa fünf Tage nach der letzten Sitzung, wies der Kranke wieder zum ersten Male auf Schmerzen hin.

Da dieser Fall nicht mit Genesung endigte, liegt es mir durchaus fern, hier um jeden Preis meinen Behandlungsplan als allein richtig hinzustellen. Das liegt zudem ausserhalb meines Zieles. Ich habe diesen Fall, ebenso wie die beiden vorhergehenden, nur zu dem Zwecke benutzen wollen, um hinweisen zu können, wie von mir das Verhältniss zwischen Electrolyse und Katalyse aufgefasst wird, um nachweisen zu können, wie schwierig sich oft die Behandlung mit dem constanten Strom für den Arzt gestaltet. Je schwieriger die Aufgabe, desto freier und selbstständiger muss sich der Arzt bei dem Zurechtstellen des Behandlungsplanes fühlen, und ich wiederhole, dass das nothwendige freie Feld für unsere Combinationen, meiner Ueberzeugung nach, uns zuvörderst nur

durch strenges Auseinanderhalten der beiden besprochenen Methoden gesichert wird.

Indem ich meinen Vortrag schliesse, ersuche ich Sie nochmals, sich von dem Gedanken frei zu machen, dass wir es hier wiederum mit jener alten Katalyse zu thun haben, welche uns bei unseren ersten Schritten auf dem Wege der Electrophysiologie, Electrotherapie und selbst der Chemie entgegentrat. Jene Katalyse war ein unwissenschaftlicher Terminus, der eine Theorie ersetzen sollte. Die Katalyse, wie ich sie hier gegenwärtig vertrete, ist eine ganz bestimmte klinische Methode, allerdings noch recht jung an Resultaten und noch wenig studirt, aber immer ein Factum, das von jeder Theorie unabhängig ist.

Hiermit hat für mich die Electrolyse eine doppelte Bedeutung: als electrochemische Theorie und als Methode. Als Behandlungsmethoden stehen Electrolyse und Katalyse auf demselben Boden, d. h. sie haben dieselbe electrochemische Theorie (Electrolyse) gemein. Während jedoch Theorie Theorie bleibt, d. h. bereits morgen fallen gelassen werden kann, werden Electrolyse und Katalyse, als Behandlungsmethoden, stets klinische Erscheinungen und klinische Facta bleiben. Und wenn ich zur Stunde und entgegen der herrschenden Ansicht mich gezwungen fühle, in dieser Frage mit meinem bescheidenen Können einzutreten, so ist es, weil diese Frage nicht der Scholastik entspringt, sondern uns von der Praxis direct aufgezwungen wird.

II. Referate.

Pharyngo-laryngologische:

Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. (Deux cas de surdit  hystérique.) Von Dr. Cartaz. (Französ. Gesellsch. f. Laryngol und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Diese Fälle sind nach Gradenigo nicht so selten, wie allgemein angenommen wird. Verf. erzählt einen Fall von einem 16jhr. Mädchen, welches nach einer kräftigen Ohrfeige Assythyrie nebst beiderseitiger Taubheit und Hemianästhesie der ganzen Körperhälfte bekam, heilte durch einmalige Anwendung des electrischen Stromes auf weichen Gaumen und Hals; die Untersuchung des Gehörorganes war negativ ausgefallen. Der zweite Fall betrifft eine 35jhrige Frau, welche durch heftige Gemüthsbewegung blind und taub wurde; die Untersuchung ergab ebenfalls nichts Auffallendes. Heilung durch Anlegen zweier grosser Magneteisen auf beide Körperhälften.

Dr. P. K.

Thyroidectomie. (De la thyroidectomie.) Von Dr. P an. (Académie de médecine, Séance du 1 Mai 1894 und Semaine méd. No. 26, 1894.)

Wegen eines malignen Tumors musste Verf. die Schilddruse nebst einem Theil der Cartilago cricoidea und die fünf oberen Trachealringe entfernen. Nach drei Tagen führte P. eine Trachealcantle ein, um die Narbenretraction zu verhindern. Seither hat P. einen Apparat angelegt, mittels welchem Pat. sprechen und seinen Beschäftigungen nachgehen kann.

Dr. P. K.

Spätere Folgen der Thyroidectomie. (Accidents tardifs de la thyroidectomie.) Von Dr. Gley. (Société de biologie, Séance du 19 Mai 1894 und Semaine médicale No. 30, 1894.)

Verf. stellt eine Ziege vor, an welcher er vor 18 Monaten die Thyroidectomie ausgeführt. Selbe stellt alle Zeichen des Myxoedems, so wie es beim Menschen nach dieser Operation vorkommt, dar.

Dr. P. K.

Blutung nach Tonsillotomie, ihre Ursachen und geeignete Behandlung.

(Hämorrhage following tonsillotomy, its causes and appropriate treatment.) Von Philipp R. W. de Santi, London. (Lancet, 13. Jan. 1894.)

Ausser den bekannteren Statistiken von M. Mackenzie, Lennox Browne und Capart führt Verf. noch eine Zusammenstellung in dem „Annual of the university medical sciences“ an, nach welcher sich unter 20,000 Fällen nur 9 Blutungen ereigneten und eine weitere von Wright in Brooklyn, der in der Literatur der letzten 25 Jahre nur 31 Fälle von Blutung aufgefunden habe. Unter den letzteren stand die Blutung in einem Drittel der Fälle auf einfache Mittel, in 2 Fällen auf Erbrechen, zweimal wurde die Carotis communis unterbunden und einmal der Stumpf durch Ligatur en masse. Die 2 einzigen Todesfälle nach Tonsillotomie, welche Verf. auffinden konnte, rühren von Broca her; in dem einen derselben handelte es sich wohl um eine Abnormität der Carotis. Er berichtet dann über weitere Beobachtungen starker Blutungen von Semon, Lane, Downie, Stanley, Nélaton, Billroth, Litten. Er selbst sah in der Praxis von Kollegen 3 Fälle. Der Kranke von Stanley starb nach der Unterbindung der Carotis an Hirnerscheinungen. In dem Falle von Litten musste ebenfalls die Unterbindung der Carotis gemacht werden. Die Blutung trat in einigen Fällen erst 6 Stunden bis 4 Tage nach der Operation auf. Er kommt schliesslich zu dem Ergebniss, dass ein fataler Ausgang der Blutung nach Tonsillotomie beinahe unbekannt sei, dass schwere Blutungen selten genug seien und dass die gewöhnlichen von selbst stehen. Sie würden besonders oft bei Erwachsenen beobachtet nach Operation mit dem Messer. Mitunter seien sie durch Hämophilie verursacht, gewöhnlich indessen durch abnormen Verlauf der Arterien, so durch einen abnormen Verlauf der Pharyngea ascendens, durch abnorm weite Art. tonsillaris, abnorm verlaufende Carotis interna, durch ein grosses Gefäss in dem vorderen Gaumenbogen, durch eine Wunde in dem Plexus venosus am unteren Umfang der Mandel und namentlich durch offenstehende Arterien bei Erwachsenen. Bei der Besprechung der Behandlung empfiehlt er Tannin und Acid. gallarum 3:1, das Compressions-Instrument, das zuerst von Clendinnen angegeben worden sei, oder eine mit Leinen umwickelte lange Zange oder die Unterbindung en masse, eventuell unter Anästhesie. Butler habe eine Nadel durch den Stumpf gestochen und dahinter unterbunden. Vor der Unterbindung der Carotis solle man erst die Digitalcompression versuchen. Treves habe empfohlen, die Schlinge nur lose um die Carotis zu legen und die Blutung durch zeitweises Anziehen des Fadens zu stillen, was ihm öfter gelungen sei.

M. Schm.

1110

Fall von Larynxcarcinom durch Thyrotomie behandelt. (Un cas de cancer intrinsèque du larynx traité par la thyrotomie.) Von Dr. Dundas Grant. (British Med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Tracheotomie mit Tamponade mittelst der Hahn'schen Canüle, Thyrotomie und Excision des Tumors. Heilung ohne Recidive.

Dr. P. K.

Thyrotomie wegen Larynxpapillom. (Thyrotomie pour papillomes du larynx.) Von Dr. Mules. (Manchester Medical Society, British med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Tracheotomie bei einem 4jährigen Kinde wegen Larynxpolypen. Thyrotomie und Extraction von 25 von einander unabhängigen Polypen, welche bis zum ersten Trachealring sich ausdehnten. Heilung.

Dr. P. K.

Oesophagusdivertikel und Oesophagushusten. (Des diverticules de l'oesophage et de la toux oesophagienne.) Von Dr. Klemperer, Dr. Landgraf und Dr. Leyden. (Société de médecine interne de Berlin, Séance du 4 et 11 Juin 1894 und Semaine médicale No. 38, 1894.)

Die Divertikel befinden sich immer im oberen Oesophagusdrittel; sie können die Dimensionen von 14 Ctm. Länge und 4 bis 6 Ctm. Breite erlangen; wenn selbe das Oesophaguslumen verstopfen, so ist die Ernährung unmöglich und der Patient geht an Inanition zu Grunde. Der vorgestellte Patient trägt sein Divertikel seit 2 Jahren und hat den sog. Oesophagushusten. Wenn die Patienten wohlhabend sind, so können sie sich zweckentsprechend ernähren und relativ lange leben. Alle von den peripheren Aesten des Pneumogastricus versorgten Organe können Hustenreflex auslösen und mit Nothnagel muss man einen Pleura-, Bronchial-, Magen-, Oesophagus- und Herzhusten annehmen.

Dr. P. K.

Todesfall durch Bromäthyl. (Sur un cas de mort par le bromure d'éthyle.) Von Dr. Duplay. (Académie de méd., Séance du 19 Juin 1894 und Semaine médicale No. 36, 1894.)

Beobachtung des Dr. Suarez de Mendoza, nach dem von Billroth beobachteten Fall ist es der zweite; das Bromäthyl kann durch Syncope ebenso wie das Chloroform tödten; man soll also dieselben Vorichtsmaassregeln wie beim Chloroform nehmen.

Dr. P. K.

I N H A L T.

Originalien: Guranowski: Ein Fall von tuberculöser Otitis media, nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocessse. — Lamann: Zur Frage über die Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode. — Referate. Pharyngo-laryngologische: Cartaz: Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. — Péan: Thyroidectomie. — Gley: Spätere Folgen der Thyroidectomie. — de Santi: Blutung nach Tonsillotomie. ihre Ursachen und geeignete Behandlung. — Grant: Fall von Larynxcarcinom durch Thyrotomie behandelt. — Mules: Thyrotomie wegen Larynxpapillom. — Klemperer, Landgraf und Leyden: Oesophagusdivertikel und Oesophagushusten. — Duplay: Todesfall durch Bromäthyl.

Alle für die Monatschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien 1, Freyung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

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

