



## 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.

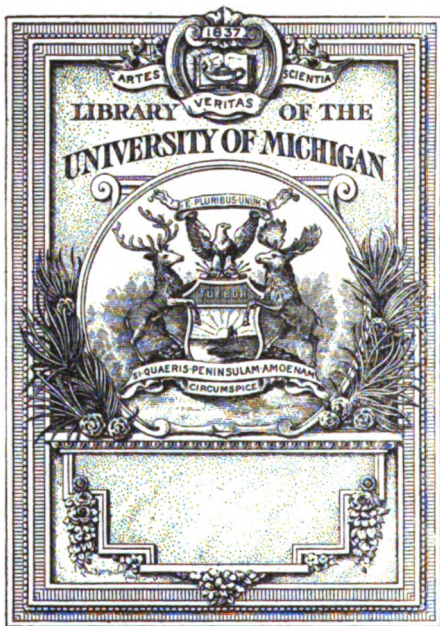
## Über Google Buchsuche

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.

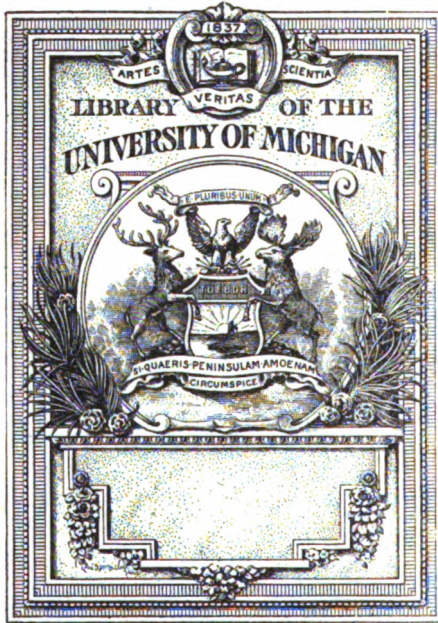








M74  
04



M74  
04





# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (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. **Onedi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapfing** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanew** (Moskau), Prof. Dr. **Stürck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

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

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

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

---

Neunundzwanzigster Jahrgang.

---



Berlin 1895.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung  
(Oscar Coblentz.)

1000000

# I. Sach-Register.

**A**ductores, Paralyse der, im Verlaufe von tertiärer Syphilis 100.  
**Abscess**, tuberculöser des Corp. thyreoideum 442.  
**Abscesse**, Einschnelden der kalten, retropharyngealen in der vorderen seitlichen Halsfläche 141.  
— der Mandelumgebung 25.  
—, Eröffnung der retropharyngealen 60.  
—, über die sogenannten acuten der Nasensecheidewand 491.  
**Acidum trichloraceticum**, über die Anwendung des bei chronischen eitrigen Entzündungen des Mittelohres 1.  
**Aegophonie**, über die Ursache der 258.  
**Affectionen des Pharynx, Larynx und der Nase**, über rheumatische und verwandte 208.  
**Anatomie der Nase menschlicher Embryonen**, zur 253.  
— der unteren Wand des Sinus frontalis, zur 97.  
— des „blutenden Septumpolypen“, Bemerkungen zur 171.  
— des Kehlkopfs, Studien zur feineren.  
1) das Stimmband, seine Leisten und Drüsen 29.  
— — —, Studien zur feineren 101.  
— des Schläfebeins, Beitrag zur 309.  
**Aneurysma der Aorta mit Oedem des Kehlkopfs** 262.  
—, über die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden 307.  
**Angina**, Behandlung der diphtheritischen mittelst Sublimatglycerin 26.  
— follicularis, Beitrag zur Aetiologie der sogenannten 213.  
— infectiosa 61.

**Angina pseudomembranacea** b. Influenza 261.  
— — mit Streptococcen und Orchitis bei Varicella 212.  
— — mit tödtlichem Ausgang während des Verlaufes von Scharlach 261.  
—, über eine parasitäre, durch einen Hefepilz hervorgebracht, klinisch mit dem Soor übereinstimmend 61.  
— und acuter Gelenkrheumatismus, die Beziehungen zwischen 180. 302.  
— urica, über 14.  
**Angiom des Pharynx**, ein Fall von 330.  
**Angiome der Nasenschleimhaut**, über cavernöse 22.  
**Anomalie, unilaterale congenitale des Gaumensegels** 350.  
**Antidiphtherieserums**, üb. einige Eigenschaften des Behring'schen 351.  
**Antipyrin als Anästheticum des Pharynx und Larynx** 59.  
—, über die Anwendung des als Anästheticum bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes 174.  
**Aphasie**, ein Fall von vorübergehender nach Scharlach-Diphtheritis 197.  
**Argyria**, Fall von 76.  
**Arthritis cricoarytenoidea acuta und subacuta** bei Rheumatismus, üb. 352.  
— deformans des Larynx 303.  
**Articulationsaphasie und Intonationsaphasie**, über bei Besprechung eines Falles von corticaler motorischer Aphasie ohne Agraphie 99.  
**Athembeschlag als Hilfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose** 57.  
**Athmungswege**, Behandlung von Krankheiten der mittelst grosser Einspritzungen von Medicamenten durch den Kehlkopf 62.

Athmungswege, Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen einschliessl. des Gehörs; auf Grund von Beobachtungen an Lebenden und an der Leiche 20.

Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrauhenhöhle und des Kehlkopfes 179.

Atlas, stereoscopischer des menschlichen Ohres nach durchsichtigen, macroscopischen Präparaten 89.

**B**acillus, über das Fortbestehen des Löffler'schen bei von Diphtheritis geheilten Kindern 302.

Basedow'sche Krankheit, über die Natur der 301.

Bemerkung zu dem Referate des Herrn Gomperz in Mo. IX, den Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 betreffend 456.

Bericht, statistischer über die in den Jahren 1887—1889 incl. behandelten Ohrenkranken 249.

— über die Thätigkeit der Kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1890 bis 31. März 1891 341.

— über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle 265. 313.

—, zu meinem über die Sitzungen der Section für Ohrenheilkunde der 66. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte 54.

Bitte 104.

Blutung, tödtliche nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachensraumes 174.

Blutungen, heftige aus der Nase 345.

Bromäthylnarcose bei den postnasalen adenoiden Vegetationen 494.

Bronchopneumonie, Prophylaxe und Behandlung der, welche nach Tracheotomie bei Diphtheritis eintritt 176.

**C**analisis incisivus, der und das Jacobson'sche Organ 176.

Carcinom des Ohres, Nachtrag zu dem in dieser Monatschrift veröffentlichten Fall von 357.

Carcinom der Trachea, primäres 443.

Cartilago thyroidea, Fractur der 396.

Castration, Resultate der auf die weibliche Stimme 28.

Casuistik und Aetiologie des Carcinoms des Gehörorgans, Beitrag zur 221.

Choanalatresie, zwei weitere Fälle von completer einseitiger 173.

Chondritis des Larynx, primäre und Beschreibung eines solchen Falles, wo Zerstörung des Knorpels eintrat; Tracheotomie; Tod nach 17 Monaten 400.

Cocain, Regeln bei Anwendung des 445.

Congress, der 13. für innere Medicin 102.

Cricothyroidei postici, Fall von doppelseitiger Lähmung, der verbunden mit Tabes dorsalis, Erstickungsnoth, Tracheotomie, Erholung, Bemerkungen 399.

Croup, primärer bei einem 7jährigen, mit Larynxpapillom behafteten Kinde. Intubation durch 6 Wochen hindurch, schliessl. Tracheotomie 498.

Cystentumor des Naseneinganges 437.

**D**emonstration von Schädeln, die den Einfluss des Cretinismus auf die Gestalt der Nasenhöhlen zeigen 346.

Desinfection der tuberculösen Sputa mittelst Holzessig 443.

Diaphragma, über das angeborene des Kehlkopfs 31.

Diphtheriebacillen, zur Frage von der Häufigkeit und Dauer der Persistenz virulenter im Rachen nach Genesung von Diphtherie 498.

Diphtherie, behandelt mit Aronsolin's Antitoxin 27.

—, Behandlung der mit den löslichen Salzen des Quecksilbers 27.

— — mit Antitoxin 27.

— bei Säuglingen, über 497.

—, die Behandlung der nach der Behring'schen Methode 351.

—, die klinische Bacteriologie der und deren Behandlung mit Antidiphtherieserum 144.

—, ein Besuch in Paris, um die praktische Behandlung der mit Antitoxin-Serum kennen zu lernen 60.

—, ein Fall von, der erfolgreich mittelst Einblasungen und Tabletten von Magnesia sulfurica behandelt wurde 259.

— -Epidemie, Betrachtungen anlässlich einer in Schlüsselburg 144.

Diphtherie, Fall von, mit Antitoxin behandelt 213.

—, Masern complicirend, mit Antitoxin behandelt 60.

— mit Antitoxin behandelt 144.

Diphtheritis, 300 Fälle von 259.

—, Behandlung der mittelst der Serumtherapie im Hospital Trousseau 213.  
— und Serumtherapie, Beitrag zum Studium der 259.

Divertikel, die seitlichen des Nasenrachenraumes 25.

Diverticulum der Mundhöhlenschleimhaut mit Concrementbildung 141.

Druckausübungen, über die centripetalen (der Gellé'sche Versuch), eine semeiologisch-auriculäre Studie 389.

Drüsenepithelkrebs des Kehlkopfs 62.

Ductus Riviniani, acute Entzündung der und der Glandulae sublinguales 80.

Durchleuchtung der Kieferhöhle, nochmals die Ueberschätzung der 155.

Dysphagie, Fall von scheinbarer 399.

**E**ingesendet 219. 500.

Eiteransammlungen, über extradurale im Verlauf von Mittelohrkrankungen 392.

Eiterungen des Sinus frontalis, Beitrag zum Studium der, insbesondere ihre chirurgische Behandlung 23.

— im Processus mastoideus, zur Diagnostik der 94.

— in der Highmorshöhle, meine Erfahrungen in der Behandlung der 172.

Electrolyse in der Laryngologie, über den Werth der 400.

Entzündung, syphilitische des Cricoarytenoidalgelenkes 442

Enuresis nocturna und adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum, über das Verhältniss zwischen 255.

Epiglottis, über das Verhalten der bei einseitiger Recurrenslähmung 397.

Epiglottiscyste 304.

Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle, ein Fall von primärem 255.

Erklärung 500.

Erkrankungen des Pharynx, des Kehlkopfes und der Nase, über rheumatische und verwandte 495.

— die der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes 431.

—, über die entzündlichen der Stirnhöhle und ihre Folgezustände 91.

Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung, zur 24.

Erwiderung auf die vorstehende Bemerkung des Herrn Dr. Rudolf Panse 456.

Exothyropexie, chirurgische Behandlung der Kröpfe durch 306.

**F**ibrosarcom am Zungenrunde 75.

Fischgräten in dem Halse und was sie für den Schluckact lehren 208.

Fremdkörper (Goldmütze), Fall eines, eingebettet in den Ventrikeln des Kehlkopfes 355.

— im äusseren Gehörgang, Beitrag zur Casuistik der 18.

— während 17 Monaten im Kehlkopf; Extraction mittelst Laryngotracheotomie 355.

Fremdkörpergefühl im Larynx und Pharynx durch Cocain geheilt 62.

**G**alvanocaustik, zur 233.

Ganglion supraclaviculare, klinische Bedeutung des 442.

Gaumenbögen, zwei Fälle von angeborener Anomalie der vorderen 396.

Gaumenfissuren, die vom orthophonischen Standpunkt aus betrachtet 143.

Gehirnsarcom fälschlich als Gehirnabscess diagnosticirt und operirt 344.

Gehörgangs, Versuch der Bildung eines künstlichen bei angeborenem Mangel des äusseren Gehörgangs und beiderseitiger mangelhafter Entwicklung der Ohrmuschel 341

Gehörorgan, über eine Methode, macroscopische Präparate des durchsichtig zu machen 490.

Gehörsperception auf einem Ohre, über den Ausfall der 159.

Gerüche, über die verschiedenen und ihren Einfluss auf die Stimme 347.

Geschwülste, über maligne Transformation gutartiger der Highmorshöhle 58.

— des äusseren Ohres, zur microscopischen Anatomie der 251.

— im Halse, die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der bösartigen 354.

—, Behandlung von inoperablen bösartigen mittelst der Toxine des Erysipels und des Bacillus prodigosus 31.

— der Nasenscheidewand, zur Lehre von den blutenden 171.

Geschwüre am unteren Pharynxtheil bei einem mit Pyloruscarcinom behafteten Kranken 59.

Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte 123. 242.

—, die deutsche otologische 104.

—, niederländische für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; 2. Jahresversammlung, 1. Juli 1894, in Amsterdam 48. 82.

—, österreichische otologische 103.

—, offizieller Bericht 202. 427. 481.

— russischer Aerzte an der kaiserlich Warschauer Universität. aus der 300.

Gipsabdrücke des Nasenrachenraumes und der Choanen, über 97.

Gipsmodelle, die Nasenhöhle und ihre Nebenräume in, natürlicher Grösse, nach Schnitten eines Spiritusschädels hergestellt, zur Einführung in die rhinologische Praxis, sowie zur Demonstration und Einübung specialisistischer Technicismen für Studenten, practische Aerzte, Specialisten und Lehrer 488.

Glandulae thyroideae, über Structurveränderungen der nach Entfernung der Schilddrüse 397.

Glottisödem, acutes mit tödtlichem Ausgang 399.

Glycosurie durch Nasenverstopfung hervorgerufen 438.

Griff, ein neuer für galvanocaustische Schlingen 102.

Grippe-Epidemie, Beobachtungen über die gegenwärtige 262.

Gumma des Kehlkopfes, ein Fall von 442.

Hämatom der Nasenscheidewand, durch seltenes Trauma hervorgerufen 22.

— der Nasenscheidewand, über 96.

—, über das und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand 206.

Hämorrhagie, beunruhigende, als Folge einer Eröffnung des Antrum Highmori vom Alveolarfortsatz aus 493.

Halskiemenfistel durch Electrolyse geheilt 328.

Hammer-Amboss-Excision, Beitrag zur 342.

Heilserum, schwere Erscheinungen nach Injection von Behring'schem 351.

Highmorshöhle, acute Entzündung der nach Influenza 438. 439.

Hirnabscess, Mittheilungen über den tiefen bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein, nebst Bericht über einen operativ geheilten Fall von Grosshirnabscess 65.

Höhle, über eine abnorme im Felsen-theile des Schläfebeins 454.

Hörübungen, über den Werth methodischer für Taubstumme und für Fälle von nervöser Taubheit im Allgemeinen 57.

Hörvermögen, über das der Taubstummen 20.

Hydrorrhoea nasalis, Beitrag zum Studium der 136.

Hypertrophie der Zungenmandel 257.

Infectionsmodus, über den bei Kehlkopftuberculose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf 39.

Instrumentarium, aseptisches für Galvanocaustik 445.

Insufflation von Pulvern in den Kehlkopf, zur 446.

Intubation bei Larynxstenosen, die 147.

— bei subglottischem Oedem 303.

— mit gewaltsamer Dilatation des Larynx während weniger Minuten, für diphtheritische und croupöse Laryngitis 499.

Irrungen, laryngologische 353.

Jahresbericht, sechster aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten 105.

Jodödem des Larynx, zwei Fälle von acutem 177.

Kehlkopf, die Ergebnisse der Radicaloperation bösartiger Erkrankungen des nach den Erfahrungen der Privatpraxis 145.

—, Festsetzen eines halben Sovereigns im und danach in dem linken Bronchus, Section 29.

—, über äussere Untersuchung des 499.

Kehlkopfentzündung, ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen 216.

Kehlkopfgeschwülste, Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger in bösartige 305.

Kehlkopflähmung, Bemerkung zu einem Falle von tabetischer 304.

—, linksseitige (Hemiplegia laryngis sin.) im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbestimmter Natur 407.

Kehlkopflepra, ein Beitrag zur Kenntniss der 216.

—, zwei weitere Fälle von 304.

Kehlkopfmuskeln, über die normale und pathologische Physiologie der 177.

Kehlkopf-Neurasthenie 145.

Kehlkopfschwindsucht, sieben Fälle von günstig verlaufener resp. geheilter 304.

Kehlkopf-Störungen, über die Classification der neuro-motorischen 499.

Kerne und Wurzeln, über die des N. accessorius und N. vagus und deren gegenseitige Beziehungen; ein Beitrag zum Studium der Innervation des Kehlkopfs 262.

Kieferhöhlenempyem, einige kurze klinische Bemerkungen z. Lehre vom 348.

Kirschkern in der Nase 437.

Knorpel, die keilförmigen des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden 262.

Krebs in der Speiseröhre 264.

**Laborde'sche Methode**, die während einer Tracheotomie 401.

Labyrinth, Druck und Drucksteigerung im 436.

Labyrinthentzündung bei Lues hereditaria tarda, ein Fall von 275.

Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche bacteriologisch als nicht diphtheritisch erkannt war 213.

Lähmungen, über das Vorkommen diphtheritischer ohne vorhergehende Schlunderkrankung 26.

Laryngitis fibrinosa, über 212.

— sicca, einige Bemerkungen über die chronische 217.

—, spontane Heilung eines Falles von ulceröser tuberculöser 216.

Laryngocele, Fall von 30.

Laryngotracheitis, suffocatorische und Methode zur schnellen Erleichterung 355.

Larynx, Exstirpation des, sechs bisher unveröffentlichte Fälle mit Analyse von 300 aus der Literatur gesammelten Fällen 263.

Larynx, Fremdkörper (Hammelnknochen) im, Tracheotomie 304.

Larynxexstirpation wegen Carcinom, ohne Recidive 147.

Larynx-Neurasthenie 101.

Larynxspiegel, concave 32.

Larynx- und Lungentuberculose, moderne Behandlung der 217.

Larynxtuberculose, Caries und Durchbrechung der Cartilago thyroidea. Tuberculöser extralaryngealer Abscess, subcutanes Emphysem 443.

—, die Behandlung der mit Creosot und subcutanen Injectionen desselben Mittels 305.

— durch Beischlaf erworben 31.

—, primäre durch Beischlaf entstanden 305.

Lipom der Mandel 59.

— der Tonsille 76.

Lippen, über Veränderung der als Folge lange bestehender Mundathmung 349.

Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen, experimentelle Untersuchungen über 95.

Lungengewebe bei Ertrunkenen, Experimente über das Eindringen von Fremdkörpern in das interstitielle 307.

**Mandelgewebe**, Entzündungen des lymphatischen an der Zungenbasis, vierte Mandel, Zungenmandel 210.

Mandelhypertrophie, neue chirurgische Behandlung der 26.

Mandeln, maligne Leiden der 350.

Mandelsarcom, Folgen eines 350.

Mandelschanker 496.

—, syphilitischer 59.

Mandelstein, ein von ungewöhnlicher Grösse 496.

Mechanismus der verschiedenen Arten, das Athmen wieder hervorzurufen 495.

Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes, über 24.

Metallspiegel, über den Werth von 308.

Meyer-Denkmal, Dr. Wilhelm 451.

Microorganismen in der gesunden Nase 393.

Migräne nasalen Ursprunges 438.

Misshandlung der Stimme, über 440.

Mittelohr affectionen, über Störungen des Gleichgewichtes bei 56.



Mittheilungen, rhino-laryngologische 75.  
**Mittelohrentzündung der Säuglinge** 18.  
**Mittelohrräume**, zur Geschichte und Technik der operativen Freilegung der 252.  
**Mittelohr- und Labyrinthkrankungen**, zur Differentialdiagnose der 489.  
**Morbus Basedowi** 61. 356.  
 — — bei einem 12jähr. Mädchen 301.  
 — Ménièrei. über 181.  
**Mundschleimhaut**, ein Reflex der, welche durch Schwefeläther gereizt ward 141.  
**Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberculose**, ein Fall von 257.  
**Muschelvarix** 394.  
**Musculi hyoepiglottici** 59.  
**Myxoedem durch Darreichung von Glandula thyroidea vom Schafe** geheilt 25.  
**Nachruf an Moos** 446.  
**Nasenbluten**, schweres 96.  
**Nasenhöhle**, zur Topographie und Chirurgie der 346.  
**Nasenpolypen** 58.  
 —, über die Nerven der 254.  
**Nasenrachenpolypen**, Behandlung d. 173.  
**Nasenrachenraum**, der bei Masern und Scharlach 97.  
**Nasenrachentumoren**, zur Operationsfrage der 207.  
**Nasenscheidewand**, ein Fall von S-förmiger Verbiegung der, erfolgreich mittelst einer Reihe von Operationen und des Gebrauchs von Retentionsapparaten behandelt 492.  
**Nasenscheidewandverbiegungen**, über die Behandlung von, mit der Trephine 344.  
**Nasenseptum**, Perforationen des 491.  
**Nasensteine**, überspontane. Nothwendigkeit der microscopischen und chemischen Untersuchung 348.  
**Necrose, ausgebreitete der Nasenscheidewand und der linken unteren Nasenmuschel** 491.  
**Nervus phrenicus**, Verhältniss des und des Nervus laryngeus inferior, nebst Erklärung des Umweges, welchen letzterer einschlägt 352.  
**Neuralgie des Trigeminus** 175.  
**Nomenclatur d. Geruchsqualitäten**. Versuch einer 207.  
**Nosophens**, die Anwendung des in der rhinologischen u. otologischen Praxis 439.

**Oberkieferhöhle**, 37 Fälle von seröser Erkrankung der 114.  
**Oedem des Larynx**, acutes primäres infectiöses 216.  
**Odontom**, Fall von gemischtem folliculären, das in das Antrum Highmori eindringt und die entsprechende Nasenhälfte verstopfte 395.  
**Ohrenheilkunde**. Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der 132.  
**Ohrlabirynth**, die Lehren von den Functionen der einzelnen Theile des 90.  
**Ohrpolypen**, zur Histologie der 435.  
**Oesophagus**. Fremdkörper im. Extraction durch die Pharyngotomia infrahyoidea. Heilung 401. 401.  
**Otitiden**, über die bei Typhus abdominalis 135.  
**Ovariectomie**. Einfluss der auf die weibliche Stimme 212.  
**Ozaena**, ein Apparat zur Behandlung der durch Massage 255.  
 —, zum Wesen und zur Heilbarkeit der 254.  
**Pachydermia laryngis**, ihre klinische Bedeutung. Eintheilung und Therapie 214.  
 — —, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie 214.  
**Papillome**, multiple des Kehlkopfes 355.  
 — der Mundrachenhöhle, über 98.  
**Paralyse**, die isolirte des linken Musc. cricoarytaenoideus lateralis nach Influenza 79.  
**Parotitis mit Sclerose der Mundschleimhaut**, ein Fall von symmetrischer 256.  
**Perception hoher und tiefer Töne bei Affectionen des Labirynthes und des Nervus acusticus**, über die 19.  
**Perichondritis arytaenoidea nach Typhus: doppelseitige Ankylose der Cricoarytaenoidalgelenke: Larynxstenose** 306.  
**Perichondritis der Nasenscheidewand**, die sogenannte idiopathische acute 207.  
**Pharyngitis**, besondere, welche Albuminurie und Diabetes mellitus erkennen lässt 142.  
 — (Laryngitis. Tracheitis) sicca oder atrophica, über 189. 224.  
**Pharyngotomia suprahyoidea** 349.  
**Pharynxstricturen**, über 349.

Phonationscentren im Gehirn, experimentelle Untersuchungen über 398.  
Physiopathologie des Recurrens. über 211.  
Pilocarpin bei Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinthes 33.  
Parotitis, Ursache der 142.  
Pleuritis serofibrinosa. über die Natur der 400.  
Plexus cardiacus. über die Veränderungen des. bei Herzparalyse nach Diphtheritis 175.  
Pneumococcen giftiger Natur, häufiges Vorkommen der im Munde von Reconescenten von Gesichtsröse 25.  
Polyp. der blutende, der Nasenscheidewand 171.  
Polypen der Nasenscheidewand. Beitrag zu den blutenden 171.  
Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels. Nachtrag zu dem Aufsatz im ersten Bande des Archivs für Laryngologie über den 215.  
Prothese. über die, bei Behandlung der chirurgischen Fisteln des Sinus maxillaris 251.  
Pseudodiphtheritis mit Streptococcen: Bronchopneumonie; Tod 400.  
Psoriasis. allgemeine. durch Thyroidin geheilt 301.

**R**ecurrenslähmung, eine. durch ein Aneurysma am Halse 78.  
— ein Fall von rechtsseitiger. in Folge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia 258.  
— bei einem Kinde in Folge Einschliessens des Nerven in scrophulöse Drüsen 353.  
Reflexe nasalen. pharyngealen und laryngealen Ursprunges, über 438.  
Richtigstellung 64.  
Resection, temporäre der Nase nach Ollier als vorbereitende Operation bei Entfernung von Tumoren aus der Nasen- und Nasenrachenhöhle 137.  
Rhinitis bei Säuglingen. die Behandlung der 345.  
Rhinosclerom, das, in der Schweiz 96.

**S**ammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Mund- und Halskrankheiten 180.

Sarcoma des Gaumens, ein Fall von, erfolgreich mit Toxinen von Erysipelas behandelt 211.  
Sarcom, das des Kehlkopfes und der Luftröhre 277. 320. 360. 416.  
— der Nasenhöhle 77.  
Schädelwunde, verursacht durch Revolverkugeln; Heilung 21.  
Schalleinwirkungen, über den Einfluss schwacher auf die acustische Empfindungsschwelle 434.  
Schalleitungshinderniss, Versuch zur Bestimmung eines 405.  
Schallquantum, zur Bedeutung des für die Hörprüfung 343  
Schilddrüse, Beitrag zur Lehre der Functionen der; Pathogenie der Basedow'schen Krankheit 258.  
—, über Veränderungen in der bei einigen acuten und chronischen Krankheiten 497.  
Schilddrüseninhalt, zur Wirkung des auf den thierischen Organismus 496.  
Schläfenlappenabscess, ein Fall von Mittelohrerkrankung, in welchem ein dadurch verursachter durch die Nase entleert wurde 489.  
Schlingenschnürer, ein für alle Fälle brauchbarer für die Nase 98  
Schnupfen, klinische Bemerkung über die Behandlung des acuten mittelst benzolsauren Natrons 438.  
Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelobrentzündung 251.  
Sclerom der Luftwege, ein Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des 149.  
Septumpolypen. zur Pathologie der blutenden 185.  
Serothérapie und antidiphtheritische Lymphe, über 144.  
Serum, über Temperatursteigerungen nach Einspritzen von künstlichem 399.  
Sinus maxillaris, über Fremdkörper im. insbesondere über ihre Entfernung durch den Hiatus semilunaris 256.  
Sitzungsbericht aus der New-Yorker Academy of Medicine vom 15. Juli 1895; Section für Laryngologie und Rhinologie 486.  
— der Petersburger Medico-chirurg.-Gesellschaft vom 16. März 1895 395.  
Speichelstein 302.  
—, Bildung von üb. d. unteren Schneidezähnen in Folge habitueller Mundathmung 495.

- Speiseröhre. Perforation der mit Arrosion eines Zweiges der Arteria pulmonalis in Folge Stockenbleibens eines Knochens in der Speiseröhre 219.
- Speiseröhre, Verengung der in Folge von Verätzung mit Alcohol 219.
- Speiseröhrenschnitt, der äussere, bei Fremdkörpern 148.
- Staphylococcus pyogenes aureus, Wirkung des Toxins des auf das Kaninchen und dessen secundäre Infectionen 218.
- Stimmbandfibrome, über den Bau und die histologische Stellung der sogenannten 211.
- Stimme, ein Fall von gut modulationsfähiger, ohne jegliche künstliche Vorrichtung bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der erste Trachealring entfernt werden musste und der ohne Canüle athmet 440.
- Stimmgabelprüfungen, über den diagnostischen Werth der auf Grund einer Beobachtung von Tumor der Schädelbasis 19.
- Stimme, Ueberbürdung der bei Sängern 143.
- Stimmritzenkrampf, die Behandlung des phonischen 457.
- Stirnhöhle, zur Frage der Erkrankungen der 395.
- Stirnhöhlencatarrh, der 174.
- Störungen durch Hypertrophie der vierten Mandel bei einer Hysterischen hervorgebracht 210.
- Stottern, über das 143.
- Stummheit, zur Diagnose und Therapie der hysterischen 353.
- Syphilis hereditaria tarda, ein Fall von des Kehlkopfes 102.
- T**abes, über Erkrankungen des Gehörorgans in Folge von 391.
- Taschenbesteck, Beschreibung eines für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte und eines veränderten Kehlkopfspiegels 32.
- Taubheit, ein Fall von hysterischer absoluter 489.
- und Verlust eines Auges durch Contusion und Schrecken 135.
- , zwei Fälle von hysterischer 135. 212.
- Taubstummsein, hysterisches durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt 28.
- Thyroidismus, der und sein Verhältniss zur Basedow'schen Krankheit und zur Hysterie 176.
- Tonsillen, über die Abtragung der hypertrophischen mittelst der electricischen Glühschlinge 397.
- Torticollis nach Entfernung der Vegetationen d. Nasenrachenraumes nebst Bemerkungen über Nasenreflexe 174.
- von Ohrenleiden herrührend 498.
- Trachealstenose, klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur 307.
- Trachealwand, ein Fall ausgedehnten geschwürrigen Verlustes der hinteren mit Perforation in den Oesophagus und dabei ausbleibender Schluckpneumonie 306.
- Tracheotomie bei Diphtheritis, einige Bemerkungen über die 260.
- , sechs Fälle von wegen Diphtherie, die mit Aronsohn's Antitoxin diphtheriae behandelt worden 27.
- , über 395.
- Trepanation des Warzenfortsatzes, über die 300.
- Trigeminusneuralgie, zwei Fälle von heftiger, die durch Nasenerkrankung veranlasst waren 492.
- Tubagenoperationen, die ersten zwei in Lille 444.
- Tuberculome der Nasenschleimhaut, über 22.
- Tuberculose der Zunge, über die 142.
- Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle beim gesunden Menschen 23.
- in dem Zimmerstaub von Phthisiskranken, Untersuchungen über das Vorhandensein des 443.
- Tumor, Zerstörung eines grossen cavernösen der Nasenscheidewand mittelst Electrolyse 437.
- Turbinotomie, zum ersten in Indien ausgeführt; ihre Wirkung auf Ohraffectionen 493.
- U**bersicht, statistische über die Krankheiten des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase und Ohren 138.
- Uebungen, über acustische zur Verbesserung der Hör- und Sprechfähigkeit 94.
- Untersuchungslampe, über eine neue electriche 219.

- Vaselinum liquidum**, über die Anwendung des bei der Behandlung einiger Mittelohraffectionen 299.
- Vegetationen, adenoide im Nasopharynx** 137.
- , über adenoide des Nasenrachenraumes und besonders deren Diagnose und ihre Behandlung mittelst des Fingers 173.
- Vena jugularis**, Unterbindung der wegen **Otitis pyaemica** 435.
- Verbiegungen der Nasenscheidewand, zur Behandlung der** 172.
- Verengung, syphilitische des Schlundes** 175.
- Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, Nürnberg 1893** 55.
- des Vereins für innere Medicin über die Diphtherieheilserumfrage in den Sitzungen am 2. und 3. April 1895 in München, Bericht über die 163.
- Verhornung des Epithels im Gebiete des Waldeyer'schen aden. Schlundringes und über die sogen. Pharyngomycosis leptothricia** 396.
- Verletzungen des Ohres durch Schusswaffen (Revolver)** 16.
- Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter, der** 171.
- Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895, Bericht über die vierte** 238. 288. 331. 379.
- deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck 308.
- Warzenfortsitzerkrankungen, Beiträge zur operativen Casuistik der bei Tuberculose und Morbillen auftretenden** 436.
- Wucherungen, adenoide bei Kindern** 344.
- polypöse im äusseren Gehörgang, bedingt durch ein Sarcom der Schädelbasis 434.
- Zahn, ein überzähliger, welcher in der Nase gefunden wurde** 348.
- Zungenbändchen, soll man das durchschneiden?** 210.
- Zungenmandel, Syphilis der** 210.
- Zungentonsille, die Pathologie der** 98.
- Zungentraktionen, über den vergleichenden Werth der rhythmischen und des Lufteinblasens zur Wiederbelebung Neugeborener** 257.
- Zusammensetzung des Blutes, über die Einwirkung des Höhenklima's auf die** 444.

## II. Namen-Register.

**A**  
Achalme 61.  
Alexander 171.  
Allen 346.  
Alt 159. 220. 299. 406.  
Altuchoff 141.  
Ansiaux 400.  
Aronsohn 207.  
Aufruns 438.  
Avellis 32. 348.  
Avoledo 16.

**B**  
Barjon 216.  
Barrow 489.  
Batten 32. 399.  
Battle 175. 256.  
Bayer 438.  
Beausoleil 30. 138.  
Béclère 176.  
Bergeat 277. 320. 360. 416.  
465.  
Bergengrün 216. 304. 304.  
Bétrri 261.  
Betz 488.  
Bezold 132. 249.  
Biaggi 59.  
Biehl 185.  
Bigcard 59.  
Bloch 20.  
Borchard 349.  
Botkin 135.  
Bouan 304.  
Boulay 100.  
Bors 499.  
Branthomme 60.  
Brenton 302.  
Bresgen 104. 180.

**B**  
Brissaud 99.  
Brownlow 259.  
Bruce 262.  
Bruns 31.  
Buleley 496.  
Burger 48. 82.  
**C**  
Cadier 31. 305.  
Campbell 62.  
Canter 258.  
Caponotto 147.  
Cartaz 135. 212.  
Casadeus 438.  
Casselberry 303.  
Castex 101. 145. 440.  
Chaillou 259.  
Chappell 305.  
Chervin 143. 210.  
Chiari 22. 211. 214. 303.  
Claisse 142.  
Clarence 257.  
Coën 94.  
Cohen 441.  
Coley 31.  
Collier 175. 492.  
Compaized 352.  
**D**  
Daae 255. 348.  
Danziger 14. 221. 357.  
Davier 352.  
Davison 27.  
Déaucé 401.  
Debove 399.  
Deknatel 489.  
Déléarde 444.  
Delizin 346.

**D**  
Dennert 343.  
Dunn 437.  
Dupré 142.  
**E**  
Edmunds 356.  
Engelmann 174.  
Eremitsch 349.  
Eulenstein 65.  
**F**  
Fedoroff 148.  
Fink 58.  
Fischenisch 206.  
Fleischmann 349.  
Francotte 28.  
Franke 95.  
Fränkel 29. 101. 214. 215.  
262. 445.  
Franks 137.  
Freudenthal 208. 345. 494.  
**G**  
Gamaleia 351.  
Garel 142. 396.  
Gaure 59.  
Gellé 389. 498.  
Georgiewski 496.  
Gerhardt 499.  
Gesellewitsch 344.  
Girode 212. 442.  
Gleitsmann 217. 354.  
Gladin 498.  
Gley 397.  
Gomperz 54. 457.  
Goodal 261.  
Goriansky 351. 443.  
Gottstein † 63.  
Gouguenheim 25.

Gouly 256.  
Grabower 262.  
Grawitz 444.  
Grayson 216.  
Grönbach 255.  
Grossmann 307.  
Gruber 63. 181. 402. 451.  
453.  
Gruss 497.  
Guillaume 173.  
Guthrie 26.  
Guye 405.

**Habermann 391.**  
Haller 351.  
Harke 20.  
Hartmann 18.  
Haug 251. 251. 436.  
Hawkins 399.  
Hecke 392.  
Hewlett 393.  
Heymann 171.  
Hollis 27.  
Hopmann 24. 97. 173.

**Jaboulay 306.**  
Jankau 489.  
Jansen 24.  
von Jaruntowski 446.  
Joal 347.  
Johnson 211.  
Jonquière 457.  
Joris 18.  
Jouslain 22. 135. 491.

**Kahn 179.**  
Kalischer 254.  
Katz 89. 490.  
Kayser 265. 313.  
Keimer 102.  
Kellock 399.  
Keyper 437.  
Kijewsky 207.  
Killian 253.  
Kirchner 443.  
van Kleef 260.  
Klemperer 398.  
Klinedimt 355.  
Knauss 62.  
Knight 174. 304.  
Koll 439.  
Kowalki 219.  
Krebs 189. 224.  
Kretschmann 344.  
Krieg 62.

Kronthal 301.  
Kuh 355.  
Kuhn 98.  
Kuhnt 91.  
Kuttner 207. 353.

**Laborde 495.**  
Lacoarret 96. 217.  
Langenbuch 435.  
Langner 353.  
Lediard 30.  
Le Gendre 213.  
Lemoine 400.  
Lichtwitz 186. 328. 330.  
397.  
Luc 23. 498.

**Mac Donald 98.**  
Mac Gregor 60. 213.  
Macintyre 59. 350. 353.  
Magitot 445.  
Malvoz 307.  
Marcano 218  
Marie 25. 301.  
von Marion 256.  
Martin 62. 259. 259.  
Masini 211.  
Maurice 27.  
Mayr 400.  
Meijes 350.  
Meinhard 395.  
Mendel 100. 304.  
Meyer 258.  
Meyer, Wilhelm † 402.  
Michailow 395.  
Miot 96.  
Moizard 26.  
Moltschanow 144.  
Monham 439.  
Montgomérie 399.  
Moos, Prof. † 264. 446.  
Morgenthau 494.  
Moritz 306.  
Mosny 218.  
Moure 28. 138. 212. 348.  
Moussons 176.  
Müller 56. 94.

**Naegeli-Åkerblom 80.**  
Netter 25. 302.  
Neumann 59.  
Neumayer 257.  
Newcomb 174.  
Niemak 435.  
Noltenius 114.

**Österreich 443.**  
Okuneff 1.  
Onodi 75.  
Orzel 301.  
Ostmann 436.  
Ott 349.

**Panse 341. 456.**  
Périgord 61.  
Poncet 306.  
Powers 263.  
Poyet 143. 143.  
Proust 213.  
Przedborski 407.

**Rangé 176. 177. 499**  
Rasumovsky 137.  
Rauchfuss 144.  
Reid 144.  
Reinhard 255. 342.  
Rethi 254.  
Reverdin 141.  
Richardson 27.  
Ripault 25.  
de Roaldes 355. 395.  
Rocaz 176.  
Roomisch 397.  
Röhner 19.  
Rosenberg 147. 496.  
Roux 259. 259.  
Ruault 26.  
von Ruck 217.  
Rueda 442.  
Rupp 208. 491.

**Sadysett 493.**  
Saw 27.  
Schadewaldt 171.  
Schech 212  
Scheier 171.  
Scheppeggrell 493.  
Schiffers 210.  
Schleicher 233.  
Schmidt 25. 163.  
Schmiegelow 177. 401.  
von Schrötter 149.  
Schwabach 19.  
Schwager 22.  
Schwartz 22. 442.  
Secretan 96.  
Seifert 98. 179.  
Semon 145. 438.  
Sendziak 213.  
Shirmunsky 33.

Siebenmann 396.  
Simanowski 210.  
Sklifosowsky 300.  
Smith 262. 344.  
Snow 488.  
Sokoloff 497.  
Sokolowski 102. 216. 305.  
Soulier 141.  
Spicer 61.  
Spiess 172.  
von Stein 90.  
Steinbrügge 446.  
Stetter 105. 434.  
Stiel 275.  
Störk 431. 451.  
Strauss 23. 144.  
Strazza 307. 437.  
Stucky 97.  
Suchannek 180. 302.  
Szeneš 238. 288. 331. 379.

**T**arnier 257.  
Tauber 300.  
Taylor 258. 396.  
Thomson 393.  
Thorner 355.  
Thost 39.  
Troisier 61.  
Tschlenow 442.  
Turner 60.  
Tymowski 400.  
**U**rbantschitsch 57. 434.  
**V**ali 341.  
Vargniaud 306.  
Vergniaud 443.  
Verneuil 173.  
Villocourt 210.  
Vincent 175.  
Vohsen 345.

**W**anach 344.  
Washbourn 261.  
Watson 58. 492.  
Wedenski 142.  
Wejjaminoff 219.  
White 263.  
Whiteford 264.  
Wilson 301.  
Winckler 97. 219.  
Wingrave 394.  
Witzel 172.  
Wolfenden 350.  
Wróblewsky 174. 207. 491.  
**Z**aufal 252.  
Ziem 155. 197. 308. 500.  
Zuckermandl 309.  
Zwaardemaker 57. 171.









Druck von Marschner & Stephan,  
Berlin SW.



# 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. Beschoner (Dresden), Prof. Dr. Gaughofer (Prag), Docent Dr. Gompertz (Wien), Dr. Weinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfänger (New-York), Dr. Schaffer (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. XXIX.

Berlin, Januar 1895.

No. 1.

### I. Originalien.

#### Ueber die Anwendung des Acidum trichloraceticum bei chronischen eitrigen Entzündungen des Mittelohres.

Von

Dr. med. W. N. Okuneff,

Ordinator an der Ohrenabtheilung des St. Petersburger Nicolai-Militärhospitals.

Auf die caustischen und adstringirenden Eigenschaften des Acidum trichloraceticum, bei Anwendung auf die Schleimhaut, hat zuerst unser Landsmann, Dr. Stein, 1889 hingewiesen<sup>1)</sup>.

Seitdem wurde es mehrfach von vielen Aerzten bei allerlei Erkrankungen des Rachens, der Nase, des Nasenrachenraumes, der Kehle und des Ohres angewandt. Die Litteratur dieser Frage übergehe ich, da Dr. Stein dieselbe in einem Artikel ausführlich behandelt hat<sup>2)</sup>, welcher vor Kurzem in der „Monatsschrift f. Ohrenheilkunde“ Nr. 1, Jahrg.

<sup>1)</sup> Stanislaus 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.

<sup>2)</sup> do. Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des Acidum trichloraceticum. Monatsschr. für Ohrenheilkunde 1894, No. 1. pag. 1—2.

1894, Seite 1—2 erschien. — Auch lasse ich die nützliche Anwendung dieser Säure bei Nasen-, Rachen-, Nasenrachenraum- und Kehlkrankeheiten unerwähnt, da auch sie von anderen Autoren sorgfältig genug besprochen worden ist. In vorliegender Arbeit will ich auf die wunderbaren Resultate hinweisen, welche ich bei Anwendung dieser Säure bei chronischen Eiterentzündungen des Mittelohres, welche oft schon stark vernachlässigt waren, erzielt habe.

Zu den Vorzügen dieser Säure vor anderen, z. B. der Chromsäure, rechnen einige, darunter auch Cholewa<sup>3)</sup>, den Umstand, dass sie nicht auseinander fließt und dass nach ihrer Anwendung eine Einspritzung in die Nase mit Salzlösungen überflüssig wird, da letztere bei ungeschicktem Einspritzen durch die Eustachi'schen Ohrtrompeten in das Mittelohr eindringen und eine acute Eiterentzündung derselben verursachen können. Dank solchen Vorzügen kann die Säure auch bei Kindern in Anwendung gebracht werden. Die crystallische Gestalt der Säure machte ihre Anwendung sehr schwierig, und zur Erleichterung der letzteren wurden verschiedene Versuche angestellt. So wandte Kilian<sup>4)</sup> Sonden mit einem besonderen Receptaculum für die Säure an, welche sich jedoch als unbequem erwiesen. Cholewa erfand besondere Säurebehälter aus Draht, welche in eine Art Schlinge, von verschiedener Gestalt und Grösse, je nach Bedarf und Anwendung, ausliefen. Stein<sup>5)</sup> gebraucht besondere Sonden und Spiegel. Ich gebrauchte, nach Cholewa's Beispiel, zur Cauterisation einen gewöhnlichen Eisendraht, welcher am Ende, in Form einer kleinen Schlinge, gebogen war. In diese Schlinge brachte ich einen kleinen Säurecrystall und führte ihn 1—2 Mal über dem Glase einer brennenden Lampe her; es bedarf nur einer geringen Erwärmung, bis der Crystall an den Rändern schmilzt und sich in die Schlinge, wie in eine Einfassung, legt. Nach meinen Beobachtungen fließt die Säure am Orte ihrer Anwendung schnell auseinander, so dass ein Einspritzen in das Ohr, zur Entfernung der überflüssigen Säuremenge, in den meisten Fällen nothwendig wird; Cholewa versichert uns, dass solche Fälle nicht vorkommen. — Abgesehen vom Auseinanderfließen der Säure, ist die Cauterisation sehr schmerzhaft, ohne vorhergehende Anästhesie; eine 5proctge. starke Cocainlösung erweist sich oft im Ohr als unzureichend für diesen Zweck. — In solchen Fällen muss man eine 10proctge. und selten auch eine 15proctge. Lösung anwenden. — Eine 10proctge. Lösung genügt meistens vollkommen, selbst bei Kindern. Der Gang der Cauterisation ist gewöhnlich folgender: Es werden 5—8 Tropfen einer, vorher erwärmten, 10proctgen. salzsauren Cocainlösung durch einen Ohrtrichter in das Ohr des Patienten gebracht, wobei sich der Kopf des letzteren in horizontaler Lage befinden muss. Nach Hineinbringen der Tropfen muss der Kopf 2—3 Min. lang in erwähnter Lage bleiben, indem das kranke Ohr nach oben gerichtet ist. In diesem Zeitraume füllt man 2—3 Spritzen mit lauwarmem Wasser und macht die Schlinge mit dem Crystall bereit. Ich erinnere daran, dass die Säurecrystalle recht klein sein müssen und

<sup>3)</sup> Cholewa: Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1892, pag. 33.

<sup>4)</sup> Kilian — ibidem.

<sup>5)</sup> L. c. S. 3.

das Herführen über der Lampe, infolge der leichten Schmelzbarkeit der Crystalle, recht schnell vor sich gehen muss. — Wenn mehr als 8 Tropfen Cocain eingetropt worden sind, trocknet man den äusseren Gehörgang mit Watte — sodann beleuchte ich das Innere des Ohres mit einem Stirnreflector durch einen Kautschuktrichter von möglichst grossem Caliber, führe die Schlinge mit dem Crystalle bis zum Mittelohre, und berühre leicht die Stellen, deren Cauterisation mir nothwendig erscheint. Meistens bemühe ich mich, auch die Schleimhaut des Mittelohres gründlicher zu cauterisiren, desgleichen auch die Ränder der Perforation, weil in der Stärke der Cauterisation, d. h. in dem grösseren Wirkungsrayon derselben, der Erfolg dieser kleinen Operation liegt. — Nach der Cauterisation wird die Schleimhaut des Mittelohres und der Rand der Perforation weiss, auf einer Strecke von  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  Mm. und bedeckt sich mit weissem Schorfe. Um das Auseinanderfliessen der Säure zu verhüten und die überflüssige Menge derselben zu entfernen, durchspritze ich schnell den äusseren Gehörgang; letzteres ist unentbehrlich, um den Eiter und dessen Ansammlungen zu entfernen, da die Patienten meistens mit undurchspülten Ohren erscheinen (letzteres muss zu Hause gemacht werden und verlangt werden). — Nach Abtrocknen des Ohres mit Watte, blase ich Aristol, Acid. boricum etc. hinein. — Die ganze Procedur muss durchaus rasch vollzogen werden, und was die Häufigkeit derselben anbelangt, vollziehe ich sie gewöhnlich 1—2 Mal wöchentlich. In solchen Fällen aber, wo man durch die Cauterisation das Zuwachsen der Perforationen im Trommelfell bezwecken will, darf man nicht öfter, als alle 8—9 Tage cauterisiren, da eine zu oft erfolgende Cauterisation zerstörend auf das neugebildete Granulationsgewebe einwirkt und thatsächlich zum Auseinanderfallen der neuen Narbe führt. In dem Zeitraume zwischen den Cauterisationen werden Einspritzungen in's Ohr mit verschiedenen Desinfectionsmitteln gemacht; oder, wenn die Otorrhöe von mittlerer Stärke war, wurden Tropfen angewandt (Sol. resorcini 2 pCt.), oder aber das Ohr blieb ohne Behandlung.

Die Cauterisation mit Acid. trichlorac. wandte ich bei chronischen Eiterentzündungen des Mittelohres an, und hauptsächlich da, wo bedeutende Perforationen in den Trommelfellen vorkamen. Meistens waren es Fälle, wo die Behandlung mit anderen Mitteln resultatlos blieb. Eine andere Serie bezieht sich auf solche Fälle, wo sich auf dem Trommelfelle oder den angrenzenden Wänden des Gehörganges granulatiöse oder polypöse Wärzchen fanden. Endlich, eine dritte Serie, wo man die überhäuteten Ränder der Perforationen durch Cauterisation beleben musste, um deren Vernarbung herbeizuführen. —

In allen Fällen der Cauterisation mit Ac. trichloracet. verschwand die Otorrhöe und ihr übler Geruch. Der Eiter verlor schnell seine übelriechende Schattirung. Die Infiltration der Schleimhaut verlor sich bald; sie verlor ihre Porosität und Saftigkeit, und an Stelle der purpurrothen Farbe bekam sie eine hellrosa Schattirung. Die Rauigkeit, in Form von Granulationen, verschwindet auch schnell von der Schleimhaut des Mittelohres und die Schleimhaut wird eben und glänzend. Die kleinen Polypen und Vorbauchungen der Schleimhaut des Mittelohres verschwinden auch spurlos. Die Cauterisation der mittelgrossen Polypen mit der Säure bleibt aber resultatlos und ist hier natürlich eine Operation vorzuziehen.

Die „trockenen“ Perforationen mit überhäuteten Rändern können, beeinflusst durch systematische Cauterisation der Ränder, in kleinerem Zeitraume zur Vernarbung gebracht werden, als durch andere Mittel, und mit sichererem Erfolge, wenn der Process im Mittelohre beendigt ist. — Die Frage von der Vernarbung der Perforationen muss eine grosse Bedeutung haben, da wir dem Trommelfell nach Möglichkeit seine eingebüsst, aber für dasselbe unumgänglich nöthigen Eigenschaften zurückgeben, nämlich, seine Ganzheit und Unverletzlichkeit, und somit das Mittelohr und die Theile des inneren Ohres, wie z. B. das Labyrinth, vor der Einwirkung äusserer, ungünstiger Factoren schützen. Daher müssen wir jedes Mittel, mit dessen Hilfe dieses Ziel erreicht werden kann, hochschätzen. In dem Acid. trichlorac. ist ein solches Mittel geboten. Die Hoffnung auf ein künstliches Trommelfell — bei Zerstörung des natürlichen durch einen pathologischen Process — scheint mir sehr gewagt zu sein. Jedenfalls ist es besser, ein Mittelohr mit einem natürlichen, wenn auch ein vernarbt Gewebe besitzenden Trommelfelle zu haben, als mit einem künstlichen. Alle Vorzüge gehören dem ersteren an, abgesehen davon, dass das Gehör auf dem Wege einer regelrechten, systematischen Behandlung in solchen Fällen oft zum normalen Zustande zurückgeführt werden kann. Besonders erfolgreich ist solches im Kindesalter. Hier ist es wirklich ein Verbrechen, wenn man nicht zu diesem Ziele strebt. — Auch glaube ich, dass man im Alter von 5—25 Jahren auf dem Wege der Cauterisation mit Acid. trichloracet. (einstweilen hiermit, später mit anderen Mitteln) stets das Aufhören der Otorrhöe, die Vernarbung der Perforationen und der Defecte des Trommelfells und die Wiederherstellung der Gehörfunctio erreichen kann.

Im Alter von 5—15 Jahren aber, glaube ich, kann man auf die Regeneration des Trommelfells aus dessen Nachbleibseln hoffen, worin mich wirklich vereinzelt, aber sorgfältig behandelte Fälle bestärken. Dieses von mir zwei Jahre lang in verschiedenen Fällen angewandte Mittel kann ich mit vollem Rechte meinen Collegen empfehlen. Von den vielen Fällen, wo ich diese Säure anwandte, kann ich bei Weitem nicht alle anführen, da viele nicht registrirt worden sind. Zur bequemeren Uebersicht führe ich die Cauterisations-Resultate und die Fälle selbst in der folgenden Tabelle an. — Die Patienten, welche darin vermerkt sind, standen im Alter von 21—25 Jahren und waren Gemeine verschiedener Regimente der russischen Armee. —

Vorname und Familie.	Krankheit. Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne sichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Alexander Badejeff.	Otitis med. pur. chron. d. Perforation des rechten Trommelf. im vorderen Segmente mit überhäuteten Rändern. Ohrenfluss seit der Kindheit, vermindert sich zeitweise.	42	7	76	Der Ohrenfluss hört auf.
Ivan Penkin.	Otitis med pur. chron. cum perfor. m. tymp. sin. Granulation an der Hinterwand des linken äusseren Gehörganges in dessen knöchernem Ende. — Ohrenfluss seit der Kindheit.	4	3	12	Die Granulation verschwindet; d. Ohrenfluss hört auf.
Kusma Feduloff.	Otitis med. pur. chron. cum perf. m. tymp. d., Polypus cavi tymp. d. wurde mit kalter Schlinge entfernt.	10	8	53	Die polypöse Granulat. verschwindet; der Ohrenfluss hört auf.
Alexander Okraïneff.	Otitis med. purul. chron. d. Polypus meati auditorii externi. Ohrenfluss seit der Kindheit, der Polyp wurde mit der Schlinge entfernt	16	7	25	Die polyp. Granul. verschwinden. Cicatrisatio m. tymp.
Gabriel Koshuchoff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin. Polypus meati auditorii ext. dextri. Ohrenfluss seit der Kindheit, der Polyp wurde durch die Schlinge entfernt.	14	3	25	Der Ohrenfluss hört auf. Die Wurzel d. Polyp. verschwind. Cicatrisat. m. tymp. sin.
Nicolas Karpinsky.	Otitis med. purul. chron. bil. Granulationes polyposae in meato auditorio externo dextro. Ohrenfluss seit ca. fünf Jahren.	9	7	30	Die Granulat. verschwinden; der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. bil.
Wassily Wassiliew.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. link. Trommelf. im unteren Vorderquadranten. Fortwährender Reiz, vom Kranken durch Eintropfen einer Lösung Ac. mur. atic. beabsichtigt. Letzteres 4 Monate lang. (Verminderter Ohrenfluss nach Verklebung d. Ohres.	67	2	32	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. sin.

Vorname und Familie.	<b>Krankheit.</b> Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne nennlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Ivan Gerassimoff.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. link. Trommelf. i. unteren Vorderquadrant. mit überhäuteten Rändern von rhombisch. Gestalt, Ohrenfluss circa 1/2 Jahr. — (Vermind. Ohrenfluss.)	35	2	17	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m tym. sin.
Samuel Martinkowsky.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. link. Trommelf. im hinteren Segmente. Granulation im hinteren Theile des Trommelfells und an der Hinterwand des äusseren Gehörganges in der Nähe des Trommelfells. — (Vermind. Ohrenfluss.)	22	2	45	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m tym. sin.
Ignatius Pimenoff.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. recht. Trommelf. im hinteren Segmente. Der Polyp im Mittelohre wurde mit der kalten Schlinge entfernt. Reichlich Ohrenfluss seit der Kindheit.	24	6	66	Bedeutende Verminderung des Ohrenflusses. Wurde auf eigenen Wunsch aus dem Hospital entlassen.
Alexander Rumjanzeff.	Otitis med. purul. chron. sin. Kleine Perforation. Ohrenfluss seit der Kindheit.	10	4	94	Der Ohrenfluss hört auf.
Pogorjelti.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tym. bil. —	31	2	64	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tym.
Phlegont Iwanoff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tym. sin. Eiterfluss seit der Kindheit	30	1	57	Der Ohrenfluss hört auf.
Gretschka.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tym. sin. Ohrenfluss seit der Kindheit.	—	1	—	Der Ohrenfluss hört auf.
Fedoroff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tym. sin.	23	6	76	Der Ohrenfluss hört auf.
Feigin.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tym. sin.	27	2	42	Cicatrisatio m. tym. sin.
Rodionoff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tym. sin.	—	1	—	Cicatrisatio m. tym. sin.
Krassnodemsky.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tym. sin.	9	6	58	Der Ohrenfluss hört auf.

Vorname und Familie.	Krankheit. Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne stichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Usswaysky.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. bil. Granulationen rings um die Perforationen.	28	2	59	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisation m. tymp. bil.
Ijubimoff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. sin. et granulationib. polyposis.	8	5	54	Der Ohrenfluss hört auf.
Peter Bataloff.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. d. mit häutigen Rändern. Ohrenfluss seit dem Kindesalter.	53	3	40	Cicatrisatio m. tymp. D. Ohrenfluss hört auf.
Peter Lukoffsky.	Otitis med. purul. chron. Perforat. d. recht. Trommelf. mit häutig. Rändern gleich unter dem Hammerstiele, von sichelförmiger Gestalt. Der Ohrenfluss, seit der frühesten Kindheit, hört zeitweise auf.	19	4	29	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. d.
Chazkel Kasskin.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. i. vorderen Segmente, mit polypösen Granulationen ringsum. Ohrenfluss seit dem Kindesalter.	13	1	43	Der Ohrenfluss hört auf.
Valerius Galant.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. in der unteren Hälfte. Polypus cavi tymp. wurde m. kalt. Schlinge entfernt. Ohrenfluss s. d. Kindheit. (Vermind. Ohrenfluss.)	52	1	36	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. d.
Zachar Artemjef.	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. bilat. im hinteren Segmente, mit häutig. Rändern. — Ohrenfluss seit dem Kindesalter. (Verminderter Ohrenfluss.)	40	2	14	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m. tymp. bil.
Fedor Kornilowitsch. (16 Jahre alt).	Otitis med. purul. chr. cum defecto m. tymp. d. im unt. Segmente. Die Schleimhaut des Mittelohres war aufgelockert. Ohrenfluss seit der Kindheit. Anaemie. Scropheln. Fistula pr. mast. d. post trepanationen.	3	4	42	Vermind. Ohrenfluss



Vorname und Familie.	Krankheit. Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne sichtlichen Erfolg. Zahl der Cauterisationen mit Acid. trichlorac. Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.			Resultat.
Alexander Shurawleff.	Otitis med. purul. chr. cum perfor. m. tymp. bilat. — Perforation des link Trommelfells im unteren Vorderquadranten und des rechten im unteren Hinterquadranten. Eiterfluss aus d. rechten Ohre seit der Kindheit, aus dem linken seit circa einem Jahre.	8	3	22	Nach der 2. Cauterisation m. Ac. trichlor. hörte d. Eiterfluss aus beiden Ohren auf. Die Behandlung wurde nicht fortgesetzt, da der Patient in die Reserve kam.
Alexander Zacharoff (15 Jahre alt).	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. d. im vorderen Segmente mit überhäuteten Rändern. Ohrenfluss zeitweise seit 5 Jahren. Blutarmuth.	17	2	52	Verminderter Ohrenfluss.
Michael Tofanoff (16 Jahre alt).	Otitis med. purul. chron. bil. Perforation des linken Trommelf. in der unteren Hälfte und Defect des rechten Trommelf. Ohrenfluss 7 Jahre lang. Anaemie.	12	7	79	Der Ohrenfluss hört auf.
Wladimir Ivanoff (19 Jahre alt).	Otitis med. purul. chron. cum perf. m. tymp. bil. im unteren Segmente mit überhäuteten Rändern. Eiterfluss aus den Ohren gegen 7 Jahre. — (Verminderter Ohrenfluss.)	23	2	7	Der Ohrenfluss hört auf.
Mitrofan Turischkin.	Otitis med. purul. chron. bil. Perforation d. linken Trommelfelles im unteren Vorderquadranten mit überhäuteten Rändern und Perforation des rechten Trommelf. im unteren Segmente.	9	3	49	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m. tymp bil
Timofei Ushatschkow.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. m überhäuteten Rändern gleich unter dem Hammerstiele. Bedeutend. Eiterfluss aus dem Mittelohre seit circa 6 Jahren.	41	3	23	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m tymp. d.

Vorname und Familie.	Krankheit. Dauer des Ohrenflusses.	Anzahl der Tage der Behandlung bis zur Cauterisation mit Acid. trichlorac. ohne sichtlichen Erfolg.	Zahl der Cauterisationen mit acid. trichlorac.	Anzahl der Tage, wo die Behandlung gemischt war, d. h. wo Acid. trichlorac. angewandt wurde.	Resultat.
Andreas Sallo	Otitis med. purul. chron. Unbedeutende Perforation des linken Trommelf. im unteren Segmente. Ohrenfluss seit der Kindheit. Anaemie. (Verminderter Ohrenfluss.)	23	4	31	Der Ohrenfluss hört auf.
Peter Rodionoff (17 Jahre).	Otitis med. purul. chron. Perforation des linken Trommelf. im oberen Segmente Der Polyp im Mittelohre wurde mit kalter Schlinge entfernt Ohrenfluss 6 Jahre lang. Blutarmuth. (Verminderter Ohrenfluss.)	22	2	20	Nach der Cauterisation verschwand der Rest des Polyps (die Granulationen). Der Ohrenfluss hört auf.
Prokop Sturawleff.	Otitis med purul. chron. cum perf. m. tym. d im vorderen Segmente. Empfindsamkeit des Pr. mastoid. d. Ohrenfluss seit der Kindheit.	15	4	41	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m. tym. d.
Michael Iwanoff.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. im unteren Hinterquadranten v. d. Grösse eines Hanfkornes. Eiterfluss aus dem Mittelohre seit 4 Jahren — zeitweise.	36	1	43	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatris. m. tym. d.
Nicolas Trunin.	Otitis med. purul. chron. Perforation des rechten Trommelf. im unteren Vorderquadranten. Mässiger Ohrenfluss seit mehr als 6 Monaten.	18	6	56	Der Ohrenfluss hört auf Cicatrisatio m. tym.
Peter Kulisch.	Otitis med. purul. chron. cum perfor. m. tym. et polypo. Der Polyp wurde mit kalter Schlinge entfernt	20	2	44	Der Rest des Polyps und seine Wurzel wurden cauteris. Ohrenfl. bedeut. vermind.
Nicolas Trunin (Recidivist).	Otitis med. purul. chron. Perforation im unteren Vorderquadrant. mit überhäuteten Rändern. Ohrenfluss seit einigen Jahren.	54	4	15	Der Ohrenfluss hört auf. Cicatrisatio m tym. sin.

Die angeführte Tabelle spricht zwar stark zu Gunsten einer often Anwendung des Acid. trichloracet., jedoch hatten die Beobachtungen hier keinen systematischen Charakter und die Cauterisationen selbst wurden nicht immer, in Folge von Nebenumständen und Erwägungen, strenge und systematisch geleitet. Ueberdies ist es nicht möglich und unvortheilhaft, unsere Militär-Patienten längere Zeit zu halten, da ein Gesetzesartikel gebietet, Leute, welche zum Militärdienst untauglich sind, von letzterem zu befreien (§§ 34, 35, 36 Lit. A. d. Verzeichn. d. Krankh.). Daher erzielte ich bei der Behandlung privater Patienten kostbarere Resultate, denn sie verfügten über ihre Zeit. Ueber die Geschichte ihrer Krankheiten will ich das Folgende mittheilen:

1) Olga E—ff, 22 Jahre alt, Wittwe, leidet an Eiterfluss aus dem linken Ohre vom 5. Lebensjahre an, nach überstandenen Masern. Der Eiterfluss aus dem rechten Ohre war von kurzer Dauer. Bis 1891 gebrauchte sie Hausmittel; während dieses Jahres consultirte sie verschiedene Specialisten, jedoch erfolglos. December 1892 wandte sie sich an mich. Bei der Untersuchung der Ohren fand ich Folgendes: Otitis med. purul. chron. c. perf. m. tym. sin. Das linke Trommelfell war in der unteren Hälfte defect; die Schleimhaut des Mittelohres war roth, saftig, aufgelockert; reichlicher Ohrenfluss. Das rechte Trommelfell war trübe, verdickt und eingebaucht; im hinteren Segmente hatte es eine alte Narbe an der Stelle einer früheren Perforation. Beide Ohren waren schwerhörig (eine Taschenuhr wurde vom linken Ohre  $\frac{3}{4}$  Arschin weit, vom rechten  $\frac{1}{4}$  Arschin weit gehört). Ausserdem constatirte ich einen chronischen, submucösen Rachen-, Nasen- und Nasenrachenraumcatarrh. Die Behandlung war auf die Beseitigung dieser Catarrhe gerichtet; Durchspülung der Ohren nach Politzer's Methode — Eintropfen von 2procent. Sol. resorcini in's Ohr. Diese Therapie hatte wenig Erfolg, bevor man zur Cauterisation mit Acid. trichloracet. schritt. Gleich nach den ersten Cauterisationen war eine Verminderung der Eiteransammlung, des üblen Geruches und eine Verengerung des Defectes merkbar. Von December 1892 bis October 1893 machte ich 9 Cauterisationen. Im Sommer fanden, wegen Verreisens der Pat., keine Cauterisationen statt. Das Resultat der Behandlung war vorzüglich. Der Defect im Trommelfell vernarbte, wobei die Narbe völlig frei blieb, d. h. nicht mit den Wänden verwuchs; das Gehör dieses Ohres verbesserte sich wesentlich; das Ticken der Uhr war 2 Arschin weit zu hören.

Im Jahre 1894, also nach einem Jahre, Gelegenheit, die Patientin zu sehen und konnte dabei keine Veränderung zum Schlechten, weder im Zustande des Gehörs, noch des Trommelfells constatiren.

2) Susanne Lich—w, 8 Jahre alt, litt an Eiterfluss aus dem rechten Ohre, wobei das Gehör dieses Ohres auch bedeutend geschwächt war. Der Ohrenfluss zeigte sich im vierten Lebensjahre nach überstandnem Scharlach und Diphtherie. Ich behandelte sie, jedoch erfolglos. Das Mädchen sah ziemlich blutarm aus. Bei der Untersuchung des rechten Ohres fand sich: Otitis med. purul. chron., Defect des rechten Trommelfelles im unteren Segmente von nierenförmiger Gestalt; von dem Trommelfell war unten ein kleiner, schmaler ( $\frac{1}{3}$  Mm. langer) Streifen übrig geblieben; die Schleimhaut des Mittelohres war locker, saftig und über den Rand des Defectes hin vorgebaucht; der Hammerstiel war

verkürzt; sein unteres Ende aber von Caries zerstört. Reichlicher Eiterfluss; ausserdem wurde constatirt: chronischer submucöser Rachen- und Nasencatarrh, adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes im mittleren Entwicklungsgrade.

Behandlung: Leberthran innerlich, Durchspülung der Ohren mit gekochtem Wasser nebst nachfolgendem Eintropfen von Sol. resorcini, 2 procent.; Durchblasen der Ohren nach Politzer's Methode und specielle Behandlung der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraumes. Diese Behandlung hatte wenig Erfolg. Ende April 1893 schritt man zur Cauterisation mit Acid. trichloracet. Bis zum October 1893 wurden 20 Cauterisationen gemacht, die sich im Zeitraum von einer Woche oder etwas länger folgten. Das Resultat war ein vorzügliches. Zum October war die Trommel schon vernarbt. Vom Defecte war keine Spur mehr, aber noch mehr: die Narbe entsprach der Grösse nach gar nicht dem früheren Defecte; sie war nicht grösser als ein Stecknadelkopf und lag gleich unter dem verkürzten Hammergriff, d. h. bedeutend höher, als man es erwarten konnte. Es machte den Eindruck, als hätte sich an den Rändern des Defectes eine Regeneration des Trommelfellgewebes vollzogen, wobei dessen Wachsthum sich deutlicher an der unteren Peripherie des Defectes zeigte und die Narbe sich gewissermaassen an dem Orte des Zusammentreffens dieser beiden regenerirten Ränder des Trommelfells gebildet hatte. Eine ähnliche Erscheinung vollzog sich bei dem vorerwähnten Falle, bei dem nächstfolgenden und bei vielen anderen Fällen, jedoch war sie dort nicht so scharf wie hier ausgedrückt. Uebrigens entsprach die Narbe in allen Fällen der Grösse nach nicht der früheren Perforation im Trommelfelle, d. h. sie war kleiner als letztere. Das Gehör wurde normal. Nach  $\frac{3}{4}$  Jahr sah ich diese Pat. wieder, sie war vollständig genesen.

3) Der Student der St. Petersburger Universität, Peter G..., 21 Jahre alt, litt an Eiterfluss aus beiden Ohren und kam im April 93 zu mir. Die Untersuchung ergab: Otitis med. purul. chron. bilat.; Defect beider Trommelfelle im unteren Segmente, Höckerigkeit und Lockerheit der Schleimhaut des Mittelohres; Rhinitis et catarrhus naso-pharyng. submuc. chron. — Gehör auf beiden Ohren bedeutend geschwächt. Man muss sehr laut sprechen, damit der Patient es höre und richtig antworte. Flüstern hört er überhaupt nicht. Die Geschichte seiner Krankheit erzählte er folgendermaassen: „Seit dem zweiten Lebensjahre leide ich an Ohrenfluss, dessen Ursache mir unbekannt ist; desgleichen ist mein Gehör seit jenem Alter geschwächt und zwar ganz bedeutend. Auf den Rath meiner Aerzte hin machte ich in's Ohr Einspritzungen von einem Gemisch aus Camillen und Eichenrinde. Im elften Lebensjahre wurde ich nach Breslau zu Prof. Voltolini gesandt und dieser erklärte nach einmonatlicher Behandlung meinen Eltern, man könne eine Genesung nicht erwarten; er rieth ihnen, tägliche Einspritzungen mit einer schwachen Carbollösung vorzunehmen und Watte in die Ohren, bis zum Mittelohre hin, zu legen, welche mit genannter Lösung getränkt werden musste. Die Watte wurde mit besonderer Zange und einem Metallstäbchen in's Ohr gebracht. Der Eiterfluss verminderte sich hiernach, das Gehör wurde aber immer schwächer. Drei Jahre später musste dieses Verfahren aufgegeben werden, da die Ohren stark gereizt waren und sich heftige

Kopfschmerzen eingestellt hatten. Der Eiterfluss, hauptsächlich aus dem linken Ohre, verstärkte sich. Das Gehör wurde so schwach, dass ich an einigen Tagen absolut taub war.“ Von 1875 bis 1888 lebte Patient im warmen und feuchten Klima des Gouvernements Kalisch. 1888 siedelte er nach Minsk über. Dank dem trockenen Klima verbesserte sich sein Gehör; der Eiterfluss aus dem rechten Ohre hörte zeitweise, im Sommer und im Winter, auf, aus dem linken aber blieb er unverändert. Den Sommer 1891 brachte der Kranke im Gouv. Tschernigow, in einem Dorfe zu. Dank dem trockenen, warmen Sommer zeigte sich der Eiter aus dem linken Ohre seltener und das Gehör war in leidlichem Zustande. Im Herbst und Frühling aber war wieder eine Verschlechterung merkbar. 1892 zog der Kranke nach St. Petersburg und blieb dort bis Ende Mai 1893. Im Herbst und Winter gab es Tage, wo der Patient fast Nichts hörte. Zum Frühjahr trat keine Besserung ein. In dieser Zeit behandelte ich den Kranken. Die Behandlung bestand in Folgendem: Durchblasen der Ohren nach Politzer's Methode; Einschmieren der Nase, des Rachens und der Nasenhöhle mit einer Lösung von: Sodi puri 1 Grm., Kali jodati 20 Grm., Glycerini 3ij; Cauterisation der Schleimhaut der Mittelohren und der Ränder des Defectes der Trommelfelle mit Acid. trichloracet.; Eintropfen von 2 protgr. Sol. resorcini, täglich zu 8 Tropfen, in die Ohren. — Vom 11. April bis zum 31. Mai wurden vier Cauterisationen im rechten und drei im linken Ohre gemacht. Die Cauterisationen ertrug der Patient leicht; er empfand nach denselben keine Schmerzen. Bisweilen verschlechterte sich das Gehör auf 2—3 Stunden und aus dem linken Ohre zeigte sich eine wässrige, geruchlose Flüssigkeit, welche farblos oder gelbschattirt war (gewöhnlich Nachts). Im Juni war der Zustand des Kranken besser. Der Ohrenfluss hörte auf und das Gehör wurde allmählig besser. Den Juni und Juli brachte der Patient im Dorfe zu und wurde keiner Cauterisation unterzogen. Das Eintropfen von 2procentiger Sol. resorcini in's Ohr wurde nicht täglich und unaccurat vollzogen. In diesen Monaten war das Gehör des Pat. viel besser im Vergleiche zu den früheren Jahren. Während dieser Zeit zeigte sich nur zwei Mal (im August) Eiter aus dem linken Ohre. Die Perforationen in den Trommelfellen waren bedeutend enger geworden. Im September wurden drei Cauterisationen im rechten Ohre vorgenommen (am 13., 20. und 27. Sept.) und am 20. Sept. auch eine Cauterisation im linken. Im October wurden in beiden Ohren je zwei Cauterisationen (am 4. und 11.) vorgenommen. Vom 12. October bis 2. November litt der Pat. an acutem Eczem des ganzen Körpers und die Cauterisationen wurden daher ausgesetzt. Während dieser Krankheit zeigte sich zwei Mal Eiter aus dem linken Ohre, aber das Gehör verbesserte sich stets. Am 8. Novbr. ergab die Untersuchung der Ohren, dass der Defect des rechten Trommelfelles die Grösse eines Stecknadelkopfes hatte. Der Defect des linken Trommelfelles hatte sich auch verkleinert, jedoch nicht so bedeutend. Am 8., 15., 22. und 29. November wurden in jedem Ohre je vier Cauterisationen gemacht. In der zweiten Hälfte des Novbr. war das Gehör so gut, dass der Patient jedes mit gewöhnlicher Stimme geführte Gespräch hören konnte, das Perpendikel der Uhr vernahm und den Strassenlärm durch doppelte Fenster hörte. — In dieser Zeit zeigte sich nur des Nachts bisweilen Eiter aus dem linken Ohre. Im Decbr.

wurden drei Cauterisationen (am 6., 18., 23) im linken und eine im rechten Ohr (6. Decbr.) gemacht. Die Untersuchung am 18. December ergab, dass die Perforation im rechten Trommelfelle die Dicke eines Haares zum Durchmesser hatte; am 23. Decbr. konnte man die Perforation nur beim Durchblasen der Ohren, beim Valsalva'schen Versuch, sehen. In dieser Zeit war sogar nach den Cauterisationen kein Eiter geflossen. Am 27. Decbr. erkrankte der Patient an Influenza und bekam einen starken Schnupfen, welcher einige Tage anhielt; in Folge dessen zeigte sich Eiter aus dem linken Ohre. Die Perforation im linken Trommelfelle wurde immer enger und Anfang Januar 1894 vernarbten beide Perforationen in den Trommelfellen. Das Gehör verbesserte sich dermaassen, dass der Patient in einer Entfernung von 15 Mtr. Flüstern hörte und auf der Universität die Vorlesungen von der letzten Bank des Auditoriums ohne Anstrengung anhören konnte.

Somit waren in diesem Falle im Ganzen 27 Cauterisationen gemacht worden: 14 in's rechte und 13 in's linke Ohr. Nach mehr als  $\frac{3}{4}$  Jahr sah ich diesen Patienten wieder und fand sein Gehör in dem früheren, vortrefflichen Zustande.

Ausser den angeführten Fällen beobachte ich jetzt noch einige: zwei bei Kindern mit Defecten der Trommelfelle und einen bei einem erwachsenen jungen Mädchen; es gelang, den Zustand der Kranken bedeutend zu erleichtern; der üble Geruch und die Otorrhoe sind verschwunden und es ist die volle Hoffnung auf Vernarbung der Perforationen in den Trommelfellen vorhanden.

Somit konnte ich bei den 42 von mir angeführten Fällen, wo Acid. trichloracet. angewandt wurde, bei 38 das Aufhören des Ohrenflusses beobachten, also bei 90,4 pCt.; bedeutende Verminderung des Ohrenflusses bei zweien, d. h. bei 5 pCt.; geringe Verminderung desselben bei zweien, d. h. bei 5 pCt.; Vernarbung der Defecte und Perforationen bei 23 pCt., d. h. bei mehr als der Hälfte der Fälle. Da in den meisten Fällen die Cauterisation nicht systematisch geleitet wurde, sondern vielmehr zufällig und unbeständig war, so kann man vermuthen, dass die Resultate noch hervorragender gewesen wären. Für den Erfolg der Cauterisationen bürgt am besten die systematische Durchführung derselben.

Da, wo der Arzt sich nicht scheut, eine halbe Stunde auf seinen Patienten zu verwenden und sich nicht vor den langsam fortschreitenden Manipulationen fürchtet, da, wiederhole ich, kann man stets zur vollen Heilung der chronischen Otorrhöen und zur Wiederherstellung des Gehörs gelangen.

Sehr wichtig ist dieses beim zarten Kindesalter; hier ist ein strenges Eingreifen nothwendig, um den pathologischen Process anzuhalten, welcher im Mittelohre nistet. Ich denke, dass wir hier sehr genau auf Erfolg rechnen können. Es scheint mir, dass wir im Kindesalter stets auf die regenerative Thätigkeit des Trommelfellgewebes in gewissem Grade und auf die Wiederherstellung des Trommelfelles fast in toto rechnen können. Mit der Cauterisation der Ränder des zerstörten Trommelfells beabsichtigt man seinem Gewebe eine periodische Erschütterung beizubringen, jedoch keine so starke, dass es gänzlich zerstört, sondern dass in demselben die regenerative Thätigkeit wachgerufen wird. Daher kann eine eilige Vollziehung der Cauterisationen keinen Nutzen bringen, sondern

eher schaden, da sie sonst das neugebildete Gewebe zerstören können, welches eine sehr delicate Behandlung erfordert. Am Tage nach der Cauterisation färbt sich der weiss gewordene Streifen längs der Ränder der Perforation im Trommelfelle hellroth und vergrössert sich täglich unbemerkt. Unterdessen beginnt der peripherische Streifen sich von der Stelle der Cauterisation aus mit Epidermis zu überziehen und unterscheidet sich dem Aussehen nach gar nicht vom normalen Gewebe des Trommelfells.

Alle wiedergegebenen Beobachtungen berechtigen mich zu der Aussage, dass wir an dem Acid. trichloracet. ein äusserst werthvolles Mittel zur Bekämpfung der chronischen Otorrhöen haben. Dank demselben sind wir im Stande, ziemlich schnell die Eiterung zu hemmen, ihren üblen Geruch zu beseitigen, die regenerative Thätigkeit des Trommelfellgewebes wachzurufen und somit die Heilung der Defecte und Perforationen desselben herbeizuführen, ungeachtet dessen, dass sie im Laufe der Zeit überhäutet waren.

Die Wiederherstellung des normalen Hörvermögens aber bildet gewissermaassen die Krone des fertiggestellten Gebäudes und dient dem Arzte als Belohnung für die geleistete Arbeit.

---

## Ueber Angina urica.

Von

Dr. Fritz Danziger in Beuthen.

Begleitende Erkrankungen der oberen Luftwege sind bei vielen Allgemein-Erkrankungen so häufig, dass es kaum eines besonderen Hinweises auf dieselben bedarf. Die meisten Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Lues etc., werden oft von heftigen Erkrankungen des Larynx oder Pharynx begleitet oder gefolgt; ebenso werden bei Vergiftungen mit chemischen Substanzen, z. B. Quecksilber, Jodkali, Atropin, neben den Allgemeinerscheinungen mehr oder minder stärkere Erkrankungen dieser Theile beobachtet. Andere Krankheiten wiederum, z. B. Arthritis urica, zeigen so selten diese Complication, dass es wohl gerechtfertigt erscheint, wenn ich mir erlaube, über einen Fall von Angina urica, zum Theil phlegmonosa, zu berichten, wie ich einen ähnlichen in der mir zu Gebote stehenden Literatur nicht vorfand.

Herr H. B., Reisender, 44 Jahre alt, ist stets gesund gewesen. Lues wird negirt, ebenso Excesse in Baccho et Venere. Ueber Hals- oder rheumatische Beschwerden hat B. nie zu klagen gehabt. Im 28. Lebensjahre (1879) erkrankte B. plötzlich im Monat Juli an heftigen Halsschmerzen, welche mit starken Schluckbeschwerden verbunden waren; in der folgenden Nacht erfolgte ein typischer Gichtanfall, die rechte grosse Zehe war stark schmerzhaft und ödematös. Die Gicht dauerte damals 14 Tage und wurde mit Salben, Salicyl behandelt; ebenso lange hielten die Halsbeschwerden an, beim Verschwinden der Gicht gingen auch sie gleichzeitig zurück. Im Jahre 1884 erfolgte der zweite Anfall, wiederum mit vorhergehenden Hals- und Schluckschmerzen verbunden. B., der sich sehr genau beobachtet, hat damals starke Röthe am Gaumen

bemerkt; Gichtanfall und Angina verschwanden nach drei Tagen. Bis 1885 hatte B. Ruhe, von da an wiederholten sich jährlich zwei Mal die Gichtanfalle, dauerten jedes Mal 2 – 3 Tage und zeigten sich stets mit Halsschmerzen am Tage vorher an, so dass Pat. immer für die folgende Nacht den Gichtanfall voraussagen konnte. Im Sommer 1889 erkrankte er mit besonders heftigen Halsbeschwerden, denen ein entsprechend starker Gichtanfall folgte, beide Erkrankungen dauerten dieses Mal vier Wochen; nach 11 Tagen wurde über der rechten Tonsille Eiter entleert. Nach einer jetzt in Teplitz erfolgten Kur hatte B. eine Ruhepause von drei Jahren; es erfolgten keine Gichtanfalle, ebensowenig Anginen, trotzdem er sich immer auf Reisen befand und Temperatureinflüssen, wie er selbst sagt, besonders stark, zumal im Winter, ausgesetzt war. Von 1892 an aber häuften sich die Anfalle, sie traten 6 – 8 Mal im Jahre auf, im letzten Jahre kehrten sie fast jeden Monat wieder und kündigten sich stets wie früher am Tage vorher mit Halsbeschwerden an, welche der Dauer und Heftigkeit des Gichtanfalles entsprechend waren und zugleich mit demselben verschwanden. Ende August erkrankte Patient wiederum mit sehr heftigen Halsschmerzen, denen in der Nacht ein besonders starker Gichtanfall folgte. Die Gicht wurde mit den üblichen Gegenmitteln behandelt, aber Halsbeschwerden und Gichtanfall trotzten jeder Therapie. Am 14. September war die rechte Zehe und das rechte Fussgelenk sehr stark geschwollen und schmerzhaft, der Rachen, der weiche Gaumen erysipelatös geröthet, besonders der rechte Gaumenbogen; die Palpation ergab daselbst Fluctuation. Pat. verstand sich erst am nächsten Tage zu einem Eingriff, welcher 1—2 Theelöffel Eiter entleerte. Die Schmerzen liessen trotzdem nicht nach, die Heftigkeit der Gichtanfalle dauerte an. Drei Tage nach dem ersten Eingriff wurde der Einschnitt, der verklebt war, nochmals eröffnet und erweitert, es entleerten sich 3—4 Theelöffel Eiter. Seit dieser Zeit liessen die Hals- und Gichtschmerzen allmählig nach. Am 30. October war die Angina bis auf eine geringe Röthe geschwunden, die rechte Zehe zeigte keine Abnormität.

Diese Krankengeschichte lässt wohl keinen Zweifel über den Zusammenhang beider Erkrankungen; besonders sprechen dafür: erstens das stets pünktliche Eintreffen des Gichtanfalles in der Nacht nach den am Tage vorher aufgetretenen Halsschmerzen, zweitens die Parallelität in der Stärke der Erkrankung, leichte Anginen wurden von leichten Anfällen begleitet, die ohne wesentliche Therapie zurückgingen; schwere Anfalle, wie derjenige im Jahre 1889 und der letzte, welche beide eine Dauer von 3—4 Wochen hatten, wurden von Anginen begleitet, welche in Peritonissillitis phlegmonosa übergingen. Der Fall ist beider Eigenschaften wegen besonders interessant; denn die meisten der bis jetzt beschriebenen Fälle zeigen Anginen, die beim Erscheinen des Gichtanfalles verschwinden, nicht erst, wenn die befallenen Gelenke ihre normale Beschaffenheit erlangt hatten. So sagt L<sup>ö</sup>ri<sup>1)</sup>: „Ich habe so wie Makenzie öfters Kranke beobachtet, wo jedem oder beinahe jedem Gichtanfall eine acute Pharyngitis vorausging. Sowie jedoch das befallene Gelenk roth, heiss und seine Umgebung ödematös wurde, waren

1) L<sup>ö</sup>ri: Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens. Stuttgart 1885.



Röthe und Schwellung des Pharynx verschwunden.“ Schech<sup>2)</sup> erwähnt diese von Lóri beobachtete Angina arthritica mit dem Zusatz: „sie scheint sehr selten zu sein“, woraus man wohl schliessen kann, dass er noch keinen Fall gesehen hat. Eichhorst beruft sich im IV. Bd. kurz auf Niemeyer, der zuerst auf Pharynxerkrankungen bei Gicht aufmerksam gemacht hatte. In vielen Handbüchern, wie Strümpell, Schmidt, Jurasz und Andere, wird diese Erkrankung überhaupt nicht erwähnt.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Verletzungen des Ohres durch Schusswaffen (Revolver).** (Ferite dell' orecchio per armi da fuoco (rivoltella). Von Prof. Pietro Avoleo, Priv.-Doc. an der Kgl. Universität Rom. (Separatabdruck aus „Morgagni“ XXXV, Novbr. 93.)

Schussverletzungen des Ohres interessiren Chirurgen, Gerichtsärzte und Otologen, letzteren besonders von dem Standpunkte aus, welche Schädigung das Gehör erlitten hat.

A. beobachtete folgenden Fall: Ein 18jähriger Bursche wurde mit einer Schusswunde im Abdomen und einer grossen sternförmigen Schusswunde der rechten Ohrmuschel bewusstlos, oberflächlich athmend, mit kleinem Puls und weiten Pupillen aufgefunden. Die vorher starke Blutung stand auf Jodoformgazetamponade, T. 39,9, Nachts Delirien, tonische und klonische Krämpfe der rechten Extremitäten. Bei vollem Bewusstsein erwacht, giebt er an, im Momente der Explosion Schwindel und eine Art von Klirren im Kopfe gespürt zu haben. Er kann nur schwer den Kopf heben, so scheint seine Umgebung sich an ihm vorbeizubewegen. Rechts heftiger Kopfschmerz und Gefühl, als müsse der Kopf nach rechts umfallen. Hyperalgesie im Ramus supraorbitalis dexter Trigemini. Röthung der rechten Gesichtshälfte, keine Facialisstörung, Kiefergelenk intact, doch ist das Oeffnen des Mundes beschwerlich. Rechte Pupille weiter, träg reagirend. Augenhintergrund normal. In Intervallen von Minuten leichte fibrilläre Muskelzuckungen, Cremaster- und Patellarreflex links gesteigert. Die Untersuchung des Ohres nach mehrfachen Sublimatausspülungen ergab, dass das bei der Wundöffnung eingespritzte Wasser z. Th. durch die Nase, z. Th. durch den äusseren Gehörgang abfloss, dass also dort, wo das Projectil sass, eine weite, mit der Paukenhöhle und dem äusseren Gehörgange communicirende Höhle existire. Nach Extraction eines beweglichen Knochenstückes der hinteren Gehörgangswand erwies sich das Trommelfell im unteren hinteren Segment perforirt, im übrigen hyperämisch. Die Sondirung fiel negativ aus. Die Inspection mit einem Politzer'schen Speculum grössten Calibers und mit einem Zaufal'schen Nasenspeculum liess endlich das Projectil in der Tiefe von 3½ Ctm. entdecken. Links wurde die Stimme auf 50 Ctm., Uhr auf 1 Mtr., Stimmgabel auf 60 Ctm. vernommen, rechts fiel die Untersuchung, auch die electriche, negativ aus. Die in der Nacht

<sup>2)</sup> Schech: Krankheiten der Mundhöhle.

aufgetretenen Delirien, Convulsionen, Schwindel, Brechreiz, Myosis, Pulschwäche, T. 40,1 veranlassen den Entschluss zur operativen Entfernung des Projectiles. Nach vergeblichen Extractionsversuchen mit Pincette und Schraubentrepan breite Eröffnung des Warzenfortsatzes mit Beseitigung der hinteren Gehörgangswand und Extraction der durch einen Hebel beweglich gemachten Kugel. Tamponade, Drainage, Weichtheilnaht. Das Projectil hatte 0,5 Ctm. im grössten Durchmesser und wog 5 Gr. Tags darauf ging bei einer kräftigen Einspritzung ein grösseres Knochenstück ab, worauf plötzlicher Anfall von Schwindel, Schweiss, Blässe, convulsivische Bewegungen des Unterkiefers und Bewusstlosigkeit. Das abgegangene Knochenstück war ein ganzer Bogengang, wahrscheinlich der horizontale. Bald darauf Apyrexie, guter Puls, Abgang von Knochen- und Bleistücken, Schwindel, Erbrechen, Ohrengeräusche. Nach Abspülung des Eiters fliessen jeden Morgen wenige Tropfen einer crystalhellen Flüssigkeit ab. Nach 5 Wochen fliessen nur noch wenige Tropfen Eiter aus dem Gehörgange. Stimmgabel links 1 M., rechts 60 Ctm. Stimme beiderseits aus gleicher Entfernung. Patient geht mit leichtem Schwanken nach rechts. Nach 8 Monaten Trommelfell vernarbt. An Stelle der hinteren Gehörgangswand eine resistente, das Lumen nicht verengende Narbe, nirgends Fisteln. Schwindel besteht nur, wenn Pat. auf der linken Seite liegt. Die Uhr wird beiderseits gleich weit gehört, die Stimmgabel links 1,6 M., rechts 1,30 M.

Die Symptome können eingetheilt werden in I. sofort eintretende, II. secundäre. Erstere sind 1) Gefühl von Crepitation im Kopfe, 2) Bewusstlosigkeit, 3) Blutung (in Anbetracht der Nähe der grossen Gefässe gering), 4) Schwindel und Geräusche, 5) Facialislähmung (inconstant). Ausserdem können gelähmt sein: Abducens, Trochlearis und Chorda tympani, mitunter Trigemini und Abfluss von Liquor cerebrospinalis. Secundär-Symptome können sein: 1) Sequesterbildung, 2) Nachblutung, 3) Facialislähmung, 4) trophische Störungen an den Augen, Strabismus, Jackson'sche Epilepsie, Psychosen.

Vom Standpunkte des Chirurgen interessirt die Auffindung des Projectiles zumeist. Man sucht meist zuerst mit der Nélaton-Sonde, welche jedoch nicht ausreicht, wenn der Canal lang und gewunden oder die Kugel mit Blutcoagulis bedeckt ist. Die Sonde von Trouvé ist unverlässlich, denn ihre electriche Glocke giebt auch das Signal, wenn die Sonde unterwegs kleinsten abgesprengten Metallpartikeln begegnet. Am besten ist, wenn ausführbar, die directe Inspection, nöthigenfalls nach Ausspülung des Canales und Entfernung hindernder Coagula.

Die Frage, ob das Projectil operativ zu entfernen, oder spontane Ausstossung durch Eiterung abzuwarten sei, wird wohl auch durch die Ueberlegung entscheiden, dass durch erstere das Hörvermögen wiederhergestellt und die Ausbreitung der Eiterung verhindert werden kann. Tödliche Basisfractur des Schädels oder zu erwartende Blutung aus den grossen Gefässen geben natürlich Contraindication.

Die Punkte, welche den Otologen interessieren, werden so eingehend besprochen und die Folgen der Verletzungen der einzelnen Theile des Gehörganges so ausführlich erörtert, dass eine Wiedergabe zu weit führen, eine auszugswise Anführung lückenhaft wäre. Es sei darum auf das Original verwiesen.

Für den Gerichtsarzt besteht die Aufgabe, zu entscheiden, ob es sich um Mordversuch, Zufall oder Selbstmord handelt, ferner im ersteren Falle, wenn nicht Tod erfolgte, ob ein völliger Verlust oder nur Abschwächung des Gehöres die Folge war. Ausserdem hat er zu bedenken, dass als Spätsymptome, noch lange nach der gerichtsärztlichen Untersuchung, Facialisparalyse (bleibende Entstellung des Gesichtes) oder Geistesstörung (als Folge langsamer Pachymeningitis) bei relativ gut bleibendem Gehör auftreten können.

Während diese Publication in Druck war, bekam A. einen zweiten Patienten in Behandlung, bei welchem nach einem vor 4 Jahren in selbstmörderischer Absicht auf das rechte Ohr abgegebenen Revolverschusse das Projectil nicht entfernt war und sich anhaltender Schwindel schwerster Art, häufige epileptoide Anfälle, allgemeines Siechthum und Veränderung des Charakters eingestellt hatten. Das Gehör war für die Luftleitung ganz verloren gegangen. Nach Entfernung des Projectiles durch A. schwanden die nervösen und psychischen Störungen und das Gehör stellte sich auf 15 Ctm. wieder her. Dr. R. Hitschmann.

---

**Beitrag zur Casulistik der Fremdkörper im äusseren Gehörgang.** Von Dr. Alois Joris in Corredo. (Wiener med. Presse. No. 10, 1894.)

Der Artikel enthält 3 kurze Krankengeschichten als Beweis dafür, dass man es mit der Entfernung von Fremdkörpern im äusseren Gehörgang nicht immer so eilig haben muss. Lichtenberg.

---

**Die Mittelohrentzündung der Säuglinge.** Von Dr. A. Hartmann. (Deutsche Medicin. Wochenschrift 1894, No. 26.)

H. hatte Gelegenheit, die alte Erfahrung bezüglich des überaus häufigen Auftretens von Mittelohrerkrankungen im Säuglingsalter, wenigstens in der Hospitalpraxis, auch seinerseits an dem Material des Kochschen Instituts für Infectionskrankheiten zu bestätigen. Die äusseren Verhältnisse, denen die Kinder entstammten, waren sehr ungünstige, „die meist unehelichen Kinder kommen mit so ungünstigen Ernährungsverhältnissen ins Krankenhaus, dass es häufig nicht gelingt, den Tod zu verhindern“. Und so wurden denn von Kossel an demselben Krankenhause unter 108 Leichen von Kindern bis zu einem Jahre 85 Fälle von Paukenhöhlenentzündung constatirt. Hartmann fand bei 47 lebenden Säuglingen 37 Mal Mittelohrentzündung, 28 Mal beiderseitig. Die Thatsache, dass eine grosse Zahl derselben (24) gleichzeitig an Bronchopneumonie litten, entspricht ebenfalls den bisherigen Erfahrungen. Verf. findet die Untersuchung vom Gehörgange aus nicht so schwierig, wie gewöhnlich angenommen wird, weist aber darauf hin, dass das bei Mittelohrentzündung oft infiltrirte und vorgewölbte Trommelfell von der Gehörgangsauskleidung nicht scharf differenzirt zu sein pflegt. Klinische Symptome sind Unruhe der Kinder, Temperatursteigerung, Gewichtsabnahme, doch können dieselben auch fehlen. H. betont mit Recht die Nothwendigkeit der Ohruntersuchung bei Erkrankungen von Säuglingen, um eine möglichst sichere Beurtheilung der Krankheitserscheinungen zu gewinnen. H. nimmt an, dass die Entzündungserreger (es wurden ge-

funden Influenzabacillen, Streptococcen, Staphylococcen, Tuberkelbacillen, *B. pyocyaneus*) meist vom Nasenrachenraum her ins Ohr gelangen. Bei Verdacht auf Eiteransammlung muss auch hier frühzeitig paracentesirt werden. (Vergl. hierzu diese Monatsschrift 1894, pag. 152.)

Keller.

**Ueber die Perception hoher und tiefer Töne bei Affectionen des Labyrinthes und des Nervus acusticus.** Von Docent Dr. Fritz Rohrer in Zürich. (Wiener med. Wochenschrift No. 8, 9, 10, 1894.)

Verf. hatte vor Jahren Gelegenheit, ein acht Jahre altes Mädchen zu untersuchen, dessen Krankheit der widersprechendsten Untersuchungsergebnisse halber nicht genau diagnosticirt werden konnte. Das Krankheitsbild war das einer Salpingitis, während die Untersuchung mit der Stimmgabel, namentlich der vollkommene Verlust der Kopfknochenleitung bei Lateralisation Weber nach dem besser hörenden Ohre, der Rinne, die erhaltene Luftleitung der Stimmgabeln bei reducirter Perceptionszeit auf eine Affection des inneren Ohres und des Gehörnerven hinwies. Verf. präcisirte dieses Krankheitsbild als *Torpor nervi acustici* und stützte diese Diagnose auf jene Definition, welche Erb bei den electricischen Functionsprüfungen einer bestimmten Form von Inactivitätsneurose des Nerv. acust. zugewiesen hat. Durch diesen Fall angeregt, hat Verf. seit jener Zeit bei gleichen Symptomen noch weitere 140 Fälle untersucht und *Torpor nervi acust.* gefunden. All' diese Fälle untersuchte Verf. mit allen Prüfungsmethoden, die einem modernen Fachmann zur Verfügung stehen, mit einer Pünktlichkeit, Unverdrossenheit und Geduld, die geradezu staunenerregend ist. Ueberall fand er eine ausgesprochene, objectiv nachweisbare Inactivität des Gehörnerven. 60 solcher Fälle wurden schon mitgetheilt, diesmal wird eine Statistik über 80 weitere Fälle von *Torpor nerv. acust.* publicirt. Da es unmöglich ist, auf alle Details dieser Prüfungsmethode einzugehen, die bei einem jeden Patienten mindestens eine Stunde in Anspruch nimmt, verweise ich Diejenigen, die sich für den Gegenstand näher interessiren, auf den Originalartikel.

Lichtenberg.

**Ueber den diagnostischen Werth der Stimmgabelprüfungen auf Grund einer Beobachtung von Tumor der Schädelbasis.** Von Dr. Schwabach. (Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 48.)

Schw. theilt einen Fall mit, bei welchem er Gelegenheit hatte, im Verlaufe des Wachstums eines Tumors an der Innenseite der Schädelbasis eine allmähliche Erkrankung des linken, bis dahin gesunden Ohres zu beobachten; auf dem anderen Ohre bestanden Residuen chronischer Mittelohreiterung. Die wiederholte Untersuchung des linken Ohres ergab herabgesetzte Hörfähigkeit für tiefe Töne, weniger für hohe, R —, W nach L, Perceptionsdauer der Stimmgabel in Knochenleitung erheblich verlängert. Objectiv bestand Röthung und stärkere Trommelfelleinziehung. Die Affection mehrerer Gehirnnerven im Krankheitsverlaufe legte die Vermuthung nahe, dass auch der linke Acusticus in die Geschwulstmasse hineinbezogen sein könnte; jedoch stellte Schw. auf Grund obiger Befunde die Diagnose auf Affection des schalleitenden Apparates, welche auch durch die Section insofern bestätigt wurde, als die Paukenhöhle

von Tumormassen erfüllt war, welche durch das Tegmen tympani eingedrungen waren. Was das innere Ohr betrifft, so war zunächst der die Schnecke umfassende Felsenbeintheil in die Tumormasse aufgegangen, jedoch bestand noch allenthalben ein feines Knochenblättchen als Rest der knöchernen Schnecke; die übrige Labyrinthkapsel intact, Facialis und Acusticus frei, vordere Wand und Boden des Meatus intact, aber durch die Neubildung substituirt. Corti'sches Organ im Einzelnen nicht mehr zu untersuchen (durch Leichenveränderung alterirt); R. cochlearis des Acusticus ebenso wie Ganglion spirale nicht verändert, im Verlaufe des R. vestibuli einzelne Krebsnester. — Schw. erachtet den Fall als beweisend für den differenziell-diagnostischen Werth der Stimmgabeluntersuchungen, präcisirt aber seinen Standpunkt, wie bereits früher, so auch jetzt wiederum dahin, dass er weder W., noch R., noch die Reaction auf hohe und tiefe Töne oder die Perceptionsdauer für Stimmgabel für sich allein als maassgebend für die Diagnose betrachtet, wohl aber in der Uebereinstimmung obiger Prüfungsergebnisse, wie in obigem Falle, eine wesentliche Unterstützung findet, um mit sorgfältiger Berücksichtigung des übrigen objectiven Befundes den Sitz der Erkrankung in den schalleitenden oder schallempfindenden Theil des Gehörorgans zu verlegen.

Keller.

---

**Ueber das Hörvermögen der Taubstummen.** Von Doc. Dr. E. Bloch. (Wiener med. Blätter. No. 2, 1894.)

Eine ebenso interessante, als fachmännische Interpretation und Paraphrase jenes Vortrages, den Bezold in der Naturforscherversammlung in Nürnberg gehalten hat. Der Vortrag Bezold's wurde in dieser Monatsschrift schon ausführlich referirt.

Lichtenberg.

---

**Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege einschliesslich des Gehörs. Auf Grund von Beobachtungen an Lebenden und der Leiche.** Von Th. Harke (Hamburg). Wiesbaden bei Bergmann.

Trotzdem Verf. leider nicht Gelegenheit hatte, die Sectionsfälle vorher in vivo zu untersuchen und daher mancher für die Praxis wichtige Vergleichspunkt wegfällt, enthält die ansehnliche Reihe der mitgetheilten Sectionsprotocolle und die Reflexion, welche der Autor an der Hand des Gesehenen für Pathogenese und Therapie der einschlägigen Erkrankungen anknüpft, des Interessanten und practisch Verwerthbaren so viel, dass wir das Studium der nicht zu weit ausgesponnenen Schrift nur auf's Wärmste empfehlen können mit dem Wunsche, dass der hier betretene Weg noch von Vielen, welchen sich die Gelegenheit dazu bietet, zum Nutzen unserer Disciplin betreten werden möchte. Von den vorgetragenen, mit den meist herrschenden Annahmen contrastirenden Anschauungen des Autors seien einige kurz erwähnt. So glaubt derselbe nicht, dass es sich bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen meist um Ueberleitung der Entzündung aus der erkrankten Haupthöhle der Nase auf Grund des anatomischen Zusammenhanges des Blutgefässnetzes in den Schleimhäuten der Nasenhaupt- und Nebenhöhlen handle, da er bei z. Th. hochgradigen Stauungen in der Nase meist zarte und blasse Schleimhäute der Nebenhöhlen fand, ebenso bei Fällen schwerster Entzündung der

Haupthöhle nicht entzündete Nebenhöhlen, und schliesslich bei Ozaena, wo nach V.'s Meinung ganz besonders Gelegenheit zur Ueberleitung der Erkrankung auf die Nebenhöhlen in obigem Sinne gegeben sein müsste, trotzdem letztere häufig völlig gesund, wie dies ja auch von anderen Seiten bereits beobachtet worden ist. V. nimmt für die meisten Fälle eine Uebertragung von Infectionsstoffen aus der Haupthöhle an und zwar mechanisch veranlasst durch Luftüberdruck, wie solcher bei dem allgemein üblichen fehlerhaften Schnäuzen bei zugehaltenen beiden Nasenhälften, ebenso beim Niesen, Erbrechen, Application des Politzer-Ballons etc. stattfindet. (Dass dieser Infectionsmodus möglich ist, unterliegt keinem Zweifel; V. hat Theile von kurz vor dem Tode Erbrochenem in der Oberkieferhöhle nachgewiesen und als Kern eines Concrementes in der Oberkieferhöhle einen schwarzen Körper gefunden, welchen er als Schnupftabakkorn glaubte deuten zu müssen. Da aber die einfache Uebertragung eines Infectionskeimes auf eine sonst normale Schleimhaut ja durchaus nicht von einer Erkrankung derselben gefolgt sein muss, es vielmehr noch einer vorherigen krankmachenden Einwirkung auf die Schleimhaut bedarf, so dürfte auch obige Erklärungsweise für sich allein nicht ausreichen. Ref.) Bei kleineren Kindern, wo die erwähnten Schädigungen noch nicht vorkommen, trotzdem aber Erkrankungen der Nasennebenhöhlen sowie des Mittelohrs in überraschend häufiger Weise gefunden werden, recurirt V. ebenfalls auf einfache Fortleitung der Erkrankung aus der Haupthöhle der Nase. — Auch bezüglich des Zusammenhanges von Empyem der Oberkieferhöhle mit Zahnerkrankungen kommt V. zu abweichenden Anschauungen. Unter 100 Fällen soll dies ursächliche Verhältniss nur wenige Male bestehen, und nur deshalb erscheine dasselbe so häufig, weil gerade die hierauf beruhenden Empyeme ihres Foetors und der andauernden Eiterung wegen durchschnittlich zur Diagnose und Behandlung kämen, während die meisten anderen Erkrankungen der Höhle übersehen würden, oder aber, wenn sich, wie dies ja oft der Fall sei, zufällig ein cariöser oberer Backzahn derselben Seite finde, hierauf bezogen würden. — Bei dem ungünstig gelegenen Orificium der Oberkieferhöhle bildet, nach V.'s Ansicht, die Natur bei Empyem oft einen neuen Weg durch Spontandurchbruch an der schwächsten Stelle der inneren Wand, wodurch zur Entstehung der sog. Foramina accessoria Veranlassung gegeben wird. Bei Kindern, wo das Secret leichter abfliessen kann, hat V. trotz der Häufigkeit von Eiterung der Höhle nie ein Foramen accessorium gefunden. Keller.

## b) Rhinologische:

**Schädelwunde, verursacht durch Revolverkugeln. Wiederholtes Nasenbluten. Ligatur der beiden Carotid. extern. Tamponade der Nase und beiden Sinus sphenoidales, aus denen die Blutung kam, zweifellos der Carotis interna dextra entstammend. Heilung.** (Plaies du crane par balles de revolver. Epistaxis à repetition. Ligatures des deux carotides externes. Rabattement du nez et tamponnement des Sinus sphenoidaux par ou se faisait l'hémorrhagie venant sans doute de la carotide interne droite.

Guérison du blessé.) Von Dr. Ed. Schwartz. (Arch. internat. de Laryngol. et Rhinolog. etc. Bd. VII, No. 4, Juli/August 1894.)

Kranken- und Operationsgeschichte, die in ihren einzelnen Phasen im Wesentlichen durch obigen Titel gekennzeichnet ist.

Beschorner.

**Haematom der Nasenscheidewand, durch seltenes Trauma hervor- gebracht.** (Hématome de la cloison nasale produit par un traumatisme rare.) Von Dr. Jouslain. (Bulletin et mémoires de la société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris No. 5, 1894.)

Ein Mitschüler fasste die etwas lange Nase seines 12jährigen Kameraden zwischen Daumen und Zeigefinger und machte eine Torsionsbewegung. Schmerz, Nasenbluten, Schwellung und totale Nasenverstopfung waren die unmittelbaren Folgen des Scherzes. Nach acht Tagen fand Verf. Haematoma des Septum duplex; die Punktion ergab 25--30 Gramm gutartigen Eiters. Weil die Mucosa und das Periost gewaltsam vom Knochen und Nasenknorpel getrennt waren, fielen die Geschwülste nach der Punction nur wenig zusammen; die Heilung, welche von unten nach oben fortschritt, brauchte drei Monate Zeit. Dr. P. K.

**Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut.** Von Dr. Schwager in Würzburg (aus Dr. Seifert's Ambulatorium für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankhe). (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 1, Heft 1, p. 105.)

Mittheilung von 6 Fällen, in denen die Neubildung, stets unter sehr beträchtlicher Blutung, abgetragen und Heilung erzielt wurde. Bevorzugter Sitz des Angioms ist die untere Muschel und das Septum. — Cocain vermag bei diesen cyanotischen Geschwülsten nur eine geringe Abnahme zu erzielen und die sonst ziemlich ausgesprochene Anämie der Mucosa nach Cocainisirung tritt nur in sehr mässigem Grade auf. — Angiome der Nasenschleimhaut sind im Allgemeinen selten.

Beschorner.

**Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut.** Von Prof. Dr. O. Chiari in Wien. (Arch. f. Laryngolog. etc. Bd. 1, Heft 2, 1893.)

Nach Sichtung der z. Z. noch ausserordentlich spärlichen Literatur über diesen Gegenstand, theilt Ch. 6 einschlägige Fälle seiner Praxis mit, und zwar betreffend einen 16jährigen Knaben, einen 29jährigen Arzt und einen 40jährigen Schlosser, ferner ein 12- und ein 9jähriges Mädchen und eine 42jährige Frau. Ausser diesen sind noch 15 Fälle tuberculöser Granulationsgeschwülste oder Tuberculome genauer beschrieben. Aus ihrer Gesamtheit geht hervor, dass das weibliche Geschlecht mehr als das männliche, dass Kinder unter 12 Jahren selten befallen wurden und dass die Krankheit häufiger jenseits der 30er Jahre zur Beobachtung gelangt. In 18 von den 21 Fällen war die Infection vom Septum cartilagineum aus entstanden und zwar meist vorn, also an der Stelle, wo so häufig Excoriationen entstehen, die dann entweder durch Lungen-Sputum des Patienten selbst oder durch den mit Tuberkelbacillen verunreinigten kratzenden Fingernagel inficirt werden. Dies sowohl, wie auch Form, Oberfläche, Consistenz des Tumors und Recidivfähigkeit, ferner der Befund von zahlreichen Tuberkeln in einem

Granulationsgewebe und von Tuberkelbacillen wird die Diagnose sicher stellen. Die Lungen-Untersuchung gewährt oft keinen Anhalt. — Die Behandlung betreffend, so ist, wenn auch selten von diesen Tuberculomen allgemeine Tuberculose ihren Ursprung nimmt, ein energisches operatives Vorgehen und zwar mit Exstirpation ausgiebiger Theile der Umgebung dringend anzuempfehlen, nicht blos um Recidiven vorzubeugen, sondern weil es in jedem Falle als ein grosser Gewinn anzusehen ist, einen localen Tuberkelherd aus dem Organismus bleibend zu entfernen.

Beschorner.

---

**Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle beim gesunden Menschen.** (Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain.) Von Dr. Straus. (Académie de médecine de Paris, Séance du 3 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 39, 1894.)

Verf. wies in der Charité bei Personen, welche ganz gesund waren, aber sich seit einiger Zeit im Spital bei Phthisikern aufhielten (Assistenten, Wärtern, Schülern) Tuberkelbacillen in der Nase nach; Impfversuche, welche damit auf Meerschweinchen angestellt wurden, ergaben Tuberculose. Von 29 solchen Personen hatten 9 Bacillen in der Nase; die Bacillen befinden sich also im Zimmerstaub, wo eingetrocknete Sputa waren. Verneuil betont, dass diese Beobachtungen die von ihm angedeutete latente Tuberculose bekräftigen; ferner, dass sie das Entstehen der Tuberculose nach gewissen Trauma erklären. Dr. P. K.

---

**Beitrag zum Studium der Eiterungen des Sinus frontalis, insbesondere ihre chirurgische Behandlung.** (Contribution à l'étude des supurations du sinus frontal et en particulier de son traitement chirurgical.) Von Dr. Luc in Paris. (Arch. internat. de Laryngol., de Rhinolog. etc. Bd. VII, No. 4, Juli, Aug. 1894.)

Drei einschlägige Fälle, welche darthun, dass das Empyem des Sinus frontalis sich in acuter oder chronischer Form zeigen kann; dass beide Formen zu supraorbitalen Schmerzen Veranlassung geben können, aber nicht immer geben; dass die Untersuchung mittelst Durchleuchtung eventuell im Stiche lässt und weniger Werth besitzt als diejenige zur Feststellung von Eiterungen im Sinus maxillaris; dass die Eröffnung der Cellul. ethmoidales unsicher und gefährlich ist, wenn sie von unten nach oben mitten durch die Nasenhöhle und dabei mit Instrumenten erfolgt, die gleichzeitig das Innere des Schädels und die Augenhöhle bedrohen; dass die Eröffnung des Sinus frontalis unmittelbar über der Nasenwurzel ein vollständig ungefährlicher Eingriff ist, wenn er mit Hohlmeissel und Schlägel, unter den nothwendigen Cautelen erfolgt, und dass jedenfalls die Eröffnung des Sinus frontalis von derjenigen der Cellul. ethmoidales gefolgt sein soll, gleichzeitig mit Bildung einer breiten Communications-Oeffnung zwischen dem fronto-ethmoidalen Herde und der entsprechenden Nasenhöhle. Ausgiebige Drainage von der Nasenhöhle aus bis zum Boden des Sinus frontal. und fester Verschluss der Wunde mittelst Naht bilde den Schluss.

Beschorner.



**Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung.**

Von A. Jansen, Berlin. (Arch. f. Laryngolog. etc. Bd. 1, Heft 2, 1893.)

Mittheilung von 7 Fällen, betreffend: Chronisches Stirn- und Siebbein-Empyem; chronisches Empyem von Siebbein, Stirn- und Kieferhöhle und chronisches Empyem sämtlicher Nebenhöhlen der Nase. Bezieht sich der Heilung der chronischen Empyeme der Kieferhöhle lässt J. sich von dem Gedanken leiten: 1) durch eine breite Oeffnung in der vordern Wand alles Kranke gründlich zu entfernen; 2) diese Oeffnung während der ganzen Behandlung weit offen zu erhalten; 3) Bedingungen zu schaffen, dass der Kranke die Nachbehandlung zum Theil selber vornehmen kann.

Günstiger für die Ausheilung liegt das Empyem der Stirnhöhle J. empfiehlt zur Erreichung des Zieles die Fortnahme der unteren Wand der Stirnhöhle in toto, welcher, da bei chron. Stirnhöhlen-Eiterung das Siebbein selten intact bleibt, die Ausschabung dieses mit Fortnahme der orbitalen und der nasalen unteren Wand angeschlossen werden muss, so dass auf diese Weise eine breite Drainage nach der Nase zugleich hergestellt wird. In allen Fällen, wo man sich bei der Operation über die Beschaffenheit der Keilbeinhöhle nicht klar werden kann, scheint es dem Autor nicht ungerechtfertigt, da die Wahrscheinlichkeit, dass die Keilbeinhöhle gleichfalls an der Eiterung beteiligt ist, auch sie zu eröffnen. Bemerkenswerth ist ausser der regelmässigen Complication mit Siebbeineiterungen, die häufige Combination mit Empyem der Kieferhöhle. Bei doppelseitigem Empyem sämtlicher Nebenhöhlen räth J. die gleichzeitige Eröffnung der Höhlen einer Seite.

Beschorner.

**Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes; ein Beitrag zur ätiologischen Beurtheilung der Ozäna.** Von San.-Rath Dr. Hopmann in Cöln. (Arch. für Laryngol. und Rhinolog. Bd. 1, Heft 1, p. 35.)

H. hat 1) bei 40 Ozäna-Kranken im Alter von 15—54 Jahren, 2) bei 27 Kranken mit Rhinitis sicca im Alter von 15—50 Jahren, und 3) bei 61 Kranken mit anderweiten Nasenaffectionen bezw. normalen Nasen im Alter von 15—58 Jahren mittelst eigenen Messinstrumentes Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes vorgenommen und ist hierbei zu folgenden, für die Praxis wichtigen Ergebnissen gelangt: In zweifelhaften Fällen kann man getrost eine genuine Ozäna ausschliessen, wenn die Messungen annähernd normale Verhältnisse des Septums und der Rachentiefe, d. h. einen relativen Tiefendurchmesser von 77 Mmtr. und mehr ergeben, andererseits kann man mit Sicherheit eine früher activ gewesene oder noch bestehende reine Ozäna diagnosticiren, wenn der relative Durchmesser des Septums weniger als 70 beträgt und keinerlei Zeichen früherer Nasensyphilis vorliegen. Auch wenn die Messungen nicht derartig entscheidende Resultate liefern, werden sie doch oft genug für die Diagnose verwendbar sein und für die Art der Behandlung wird die entschiedener Abtrennung der Ozäna genuina von anderen stinkenden Nasenblennorrhöen, trockenen Catarrhen etc. nicht gleichgiltig erscheinen.

Beschorner.

**Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraumes.** Von Prof. Dr. Moritz Schmidt in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngologie und Rhinologie Bd. 1, Heft 1, p. 32.)

Diese Bildungen, welche bereits von Pertik, Zuckerkanndl, Watson, Brösicke, v. Kostanecki, Kirchner gesehen bzw. beschrieben und abgebildet wurden, sind angeboren, aus der zweiten Kiemenfurche entstanden, aus welcher ja auch hier und da eine besonders weite Tonsillarbuchse hervorgeht. Sie sind durch Pulsion vielleicht etwas vergrößert, aber nicht verursacht. Sch. theilt 3 Fälle aus seiner Praxis mit, welche durch Rhinoscop. poster. leicht zu constatiren waren und sich als ca. 2 Ctm. tiefe Tasche darstellten, die von beiden Seiten von den Tubenwülsten aus nach dem Rachendache hin sich erstreckten. Practische Wichtigkeit misst Autor der Anomalie nicht bei.  
Beschorner.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Häufiges Vorkommen der Pneumococcen giftiger Natur im Munde von Reconvalescenten von Gesichtsröthe.** (Présence fréquente de pneumocoques virulents dans la bouche des sujets convalescents d'érysipèle de la face.) Von Dr. Netter. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 20 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 42, 1894.)

Pneumococcus kann ausser Lungen-, Peritoneal- und Meningeal-complicationen bei Erysipelas im Munde nachgewiesen werden. Von 12 Kranken, welche an Gesichtsröthe gelitten hatten, zeigten 6 die giftigen Pneumococcen im Munde; es ist das der häufigste Bacillus, welcher nachgewiesen werden kann.  
Dr. P. K.

**Abscesse der Mandelumgebung.** (Des abcès périamygdaliens.) Von Dr. Gouguenheim und Dr. Ripault. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 13 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 41, 1894.)

Lange nicht so häufig, wie die Autoren selbe annehmen. Sie sind durch Anschwellen des weichen Gaumens und durch eine bedeutendere Geschwulst überhaupt gekennzeichnet; die Mandel selbst ist wenig angeschwollen und nach innen und unten verdrängt. Nach 8—10 Tagen eröffnet sich der Abscess, verhältnissmässig viel Eiter entleerend, immer nach aussen vom Arcus palatoglossus. Das bei Gumma ungestörte Allgemeinbefinden und der langsamere Verlauf des letzteren helfen zur Differentialdiagnose von Gumma und Abscess.  
Dr. P. K.

**Myxoedem durch Darreichung von Glandula thyroidea vom Schafe geheilt.** (Un cas de myxoedème guéri par l'ingestion de glandes thyroïdes de mouton.) Von Dr. P. Marie. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 18 Mai 1894 und Semaine médicale No. 30, 1894.)

Bei einer 42jährigen, mit Myxoedem behafteten Frau halfen subcutane Injectionen von Thyroidalsaft nicht, während die in den Magen eingeführte Schafsschilddrüse fast gänzliche Heilung brachte. Während der ersten 11 Tage nahm die Kranke täglich zwei Lappen zu sich. Dann musste man während 2—3 Wochen aufhören wegen der eingetre-

tenen Allgemeinerscheinungen; dann gab man täglich ~~zur~~ noch einen Lappen, dann alle zwei Tage einen Lappen und später alle zwei Tage einen halben Lappen. Nach 70 Tagen war der Zustand, wie er heute ist. Es bleibt ein constantes Oedem der Augenlider zurück, welches jeder Behandlung trotzt und an welchem man die Krankheit noch immer leicht erkennt. Dies liefert einen neuen Beweis, dass die oben angegebene Behandlung nur palliativ wirkt und dass solche Patienten immer von Zeit zu Zeit Schilddrüsenlappen zu sich nehmen müssen.

Dr. P. K.

**Neue chirurgische Behandlung der Mandelhypertrophie.** (Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire.) Von Dr. Ruault. (Union médicale, Janvier 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Vorhandene Crypten müssen entleert und gespalten werden, die Verklebungen der Mandel mit den Arcus trennen, dann die Zerstückelung der Mandeln mittelst eines eigens zu diesem Zweck construirten zangenartigen Instrumentes vornehmen; Schmerz und Blutung bestehen dabei fast nicht; die wunden Mandelflächen werden mittelst Jod (Jod 1, Kalium jodatum 1, Aqua 6 — 8) gepinselt. Das Brennen dauert eine Stunde an, nach welcher Zeit kein Schmerz und keine Schluckbeschwerden mehr bestehen; die Mandeln verkleinern sich bedeutend nach der ersten Sitzung, diese Verkleinerung steht in keinem Verhältniss zu dem mit der schneidenden Zange entfernten Stück Mandel. Zwei Sitzungen genügen.

Dr. P. K.

**Ueber das Vorkommen diphtherischer Lähmungen ohne vorhergehende Schlunderkrankung.** (On the occurrence of diphtheritic paralysis without previous faucial affection). Von Leonard G. Guthrie, M. D., London. (Lancet, 3. Nov. 1894.)

Verf. glaubt, dass ein Theil solcher Fälle dadurch zu erklären sein dürfte, dass die Schlunderkrankung nicht erkannt worden war, sei es, dass überhaupt, z. B. bei cutaner Diphtherie, der Schlund nicht untersucht wurde, sei es, dass die Erkrankung sich auf das Cavum beschränkt habe, wo sie unerkannt geblieben sei. Doch führt er aus der sehr ausführlich gegebenen Litteratur einige Fälle an, bei denen aber in der Regel die Lähmung im Gaumen begann. Es seien aber von Roger, Moynier, Peraté und Loyouté Fälle veröffentlicht worden, in denen diphtherische Lähmung anderer Körpertheile ohne Betheiligung des Gaumens vorhanden gewesen sei.

M. Schm.

**Behandlung der diphtheritischen Angina mittelst Sublimatglycerin.** (Traitement de l'angine diphthéritique par les badigeonnages à la glycérine sublimée.) Von Dr. Moizard. (Société médicale des hôpitaux, séance du 13 Juillet 1894 und Semaine médicale No. 41, 1894.)

Einmal, höchstens zweimal täglich brauchen solche Bepinselungen angewandt zu werden; man putzt zuerst den Hals mit einem trockenen Baumwollenbausch aus behufs Entfernung des Schleimes, dann betupft man alle kranken Stellen schonend mit Sublimat (1:20, 1;30, 1:40),

dann wischt man die überschüssige Sublimatlösung mit einem dritten trockenen Baumwollentampon ab. Schmerz besteht nicht, bloß ein etwa eine Stunde andauernder metallischer Geschmack. Dazwischen muss mehrmals täglich eine Auswaschung der Nase und des Halses mittelst einer nicht toxischen Substanz, z. B. Borsäure, stattfinden; diese Auswaschungen müssen zwei Wochen lang nach dem Verschwinden der Pseudomembranen fortgesetzt werden. Die Resultate dieser Behandlungsweise beweisen ihre Vorzüge vor den anderen Methoden.

Dr. P. K.

---

**Behandlung der Diphtherie mit den löslichen Salzen des Quecksilbers.**

(Treatment of diphtheria by the soluble salts of mercury.)

Von James Davison M. D., Buenos Ayres. (Lancet, 18. August 1894.)

Verf. führt erst die Erfahrungen von Sellén in Schweden an, der in dem District Norberg unter 564 Kranken anfangs eine Sterblichkeit von 92,7 pCt. hatte und nach Einführung der Quecksilberbehandlung bei einer Krankenzahl von 1400 Fällen eine solche von 4,9! Auch die Erfahrungen Dr. Werner's in Finnland sprächen zu Gunsten der erwähnten Behandlung. Es handelt sich dabei sowohl um den Sublimat, als auch um das Hydr. cyanatum, innerlich oder subcutan angewendet. Verf. braucht fast ausschliesslich den Liquor van Swieten, den er in Dosen von etwa 2 Gramm, anfangs alle 2 h., dann seltener verabreicht und zwar in Milch, da sie den metallischen Geschmack des Mittels verdecke und es auch durch die Verdünnung leichter vertragen mache. In der Reconvalescenz giebt er Eisen und Strychnin, letzteres wegen der zu befürchtenden Lähmungen. (Dabei kommt es doch immer auf die Epidemie an und auf die Behandlung, die vorher geübt wurde. Wenn sich die Erfahrung Sellén's bestätigen sollte, so brauchten wir eigentlich nach weiteren Mitteln kaum zu suchen. Ref.) M. Schm.

---

**Diphtherie behandelt mit Aronsohn's Antitoxin.** (Diphtheria treated with Aronson's Antitoxin). (Lancet, 13. Oct. 1894.)

In der Brighton medico-chirurgical society theilte A. I. Richardson 2 Fälle und Hollis ebenfalls Fälle mit, die einen günstigen Ausgang nahmen, obgleich der eine der letzteren tracheotomirt werden musste.

M. Schm.

---

**Diphtheriebehandlung mit Antitoxin.** O. C. Maurice, Marlborough. (Lancet, 27. Okt. 1894.)

Ein Fall starb am 10. Tage trotz der Behandlung mit Antitoxin an Herzparalyse. Ein anderer wurde geheilt. In beiden schien das Mittel gut zu wirken.

M. Schm.

---

**Sechs Fälle von Tracheotomie wegen Diphtherie, die mit Aronsohn's Antitoxin. diphtheriae behandelt worden.** (Six cases of tracheotomy for diphtheria treated by Aronson's Antitoxin. diphtheriae.) Von Athel. I. H. Saw, M. B. (Lancet, 13. Oktober 1894.)

Es war ein Kind elf Monate alt, eines anderthalb Jahre, die anderen zwischen 5 und 7 Jahren. Es starb nur das jüngste. M. Schm.

**Hysterisches Taubstummsein durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt.** (*Surdimutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille.*) Von Prof. Dr. Xavier Francotte. (*Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 7, 1894.*)

Der zuerst von Charcot beschriebene Mutismus hystericus kommt verhältnissmässig oft vor; die mit Taubheit verbundenen Fälle sind aber selten. Verf. giebt die Krankengeschichte eines solchen Falles: Ein 35-jähriger Schmelzer wurde von einem Hunde gebissen, erschrak dadurch so heftig, dass er, wie er schriftlich behauptet, verrückt wurde und kein Wort mehr hervorzubringen vermochte; von der Polizei aufgepackt, verlor er neben der Sprache auf dem Transport noch das Gehör. Dies seine schriftliche Aussage. Von der Polizei entlassen, soll er Abends — nach Aussage seiner Frau — Sprache und Gehör wiederbekommen haben; Patient behauptet aber, davon nichts zu wissen. Am Tage darauf trat das Taubstummsein wieder ein und das Selbstbewusstsein kehrte gänzlich zurück. Heilung durch Suggestion, ohne den Kranken einzuschläfern; letzteres wollte nicht gelingen. Verf. macht nun folgende Bemerkungen: Das plötzliche Auftreten, das einen Tag lang dauernde Aufhören, sowie die gänzliche Heilung durch Suggestion beweisen die hysterische Basis des Leidens; der plötzlich eintretende Schrecken, wie hier, gehört zu den häufigsten Ursachen der Krankheit. Die Prädisposition besteht jedenfalls in der Hysterie; diese Hysterie ist manchmal latent, wie in diesem Falle, und dann ist das Stummsein das einzige Symptom der Hysterie (*Pitres*). Die dabei bestehende Taubheit ist sehr selten und Mendel (*Neurolog. Centralblatt 1887, pag. 409*) konnte in der Literatur nur zwei verzeichnete Fälle entdecken: einen Fall von Ball und einen zweiten von Delie.

Referent erinnert, dass statt „hysterische Stummheit“ der von Solis Cohen eingeführte Name „Apsithyrie“ jetzt allgemein gebraucht wird; denn das Stummsein schliesst das Hervorbringen der Töne nicht aus, während bei der Apsithyrie nicht nur kein Ton, sondern sogar kein Flüsterlaut hervorgebracht werden kann, was Verf. ja selbst zugiebt. Ferner ist die Hysterie bei Weitem nicht immer dabei im Spiel, da Ref. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892, pag. 532*) die Apsithyrie bei kräftigen, gar nicht belasteten Männern auftreten sah: Ein zweiter Grund, um den Namen „hysterisches Stummsein“ fallen zu lassen. Wenn weiter plötzlich eintretende Gemüthsbewegungen zu den häufigsten Ursachen gehören, so giebt es auch Fälle, wo dies nicht der Fall war.

Dr. P. K.

---

**Resultate der Castration auf die weibliche Stimme.** (*Des résultats de la castration sur la voix de la femme.*) Von Dr. Moure. (*Franz. Gesellsch. f. Laryngol. u. Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.*)

Nachdem Verf. das Verhältniss der Hoden und des Larynx beim Manne besprochen, erzählt er zwei Fälle, wo die Castration bei Frauen ein Sinken der Stimme nebst Verstärkung derselben herbeiführte. Solche Fälle sind aber nur bei guten Sängerinnen und namentlich sehr hohen Sopranen festzustellen. Nach einem gewissen Alter hat die Castration bei Männern sowohl, wie bei Frauen gar keinen Einfluss auf die Stimme.

Dr. P. K.

**Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. 1) Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen.** Von Prof. Dr. B. Fränkel, Berlin. Mit 8 Lichtdrucktafeln\*). (Arch für Laryngol. u. Rhinol. Bd. 1, Heft 1, p. 1.)

F. entwickelt zunächst historisch den Begriff Glottis und Stimmband, über den, obgleich wir die Namen täglich gebrauchen, z. Z. noch keine Einigkeit besteht und kommt zu dem Resultate, dass, wie schon Virchow meint, die Grenzen des Stimmbandes, wie er den ganzen Stimmkörper nennt, nach hinten in das hintere Ende des Proc. vocal. zu verlegen sind. Dieser selbst ist in seiner Totalität dem Stimmbande zuzurechnen. Die seitlichen Grenzen sind bestimmt durch eine Ebene, welche sagittal durch die, unterhalb des Stimmbandes allmählig in die Trachealwand übergehende und oberhalb durch die äussere Wand des Morgagni'schen Ventrikels gebildete Fläche gelegt ist. Was medianwärts vorspringt, ist das Stimmband. Der freie Rand dieses, aus verschiedenen Geweben zu seinem grossen Zwecke einheitlich gestalteten Ganzen, erscheint auf Schnitten wie eine rundliche Kante. In horizontaler Richtung zerfällt es in mehre Abschnitte in Anbetracht der Theile, aus welchen es besteht. Vorn ist ein Sesamknorpel in dasselbe eingelagert, hinten macht sich der Proc. vocal. bemerklich, dazwischen besteht das Stimmband nur aus Schleimhaut, fibrös-elastischen und Muskelfasern. Die Sesamknorpel sind Knötchen, die aus derb verfilzten elastischen Fasern mit zahlreichen Zellen bestehen, aber ohne scharfe Grenzen in die Umgebung übergehen. Zumeist fand F., wie Luschka als Regel angiebt, in dem die Grundsubstanz bildenden Netzknorpel auch Knorpelzellen; in einzelnen Fällen aber vermisste er sie. Der Proc. vocal. besteht aus hyalinem und Netzknorpel und dadurch zerfällt der hintere Abschnitt des Stimmbandes (Pars ad processum) in zwei Unterabtheilungen, diejenige des Netzknorpels (Pars ad processum elasticum) und diejenige des hyalinen Knorpels (Pars ad processum hyalinum). Zwischen Pars sesamoidea und Pars ad processum befindet sich die Pars libera des Stimmbandes. Die erstere ist die längere, die beiden anderen sind nahezu gleich lang. — Die Grenzen der einzelnen Abtheilungen sind nicht scharf zu ziehen, indessen, wenn zu voller Entwicklung gelangt, wohl gekennzeichnet. Die Pars libera entbehrt einer eigentlichen Mucosa. Unter dem Epithel sind die dichten elastischen Fibrillen weniger zahlreich vorhanden als die fibrösen. Blutgefässe verlaufen reichlich, meist in Richtung des Stimmbandes. Dementgegen ist bei der Pars sesamoidea und der ad processum eine zwar dünne, doch deutliche Schicht vorhanden, die als Mucosa bezeichnet werden muss. Entbehrt auch die Pars libera der Mucosa, so ist ihr sicher, wie schon Coyne hervorhebt, ein Papillarkörper zuzusprechen und Autor sah deutlich, doch nur auf Frontalschnitten des Stimmbandes, in aller Regelmässigkeit papillenartige Erhebungen des subepithelialen fibrösen Gewebes, welche in das Epithel hinein ragten,

---

\*) Mit dieser für die feinere Anatomie des Kehlkopfs hochwichtigen Arbeit inauguriert der geschätzte Verfasser sein neues Unternehmen eines „Archiv für Laryngologie und Rhinologie“, welches wir mit Freuden begrüssen und über dessen Inhalt (es sind bereits 4 umfangreiche Hefte in vorzüglicher Ausstattung mit zahlreichen schönen Abbildungen erschienen) wir in der Folge regelmässig berichten werden. D. Ref.

während die Oberfläche des Epithels glatt und ohne jede wellige Form als vollkommen ebene Fläche darüber hinzieht. Diese Papillen finden sich am Stimmbande nur im Bereiche des Plattenepithels, sie sind weniger kegelförmig als leistenartig und diese Leisten verlaufen parallel dem freien Rande des Stimmbandes, entsprechend dessen Function und befestigen das Epithel an seine Unterlage. Auch Drüsen, und zwar traubenartige, kommen an der oberen und unteren Stimmbandfläche vor; sie reichen nicht selten bis in die Muskel hinein, so dass ihre unteren Acini von Muskelfibrillen umschlossen sind, vielleicht zum Zwecke, von diesen ausgepresst zu werden. Was die untere Fläche des Stimmbandes anlangt, so ist die Pars sesamoidea relativ reichlich mit Drüsen versehen. Sie liegen medianwärts vom Sesamkörperchen. Ihre Ausführungsgänge richten sich nach oben und hinten zu. An der Pars libera reichen die Drüsen im Allgemeinen etwas weiter vom freien Rande nach unten zurück. Sie stehen dicht nebeneinander. So haben wir am Stimmbande resp. der Pars libera desselben eine horizontale Zone, die fast drüsenfrei ist. Dieselbe entspricht dem freien Rande, ist aber relativ schmal, da sie nach unten nur 1 bis 1,5 Mm., nach oben 1,8 bis 2,5 Mm. misst. Ausserhalb dieser Zone werden oben und unten am Stimmbande Drüsen angetroffen, aber auch innerhalb derselben findet sich gewöhnlich eine solche. Dieselbe sitzt meistens am hinteren Ende der Pars libera, kann aber auch eine andere Stelle einnehmen.

Dies sind nur Einzelheiten aus der inhaltreichen Arbeit; das Gesamtstudium derselben, die durch vortreffliche Lichtdruckbilder von A. Frisch instructiv illustriert wird, muss jedem Laryngologen dringend ans Herz gelegt werden.

Beschörner.

**Festsetzen eines halben Sovereigns im Kehlkopf und danach in dem linken Bronchus, Section.** (Lodgement of half a sovereign in the larynx, and subsequently in the left bronchus, necropsy.)  
Von H. A. Lediard, M. D. (Lancet, 13. Oktober 1894.)

Der Fall betraf einen 26jähr. Mann. Bei dem Versuch, die Münze aus dem Kehlkopfe durch Tracheotomie zu entfernen, glitt sie vermuthlich in den Bronchus, und verursachte dort verschiedene Blutungen, an denen der Kranke schliesslich nach etwa 2 Monaten starb. Dreimaliger Versuch, den Fremdkörper durch die Trachealwunde in dem Bronchus zu fassen, misslangen. Erschwert wurden diese Versuche dadurch, dass das Athemgeräusch in der rechten Lunge schwächer als in der linken war, während das Goldstück doch in dem linken Bronchus festsass. M. Schm.

**Fall von Laryngocoele.** (Sur un cas de laryngocèle.) Von Dr. Beausoleil. (Französische Gesellschaft für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Ein einziger Fall ist von Hutchinson beschrieben: Bei einem Phthisiker hat sich durch Hustenanstrengung eine hühnereigrosse Hernie der Mucosa durch den Cricothyroidalraum gebildet. Verf.'s Fall betrifft einen 50jährigen Mann, welcher nach drei Jahre andauerndem heftigen Husten bei jedem Hustenstoss eine pomeranzengrosse Geschwulst links am grossen Zungenbeinhorn zeigte. Drückte man auf den Tumor, so entstand Aphonie.

Dr. P. K.

**Behandlung von inoperablen bösartigen Geschwülsten mittelst der Toxine des Erysipels und des Bacillus prodigiosus.** (The treatment of inoperable malignant tumors with toxines of erysipelas and bacillus prodigiosus. Von William B. Coley, M. D. vom New York cancer hospital. (Transactions of the amer. surg. Association, 1894.)

Verf. behandelt die genannten Geschwülste mittelst der durch ein Kitasatofilter durchgetriebenen Kulturen vom Streptococcus erysipelatis gemischt mit denen des Bacillus prodigiosus, 0,5 bis 1,5 der ersteren und 0,2 bis 0,3 der zweiten. Er macht die Einspritzungen in den Tumor; es gelingt nur in seltenen Fällen, ein wirkliches Erysipel zu erzielen. Ein solches wirkt kaum besser als die Kulturen. Unter den Fällen waren auch einige, welche in der Halsgegend äusserlich, an der Mandel oder dem Kiefer sasssen. Die Einspritzungen hatten nur in wenigen Fällen keinen Einfluss auf die Geschwülste. In 5 Fällen unter 25 erreichte er ein vollständiges Verschwinden des Tumors, in weiteren 5 eine erhebliche Abschwellung. Von den Geheilten blieben mehrere auch länger, einer bis zu 7 Jahren geheilt. Auf Sarcome wirkte das Mittel besser als auf Krebse, bei denen er nur Besserungen erzielte, kein Verschwinden des Tumors.

M. Schm.

**Ueber das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs.** Von Prof. Dr. P. Bruns in Tübingen. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol. Bd. I, Heft 1, p. 25.)

Angeborene Missbildungen des Kehlkopfs sind sehr selten. Als solche sind Geschwülste, insbesondere Papillome und Membranbildungen anzusehen. Als Ursache der letzteren dürfte zu gelten haben, dass die Verklebung erster Anlage sich nur unvollkommen lockert und zum Theil persistirt. Leichte Andeutungen solcher Membranen findet man häufig bei der laryngoscop. Untersuchung als zufälligen Befund. Die Krankheits-Erscheinungen bestehen in Heiserkeit oder vollständiger Aphonie, event. Athembeschwerden. Die Behandlungsweise richtet sich nach der Dicke und Resistenz des Diaphragma's. Man kann es durchschneiden, stückweise mit der Zange entfernen oder galvanocaustisch vorgehen und damit volle Heilung erzielen. In dem von B. mitgetheilten typischen Falle, ein Mädchen von 19 Jahren betreffend, wurde der Stenosenbehandlung, nach vorgenommener Tracheotomie, mittelst allmählicher unblutiger Dilatation, nach einem besonderen, vom Autor angegebenen und näher beschriebenen Verfahren, der Vorzug gegeben, um der Neigung zur Wiederverwachsung und Narbenzusammenziehung vorzubeugen. Der Erfolg war ein vollständiger und dauernder.

Beschorner.

**Larynx tuberculose durch Beischlaf erworben.** (Tuberculose laryngée primitive acquise par cohabitation.) Von Dr. Cadier. (Französ. Gesellsch. f. Laryngol. u. Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Verf. erzählt mehrere Fälle, wo Lungenphthisis durch die oberen Theile des Larynx begonnen hat. Anfangs erkannt, kann die Lungenphthisis durch Heilen des Larynx vermieden werden, nur muss die Larynxbehandlung gleich nach der Inoculation begonnen werden.

Dr. P. K.



**Concave Larynxspiegel.** (Miroirs laryngoscopiques concaves.) Von Dr. Rayner D. Batteu. (British medical Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1892.)

Verf. findet folgende Vortheile dabei: 1) Vergrößerung des Larynxbildes, 2) bessere Beleuchtung der unter den Stimmbändern gelegenen Theile.

Referent konnte beim Gebrauche der concaven Larynxspiegel nur Nachtheile, besonders für Lernende, finden. Dr. P. K.

**Beschreibung eines Taschenbestecks für Hals- und Ohrenärzte und eines veränderten Kehlkopfspiegels.** Von Dr. Avellis in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I, Heft 1, p. 117.)

Hervorgehoben sei nur, dass A., um sonst leicht möglicher Infection vorzubeugen, jeden Patienten, durch dessen Krankheit ein Spiegel für den weiteren Gebrauch bei anderen Kranken ungeeignet gemacht wird, veranlasst, den verdorbenen Spiegel an sich zu nehmen und ihn bei der nächsten Consultation wieder mitzubringen. Dieses Verfahren wird erleichtert dadurch, dass sich das spiegelnde Plättchen leicht abnehmen lässt. Den auszuglühenden Stiel behält der Arzt. Bei der nächsten Untersuchung können Stiel und Spiegel durch einen originellen und festen Verschluss rasch mit einander vereinigt werden. Beschorner.

## I N H A L T.

I. Originalien: Okuneff: Ueber die Anwendung des Acidum trichloraceticum bei chronischen eitrigen Entzündungen des Mittelohres. — Danziger: Ueber Angina urica. — II. Referate: a) Otologische: Avolodo: Verletzungen des Ohres durch Schusswaffen (Revolver). — Joris: Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im äusseren Gehörgang. — Hartmann: Die Mittelohrentzündung der Säuglinge. — Rohrer: Ueber die Perception hoher und tiefer Töne bei Affectionen des Labyrinthes und des Nervus acusticus. — Schwabach: Ueber den diagnostischen Werth der Stimmgabelprüfungen auf Grund einer Beobachtung von Tumor der Schädelbasis. — Bloch: Ueber das Hörvermögen der Taubstummen. — Harke: Beiträge zur Pathologie und Therapie der oberen Athmungswege einschliesslich des Gehörs. — b) Rhinologische: Schädelwunde, verursacht durch Revolverkugeln. Wiederholtes Nasenbluten. Ligatur der beiden Carotid. extern. Tamponade der Nase und beiden Sinus sphenoidales, aus denen die Blutung kam, zweifellos der Carotis interna dextra entstammend. — Jouslain: Haematom der Nasenscheidewand, durch seltene Trauma hervorgerufen. — Schwager: Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. — Chiari: Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. — Straus: Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle beim gesunden Menschen. — Luc: Beitrag zum Studium der Eiterungen des Sinus frontalis, insbesondere ihre chirurgische Behandlung. — Janson: Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung. — Hopmann: Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes. — Schmidt: Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraumes. — c) Pharyngo-laryngologische: Netter: Häufiges Vorkommen der Pneumococci giftiger Natur im Munde von Reconvalescenten von Gesichtserose. — Gouguenheim und Ripault: Abscesse der Mandelgegend. — Marie: Myxoedem durch Darreichung von Glandula thyroidea vom Schafe gehalten. — Ruault: Neue chirurgische Behandlung der Mandelhypertrophie. — Guthrie: Ueber das Vorkommen diphtherischer Lähmungen ohne vorhergehende Schlunderkrankung. — Moizard: Behandlung der diphtheritischen Angina mittelst Sublimatglycerin. — Davison: Behandlung der Diphtherie mit den löslichen Salzen des Quecksilbers. — Richardson und Hollis: Diphtherie behandelt mit Aronsohn's Antitoxin. — Maurice: Diphtheriebehandlung mit Antitoxin. — Saw: Sechs Fälle von Tracheotomie wegen Diphtherie, die mit Aronsohn's Antitoxin, diphtheriae behandelt worden. — Francootte: Hysterisches Taubstummen durch Suggestion im wachenden Zustande geheilt. — Moure: Resultate der Castration auf die weibliche Stimme. — Fränkel: Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. 1) Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen. — Lediard: Festsetzen eines halben Sovereigns im Kehlkopfe und danach in dem linken Bronchus. Section. — Beauoleil: Fall von Laryngocele. — Coley: Behandlung von inoperablen bösartigen Geschwülsten mittelst der Toxine des Erysipels und des Bacillus prodigiosus. — Bruns: Ueber das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs. — Cadier: Larynx-tuberculose durch Beischlaf erworben. — Batten: Concave Larynxspiegel. — Avellis: Beschreibung eines Taschenbestecks für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

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

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

**Iofrath Dr. Beschermer** (Dresden), **Prof. Dr. Ganghofer** (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** (Wüzburg), **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. Stepanew** (Moskau), **Prof. Dr. Strübing** (Greifswald), **Dr. Well** (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. XXIX.

Berlin, Februar 1895.

No. 2.

### I. Originalien.

#### Pilocarpin bei Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinthes.

Vortrag,

gehalten in der Section für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten auf dem fünften Congress russischer Aerzte in St. Petersburg im Januar 1894.

Von

**Dr. M. Shirmunsky** in St. Petersburg.

Bekanntlich wurden subcutane Injectionen von Pilocarpin bei bestimmten Ohrenkrankheiten zuerst von Politzer im Jahre 1880 auf dem zweiten Congress der Ohrenärzte in Mailand empfohlen.

Gestützt auf die wohlthuende Wirkung von Pilocarpinjectionen bei einigen tieferen Augenkrankheiten, besonders bei der acuten Irocyklitis, begann er dasselbe bei frischen Erkrankungen des Labyrinths, hauptsächlich syphilitischen Ursprungs, anzuwenden.

Bereits im Jahre 1885<sup>1)</sup> führt er eine ganze Reihe von Fällen an, in denen es ihm auf diese Weise gelang, eine bedeutende Hörverbesserung zu erzielen.

<sup>1)</sup> Wiener med. Blätter, 1885, No. 5.

Gleich günstige Resultate durch Pilocarpininjectionen erhielten bei Labyrinthsyphilis Barr<sup>2)</sup>, Lopez<sup>3)</sup> und Botey<sup>4)</sup>, bei anderen Labyrinth-erkrankungen Lucae<sup>5)</sup> und Jacobson<sup>6)</sup>.

Die günstige Wirkung des Pilocarpins muss in den genannten Fällen wohl dem Umstande zugeschrieben werden, dass die durch dasselbe hervorgerufene starke Schweiss- und Speichelsecretion die Resorption des Exsudats und der noch nicht völlig organisirten entzündlichen Producte im Labyrinth beschleunigt.

Politzer<sup>7)</sup> wandte ausserdem noch subcutane Injectionen von Pilocarpin bei chronischen, sogenannten trockenen Mittelohrcatarrhen an, aber ohne jeden Erfolg. Andererseits gelang es ihm durch unmittelbare Einspritzungen von Pilocarpin in die Paukenhöhle, Verbesserung des Gehörs zu erzielen.

Sehr geringe Wirkung zeigt dieses Mittel nach Politzer bei hereditärer Syphilis, bei Panotitis und Taubheit infolge von Meningitis cerebro-spinalis.

Jedoch haben Moos und Wolf auch bei Panotitis mit subcutanen Pilocarpininjectionen bedeutende Hörverbesserung erlangt.

Im Falle von Moos<sup>8)</sup> handelte es sich um ein Mädchen von 7 Jahren, das am Ende der ersten Woche einer schweren Form scarlatinöser Diphtherie an einer doppelseitigen eitrigen Paukenhöhlenentzündung erkrankte, verbunden mit völliger Taubheit für alle Töne, Geräusche und Sprache.

Man machte subcutane Iniectionen einer 1proctg. Pilocarpinlösung, anfangs 10 Tropfen täglich, dann alle zwei Tage einmal. Darauf wurde die zu injicirende Pilocarpinmenge verdoppelt (wieviel Injectionen gemacht wurden, ist aus dem Berichte nicht zu ersehen). Das Resultat der Behandlung war eine derartige Verbesserung des Gehörs, dass das Mädchen dem Unterrichte in der Schule folgen konnte.

Der Wolf'sche Fall<sup>9)</sup> betraf ein Kind von 6½ Jahren mit scarlatinöser Rachendiphtherie, das am 10. Tage an einer beiderseitigen Entzündung der Paukenhöhle erkrankte. Bald darauf trat vollständige Taubheit mit Erscheinungen von Seiten des Labyrinths ein.

Man machte 44 Injectionen von Pilocarpin, 5 Milligramm 2mal täglich, wobei alle zwei Tage die zu injicirende Flüssigkeit um 1 Milligramm gesteigert wurde. Am 3. Tage der Behandlung trat gleichzeitig mit reichlicher Schweiss- und Speichelsecretion eine Vermehrung der Ohreiterung ein. Am 9. Tage stellte sich Gehör für hohe Töne ein. Nach dreimonatlicher Behandlung erhielt man folgendes Resultat: Auf dem rechten Ohr vernahm das Kind Flüstersprache auf eine Entfernung von 4 Mtr., die Uhr auf 4 Ctm.; auf dem linken Ohr — gewöhnliche Sprache auf einer Entfernung von 2 Mtr.

2) Barr, Brit. med. Journ., 12. Juni 1885.

3) Lopez, Bul. mol. or., No. 3, Mai 1888.

4) Botey, Gaz. med. Catal., 15. Mar 1892.

5) Lucae, Realencycl. der gesamt. Heilk., Bd. XV.

6) Jacobson, Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXI, 4.

7) Politzer, Lehrbuch d. Ohrenheilk., 3. Aufl., p. 253.

8) Moos, Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XIII, p. 162.

9) Wolf, Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XVI, p. 189, u. Bd. XV, p. 78.

In letzterer Zeit führt auch Haug<sup>10)</sup> in seinem Buche einen Fall an, wo bei Labyrinthkrankung infolge von Diphtherie das Gehör durch Pilocarpinbehandlung gebessert wurde. Ein 12jähriges Mädchen erkrankte an Rachendiphtherie. Am 10. Tage wurde sie plötzlich auf beiden Ohren taub, ohne jegliche nachweisbare objective Veränderungen im Gehörapparate. Dank der methodischen Behandlung mit Electricität und subcutanen Injectionen von Pilocarpin (18 Injectionen zu 0,01) trat eine derartige Hörverbesserung ein, dass Patientin gewöhnliche Sprache gut vernahmen konnte.

Was die Behandlung der trockenen Mittelohrcatarrhe mit Pilocarpin-injectionen anbelangt, so gelang es nur Kosegarten<sup>11)</sup> damit günstige Resultate zu erzielen. Er wandte dieses Mittel in 30 Fällen an, wobei er täglich im Laufe von einigen Monaten zu 0,01 injicirte.

Kosegarten versuchte die Wirkung des Pilocarpins bei trockenen Catarrhen folgendermassen zu erklären:

„Die Injectionen erzeugen eine bedeutende Hyperämie der Blutgefässe der Trommelhöhle, die sogar bis zur Exsudation führen kann, demnach kommt es zur Lockerung des starren Gewebes, zur Durchfeuchtung und Erweichung der Adhäsionen, und wird dadurch der starre Leitungsapparat wieder schwingungsfähiger.“

Meine persönlichen Beobachtungen beziehen sich sowohl auf die Wirkung von Pilocarpin bei trockenen Mittelohrcatarrhen, als auch bei secundären Entzündungen des Labyrinths. In ersterer Richtung erprobte ich subcutane Pilocarpininjectionen bei zwei Patienten, von denen der eine 15, der andere 20 Injectionen bekam, aber weder beim einen noch beim andern eine merkliche Hörverbesserung nachzuweisen war.

Was die Pilocarpineinspritzungen direct in die Trommelhöhle anbelangt, so gelang es mir in den letzten drei Jahren, dieses Mittel bei mehr als 25 Patienten zu erproben. Ungeachtet der verhältnissmässig grossen Zahl von Injectionen (in einigen Fällen mehr als 30), erhielt ich von ihnen keine besseren Resultate, als von denen in ähnlichen Fällen üblichen Einspritzungen von Lösungen von Kali oder Natr. causticum, Natr. bicarbonicum etc. etc.

Bei secundären Erkrankungen des Labyrinths wandte ich subcutane Pilocarpininjectionen 4mal an.

Der erste Fall betraf einen Taubstummen, der das Gehör bereits in der Kindheit nach Scharlach verloren hatte. Die Untersuchung ergab theilweises Vorhandensein der Knochenleitung und des Gehörs für Geräusche und Töne; auch wurden hin und wieder Worte, direct in's Ohr hineingesprochen, vom Kranken vernommen. Auf Grund dieses versuchte ich hier die Wirkung von Pilocarpin zu erproben. 30 Injectionen hatten keinen Einfluss auf das Gehör.

In den übrigen drei Fällen (bei einem 5jährigen Kinde, bei einem Knaben von 15 Jahren und bei einem 60jährigen Manne) war absolute Taubheit infolge von Meningitis cerebro-spinalis vorhanden, ohne jegliche sichtbare objective Veränderungen im Gehörapparate. Die Be-

<sup>10)</sup> Haug, Die Krankheiten d. Ohren in ihrer Beziehung zu Allgemeinerkrankungen p. 73.

<sup>11)</sup> Kosegarten, Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XVI, p. 114.

handlung mit Pilocarpin begann 6—12 Monate nach Ablauf der Krankheit und blieb ungeachtet der verhältnissmässig grossen Zahl von Injections (15—30) ohne jeden Erfolg.

Das negative Resultat, das ich von Pilocarpininjectionen sowohl bei trockenen Mittelohrcatarrhen, als auch bei secundären Entzündungen des Labyrinths erhielt, erklärt sich leicht dadurch, dass wir es hier mit starrem, bereits vollständig organisirtem Gewebe zu thun hatten, das nicht mehr resorptionsfähig war. Ein ganz anderes Resultat ist zu erwarten bei frischen Labyrinthaffectionen, bei denen die Entzündungsproducte noch nicht Zeit hatten, sich zu organisiren und daher durch die mittelst Pilocarpin hervorgerufene starke Speichel- und Schweissabsonderung schneller zur Resorption gebracht werden können.

In letzterer Zeit gelang es mir, zwei solche Fälle zu beobachten. In Anbetracht der durchaus erfreulichen Resultate, die ich durch Pilocarpin erzielte, erlaube ich mir hier näher auf sie einzugehen.

1. Fall. J. Panin, 19 Jahre alt, Arbeiter, fiel am 10. November 1893 von einer Leiter aus der Höhe des zweiten Stockwerkes und wurde um 10 Uhr Abends in bewusstlosem Zustande mit starkem Blutaussfluss aus dem linken Ohre in die chirurgische Abtheilung des Roshdestwen'schen Barackenlazareths gebracht. Hier trat gleich Erbrechen ein. Zwei Stunden darauf kam er wieder zur Besinnung.

Die Untersuchung ergab: Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Gebiete des Proc. mastoideus, Schmerz auf Druck in der Schläfe und Stirn-gegend. Patient klagte über heftigen Kopfschmerz, Schwindel und Ohrensausen.

Am 18. November bemerkte man leichte paretische Erscheinungen am rechten Arm und rechten Bein.

Den 23. November, d. h. am 13. Tage der Erkrankung, sah ich den Patienten zum ersten Male. Er fühlte sich im Allgemeinen ziemlich wohl, klagte nur über einige Schwäche, Ohrensausen und völlige Taubheit auf dem linken Ohre.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Trommelfell bedeckt mit fest anhaftenden Blutgerinnseln, nach deren Entfernung es stark getrübt erschien. In der Mitte der vorderen Trommelfellhälfte eine stecknadelkopfgrosse atrophische Stelle (wahrscheinlich die Perforationsstelle des Trommelfells, die sich bereits geschlossen hatte). Gehör für die Uhr, Flüster- und laute Sprache = 0. Knochenleitung für die Uhr in sehr geringem Grade und nur an der Spitze des Pr. mastoideus erhalten, an anderen Stellen = 0. Der Weber'sche Versuch gab ein negatives Resultat, d. h. die schwingende Stimmgabel wurde nur auf dem rechten gesunden Ohre gehört. Der Rinne'sche Versuch fiel auch negativ aus. Bei der Catheterisation ging die Luft frei durch die Tuba Eustachii, gelangte aber nicht bis zum Trommelfell selbst.

Diagnosis: Labyrinthitis traumatica et haemorrhagia in cavo tympani.

Den 25. November injicirte ich zum ersten Male 0,004 Pilocarpin subcutan. Erst sechs Stunden nach der Injection begann Patient reichlich zu schwitzen.

Die Quantität der Injectionsflüssigkeit wurde täglich um 1 Milligramm erhöht bis zu 0,012. Reichliche Schweiss- und Speichelsecretion trat gewöhnlich zwischen 1—6 Stunden nach der Injection ein. Im

Ganzen machte ich 19 Injectionen. Erst nach der sechsten Injection führte ich gleichzeitig die Luftdouche per Catheter aus, was darauf alle zwei Tage wiederholt wurde. Nach der 13. Pilocarpininjection begann ich 4—10 Tropfen 2proctg. Jodkalilösung direct in die Trommelhöhle per Catheter einzuspritzen. Letztere wurden jeden zweiten Tag wiederholt, im Ganzen 4mal.

Das Resultat der Behandlung war folgendes:

Bereits nach 5 Pilocarpininjectionen trat eine wirkliche Hörverbesserung auf und zwar derart, dass Flüstersprache direct am Ohre völlig deutlich vernommen wurde. Die Knochenleitung stellte sich gleichfalls allmählig ein. Die Uhr wurde, wenn auch nicht ganz deutlich, doch an verschiedenen Stellen des Proc. mastoideus gehört. Nach 7 Injectionen wurde die Uhr dicht an der Ohrmuschel gehört, Flüstersprache auf einige Entfernung vom Ohr. Nach der 19. Injection wurde die Uhr sowohl im Gebiete des Proc. mastoideus, als auch an der Ohrmuschel deutlich gehört, Flüstersprache auf  $1\frac{1}{2}$  Mtr., laute Sprache auf ungefähr 3 Mtr. Leider musste die weitere Behandlung unterbrochen werden, da Patient das Krankenhaus verliess.

2. Fall. Herr A., 24 Jahre alt, Student, erkrankte im Mai 1892 an Syphilis. Er hatte 35 Injectionen von salicylsaurem Quecksilber und 8 Mercurialeinreibungen bekommen. Von der Zeit an waren, mit Ausnahme einiger kleinen Ulcerationen im Rachen, keine syphilitischen Erscheinungen mehr wahrzunehmen.

Am 14. September, als Patient sich auf dem Lande aufhielt, um sich von einer angestregten geistigen Thätigkeit zu erholen, erwachte er eines Morgens völlig taub auf beiden Ohren. Das Erste, was ihm auffiel, war der Umstand, dass, nachdem er Tags vorher völlig richtig Klavier gespielt, er jetzt nicht im Stande war, auch nur einen einzigen Ton richtig wahrzunehmen.

Den 15. November, d. h. zwei Monate nach Beginn der Erkrankung, sah ich den Patienten zum ersten Male.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Keine objectiven Veränderungen an den Trommelfellen. Infolge heftigen Schnupfens (Pat. gebrauchte grosse Dosen von Jodkali) ging die Luft bei der Catheterisation nicht ganz frei durch die Tuba Eustachii hindurch. Der untere Nasengang der rechten Seite ist für den Catheter schwer durchgängig infolge einer Verbiegung der Nasenscheidewand, die Pat. sich in der Kindheit durch einen Fall auf die Nase zugezogen hat. Das Gehör auf dem rechten Ohr ist für die Uhr normal, für Flüstersprache = 5 Ctm., für laute Sprache = 1 Mtr.; Knochenleitung für die Uhr normal. Der Rinnesche Versuch ergab positives Resultat, wobei der Stimmgabelton durch die Knochenleitung sehr schnell abschwingt. Auf dem linken Ohre ist das Gehör für die Uhr = 0, für Flüstersprache = 10 Ctm., für laute Sprache =  $1\frac{1}{2}$  Mtr. Die Knochenleitung für die Uhr ist nur an einer Stelle des Proc. mastoideus schwach erhalten, an anderen Stellen aber ganz verschwunden. Rinne positiv, wobei der Stimmgabelton auch auf dieser Seite durch die Knochenleitung rasch abschwingt. Beim Weber'schen Versuch ist der Stimmgabelton besser hörbar auf dem rechten Ohr.

Diagnose: Labyrinthitis syphilitica.

Die erste Pilocarpininjection, 4 Mgrm., wurde am 16. November ge-

macht, wonach allgemeines Wärmegefühl auftrat, aber Schweisssecretion nicht erfolgte; 17. XI. wurden 6 Mgrm. injicirt, wonach wiederum keine Schweisssecretion eintrat; 18. XI. wurden 8 Mgrm. injicirt, wonach reichlicher, jedoch nicht anhaltender Schweiss folgte; am 20. November wurde die 4. Injection von 0,01 Pilocarpin gemacht und es erfolgte reichlicher und anhaltender Schweiss, jedoch ohne Speichelfluss. Die folgenden Injectionen wurden zwei Tage der Reihe nach mit eintäglicher Pause ausgeführt, wobei die Pilocarpinmenge bis auf 0,014 erhöht wurde. Bereits nach 10 Injectionen trat deutliche Hörverbesserung ein. Im Ganzen sind 24 Injectionen gemacht worden. Das Resultat ist folgendes:

Auf dem rechten Ohre Hörweite für Flüstersprache = 1 Mtr. (anstatt der früheren 5 Ctm.), für laute Sprache = 4 Mtr. (anstatt des früheren 1 Mtr.); auf dem linken Ohre Hörweite für Flüstersprache = 1½ Mtr. (anstatt 10 Ctm.), für laute Sprache = 4 Mtr. (anstatt 1½ Mtr.). Die Uhr ist in einiger Entfernung von der Ohrmuschel hörbar. Die Knochenleitung ist insoweit wieder hergestellt, dass die Uhr deutlich im ganzen Gebiete des Proc. mastoideus vernommen wird.

Um die Wirkung von Pilocarpin bei syphilitischen Erkrankungen des Labyrinths zu erklären, muss man die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die bei Labyrinthsyphilis beobachtet wurden, im Auge behalten. Obgleich diese Beobachtungen nicht zahlreich sind und aus der späteren Periode der Syphilis herrühren, so reichen sie doch genügend hin, um die Wirkung des obengenannten Mittels zu erklären.

Nach den Untersuchungen von Moos<sup>12)</sup>, Steinbrügge<sup>13)</sup>, Gruber<sup>14)</sup> und Politzer<sup>15)</sup> haben wir es bei Labyrinthsyphilis nicht mit einem eitrigen, sondern mit einem entzündlichen Process (kleinzellige Infiltration des Endosteums und des häutigen Labyrinths, Bluterguss und Neubildung von Bindegewebe, Ankylose des Steigbügels) zu thun und ausserdem mit secundären Veränderungen degenerativer Natur (Atrophie und Zerstörung der Nervenzellen, Ablagerung von Kalkmassen etc.). Daher ist es auch verständlich, dass man nur dann Nutzen von der Therapie erwarten könne, wenn sie möglichst früh begonnen wurde, zu einer Zeit, wo sich noch keine persistenten Veränderungen im Labyrinth haben bilden können.

Resumire ich meine Beobachtungen in Betreff der Wirkung von Pilocarpin bei Erkrankungen des Gehörapparats, so folgt:

1) Nur bei frischen Erkrankungeen des Labyrinths, welchen Ursprungs sie auch sein mögen (syphilitischen, traumatischen oder secundären), kann man erfolgreiche Wirkung von subcutanen Pilocarpininjectionen erwarten, und zwar um so sicherer, je zeitiger die Behandlung begonnen wurde.

2) Bei veralteten Labyrinthaffectionen und bei sogenannten trockenen Mittelohrcatarrhen, wo sich bereits persistente Veränderungen gebildet haben, sind sowohl subcutane, wie directe Injectionen von Pilocarpin in die Paukenhöhle auf den Process von durchaus keinem Einfluss.

---

<sup>12)</sup> Moos, Archiv f. Ohr., Abtheil. I, S. 93 und Virch. Arch., Bd. 69, p. 313.

<sup>13)</sup> Moos und Steinbrügge, Zeitschr. f. Ohr., XIV, p. 501.

<sup>14)</sup> Gruber, Lehrbuch d. Ohrenheilk., 2. Auflage, p. 617.

<sup>15)</sup> Politzer, Lehrbuch d. Ohrenheilk., 2. Auflage, p. 501.

## Ueber den Infectionsmodus bei Kehlkopftuberculose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf.

Nach einem auf der Wiener Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag.

Von

Dr. Arthur Thost in Hamburg.

M. H.! Ich möchte Ihnen über einige Fälle von Kehlkopftuberculose berichten, die ich in den letzten Jahren beobachtete und die von dem Bild, das wir sonst bei der tuberculösen Erkrankung des Kehlkopfes sehen, wesentlich verschieden sich darstellen.

Man hat, wie Sie wissen, die vielfachen Formen der tuberculösen Erkrankungen, wie sie im Kehlkopfe sich finden, in bestimmte Rubriken zu bringen versucht, und zwar von verschiedenen Standpunkten aus.

So theilt man dieselben vom rein pathologisch-anatomischen Standpunkt aus ein:

1. in infiltrierte Tuberculose,
2. in ulcerirte Tuberculose,
3. in förmliche Geschwülste bildende Tuberculose,
4. in die miliare Form der Tuberculose.

Es ist nicht immer leicht, den einzelnen Fall in solche Rubriken einzureihen, weil bei der ausgeprägten Tuberculose ja jene ganze Reihe von Veränderungen vorkommen und zu gleicher Zeit bei demselben Fall sich finden können, die bei dieser Infectionskrankheit so häufig sind, von der seichten Erosion zu tieferen Geschwüren, die bis in die Submucosa und das Perichondrium reichen können, daran sich anschliessend Perichondritis mit ausgedehnten necrotischen Processen am Knorpel, ferner mehr diffuse Infiltrationen und Oedeme und in günstigen Fällen bindegewebige und narbige Prozesse, auch Verkalkungen, ja förmlich an Papillome erinnernde Neubildungen der Schleimhaut.

Seit der Koch'schen Entdeckung aber interessirt uns ausser dem rein anatomischen Standpunkt bei der Beurtheilung der Kehlkopftuberculose doch vor Allem der ätiologische.

Die reiche Fülle von Beobachtungen, die das Studium der ätiologischen Seite seit jener Zeit gebracht hat, theils auf experimentellem Wege gewonnen, theils durch genaue, speciell auf das Vorkommen von Tuberkelbacillen gerichtete Untersuchungen am Krankenbette und an der Leiche, hat eine so logische Kette von Thatsachen ergeben, dass wir ohne Einschränkungen sagen können und müssen: Ohne Tuberkelbacillus keine Tuberculose.

Freilich gelingt der Nachweis nicht immer und in einigen der Fälle, die ich Ihnen heute kurz skizziren will, habe ich den Nachweis von Bacillen nicht liefern können.

Aber ein positiver Fall beweist in der Wissenschaft immer mehr, als hundert negative und eine gut beobachtete Thatsache mehr, als die geistreichste und blendendste Schlussfolgerung. Wenn es möglich wäre, bei jedem zweifelhaften Fall von Tuberculose Probeinjectionen von Tuberculo-cidin und Tuberculin zu machen oder Impfversuche anzustellen, so würde noch mancher negative Fall sich aufklären und manches Frage-



zeichen bei der Diagnose würde gestrichen werden können, denn oft hat das Thierexperiment noch ein positives Resultat ergeben, wo Section und microscopischer Befund im negativen Sinne ausgefallen waren.

Die best ausgeführte Section, die sorgfältigste microscopische Untersuchung kann eben nicht alle Winkel des Körpers durchsuchen, und als bestes Beispiel, wie eine besonders auf einen Punkt gerichtete Leichenuntersuchung doch noch die wichtigsten Ergebnisse liefern kann, die bisher allgemein übersehen wurden, möchte ich Sie an die interessante und hochwichtige Entdeckung erinnern, die in letzter Zeit bezüglich der Placentartuberculose gemacht worden ist.

Einem Assistenten der Gusserow'schen Klinik, Dr. Lehmann, ist es gelungen, in ganz kurzer Zeit bei einer Reihe von Placenten, die von phthisischen Frauen stammten, sicher tuberculöse Herde nachzuweisen, wenn er auf das Sorgfältigste diese Placenten in ganz feine Schnitte zerlegte, die verdächtigen Partien härtete und zahlreiche Schnitte untersuchte, und zwar fanden sich dieselben im Chorion, also dem fötalen Antheile der Placenta.

Welch' neues Licht bringt diese eine positive Thatsache in die dunkle Frage der Vererbung der Tuberculose?

Richten wir nun unsere Aufmerksamkeit speciell auf den Kehlkopf und fragen wir uns, wie gelangt der Tuberkelbacillus in den Kehlkopf und unter welchen Bedingungen siedelt er sich da an?

Auch für diese Frage müssen wir theoretisch wenigstens unterscheiden zwischen hereditärer und erworbener Tuberculose.

Dass Kinder mit Tuberkelbacillen im Leibe, wenn ich so sagen darf, geboren werden, ist jetzt durch viele und die besten Beobachter an Föten und Neugeborenen von Menschen und Thieren unzweifelhaft nachgewiesen, und nach den erwähnten Befunden in den fötalen Placentatheilen wahrscheinlich viel häufiger, als bisher angenommen wurde.

Mir persönlich unterliegt es gar keinem Zweifel, dass eine grosse Anzahl Menschen ihre Bacillen mit auf die Welt bringen, und dass sowohl durch die Placenta der kranken Mutter, wie durch das Sperma des Vaters bei gesunder Mutter Tuberkelbacillen mit übertragen werden.

Bisher ist der Nachweis allerdings nur selten gelungen, wir müssen aber daran denken, dass wir über die Sporen der Bacillen, die sicher wie bei allen Pilzen vorhanden sind, noch nicht viel wissen.

Das Alles erscheint mir um so weniger wunderbar, als bei den Pilzkrankheiten der Thiere und höheren Pflanzen solche Uebertragungen etwas ganz Gewöhnliches sind, ich erinnere nur an die Krankheiten mancher Raupen oder an den Pilz des Mutterkorns (*Claviceps purpurea*), der auch, mit dem Samenkorn übertragen, erst der reifen Frucht verderblich wird.

Nachdem Villemin noch vor der Entdeckung des Tuberkelbacillus die Uebertragbarkeit der Tuberculose nachgewiesen hatte, war es vielen Forschern, vor Allem aber Cohnheim aufgefallen, wie die Tuberculose in den Punkten Erbllichkeit, Latenzstadium und Vorliebe für gewisse Entwicklungsstadien im Körper der exquisitesten aller Infectionskrankheiten, der Syphilis, gleiche, ferner auch darin, dass die ererbte Tuberculose wie die ererbte Lues in anderen Gliedern und Abschnitten des Körpers sich zeige, wie die erworbene.

So ist denn nach der Entdeckung des Tuberkelbacillus und des Tuberculins der grösste Theil der früher der Scrophulose zugerechneten Fälle als ererbte Tuberculose erkannt worden und die ausgezeichneten klinischen Beobachtungen Fournier's haben gezeigt, dass ein nicht unbeträchtlicher Theil der der Rhachitis zugezählten Fälle hereditäre Lues sind.

Die ererbte Tuberculose stellt sich im Kindesalter meist als Tuberculose der Drüsen und Knochen dar, Lungen- vor Allem aber Kehlkopftuberculose sind im Kindesalter selten; macht dagegen die ererbte Tuberculose erst in späteren Jahren Erscheinungen, so thut sie das fast immer unter der Form der Lungentuberculose, und ich habe immer den Eindruck gehabt, als ob gerade diese erblich belasteten Patienten auch besonders häufig an Kehlkopftuberculose erkrankten, die bekannten langen hageren Gestalten mit langen Hälsen und heiserer Stimme sieht man leider nur zu häufig.

Der Infectionsmodus für den Kehlkopf bei der hereditären Tuberculose ist ganz klar; das Sputum, das massenhaft Bacillen enthält, die alle den engsten Theil der Luftwege, den Kehlkopf, passiren müssen, inficirt hier die Kehlkopfschleimhaut. Alle Beobachtungen wenigstens scheinen darauf hinzuweisen, dass durch die Blutbahn oder die Lymphwege die Infection nicht stattfindet, dagegen weist der constante Befund der Bacillen im Epithel und in den subepithelialen Infiltrationen auf eine Infection von der Oberfläche aus hin. In den tieferen Schichten, in den Gefässen findet man keine Bacillen.

Ob Bacillen durch das unverletzte Epithel zu dringen vermögen, ist zweifelhaft; ich glaube nicht daran, denn das unverletzte Epithel ist es ja, was den Gesunden gegen Infection schützt.

Bei meinen eigenen Untersuchungen habe ich immer den Eindruck gehabt, dass die Bacillen entweder durch Substanzverluste in der Schleimhaut, oder durch die Drüsenmündungen, deren Epithel durch Catarrhe völlig verändert ist, eindringen müssen, denn die Bacillen und die subepithelialen Knötchen finden sich meist in den infiltrirten und aufgeworfenen Randpartien der Geschwüre, von denen aus die Schleimhaut oft auf weite Strecken hin unterminirt ist. Ausserdem fand ich fast immer die Drüsen bis tief hinein infiltrirt, die Ausführungsgänge häufig erweitert, so namentlich im Sinus Morgagni, und Tuberkelknötchen selbst zwischen den Drüsenacinis.

Ich finde, dass man den einschlägigen Beobachtungen von Rindfleisch immer zu wenig Beachtung schenkt, der übrigens, wie ich seine Schilderung verstehe, auch durchaus nicht das Vorkommen wirklicher Tuberkelknötchen in der Larynxschleimhaut läugnet. Dem entspricht auch das klinische Bild.

Die Larynxtuberculose entwickelt sich an Stellen, wo Substanzverluste, mag man sie nun catarrhalische Geschwüre oder erosive Geschwüre oder Arrosionen nennen, sich häufig finden; ebenso auf alten syphilitischen Verdickungen und Resten. Prädispositionsstellen sind ferner Stellen der Schleimhaut, die mit Drüsen reich besetzt sind, ich erinnere nur an die Interarytänoid-Schleimhaut, die, wie man häufig, namentlich bei weiblichen Kehlköpfen sehen kann, zu einem förmlichen Tumor sich umwandeln kann, während alle anderen Abschnitte des Kehlkopfes im Spiegelbild sich als absolut normal zeigen.

Es ist gar nicht einmal nöthig, dass das Geschwür an der Infectionsstelle selbst zuerst sich zeigt, der eingedrungene Bacillus unterminirt die Schleimhaut, die durch Knötchenbildung und kleinzellige Infiltration auf den Reiz reagirt, beim späteren Zerfall dieses neugebildeten Materials kann das Geschwür dann von der Infectionsstelle entfernt auftreten; so scheint mir manche Infiltration und spätere Ulceration am wahren Stimmband ihre Entstehung Infectionsträgern zu verdanken, die durch veränderte Drüsen im Sinus Morgagni eingedrungen sind, denn gerade dort fand ich die oben erwähnte Drüsenveränderung besonders häufig.

Die tiefe Lage der Drüsen in der Submucosa, die sich an der Interarytänoidpartie bis in die Muskelfasern des Transversus hinein erstrecken, die in der Epiglottis sogar in Nischen und kleinen Knorpelhöhlen eingelagert sind, erklären auch das rasche Vordringen der Geschwüre in die Tiefe, die ausgebreiteten Oedeme und die Neigung zur Knorpelnecrose. Ich glaube, dass man zur Erklärung des klinischen und anatomischen Bildes der Kehlkopftuberculose der Beihilfe der Drüsen nicht entbehren kann.

Wenn ich oben sagte, dass eine Infection durch die Blutbahn unwahrscheinlich sei, so muss ich dazu eine einschränkende Bemerkung machen. Wenn man nämlich der Auffassung sich zuneigt — und für diese Auffassung sprechen viele Gründe —, dass die Riesenzellen aus gewucherten Gefässendothelien entstanden sind, so würde der Umstand, dass Bacillen in den Riesenzellen sich finden, dafür sprechen, dass auch auf dem Wege der Blutbahn wenigstens von der Infectionsstelle aus Bacillen transportirt werden. Ebenso müssen die Verhältnisse mit in Betracht gezogen werden, die man unter dem Sammelnamen „Mischinfection“ zusammensetzt, dass namentlich Staphylococcen, aber auch Streptococcen bei allen ulcerativen Processen eine wesentliche Rolle spielen und das Bild und den Verlauf der Tuberculose verändern.

Das Verständniss der Vorgänge bei der Schleimhauttuberculose erleichtert es ungemein, wenn wir uns einmal ansehen, wie in dieser Beziehung die Darmschleimhaut sich verhält. Wir wissen durch die Untersuchungen Wesener's, dass die mit dem Speichel und Sputum verschluckten Bacillen den Magen ohne Einbusse an ihrer Virulenz passiren, wenn auch Tuberculose der Magenschleimhaut selbst selten gefunden wird. Wir wissen durch die Untersuchungen von Bodo, dass die im Kothe gefundenen Bacillen nicht von tuberculösen Darmgeschwüren, sondern aus dem verschluckten Sputum stammen, wir wissen auch, dass tuberculöse Geschwüre sich mit Vorliebe an der engsten Stelle im Darm, wo der Darminhalt am längsten Station macht, an der Ileocöcalklappe finden; ferner wissen wir, dass am Anus, wo Einrisse häufig vorkommen, die tuberculöse Anusfistel sich bildet und zwar oft als erstes verdächtiges Zeichen, lange bevor Erscheinungen in der Lunge sich nachweisen lassen, obgleich die Entstehung dieser Fistel doch kaum anders, als durch verschlucktes Sputum zu erklären ist.

Ich füge hinzu, dass primäre Darmtuberculose bei Erwachsenen äusserst selten ist, Eisenhard fand dieselbe bei 1000 Leichen des Münchener Materials nur ein Mal; auch haben die Thierversuche bei der Fütterungstuberculose gezeigt, dass flüssige Aufschwemmungen von Reinculturen, namentlich aber Emulsionen und tuberculöse Milch nie Darm-

geschwüre erzeugen, sondern Tuberculose der Mesenterialdrüsen, während gröbere verführte Stücke Darmtuberculose erzeugen.

Klebs nimmt an, dass die längere Berührung an geeigneten Stellen den Tuberkelbacillen gestatte, in die Schleimhaut hineinzuwachsen.

Aehnliche Vorgänge spielen sich auch auf der Schleimhaut des Respirationstractus ab. Flüssiges Sputum wird leicht über die gesunde Schleimhaut passiren, dickeres, zäheres Sputum, wie namentlich die Cavernen solches liefern, wird an der engsten Stelle an der Glottis leicht ankleben und haften. Wir sehen ja täglich im Spiegelbild, wie solche zähe Sputa am freien Rand der wahren Stimmbänder oder an der Interarytanoïdschleimhaut haften bleiben, mit dem Athmungsstrom hin- und herbewegt werden und mit einer gewissen Schwierigkeit über diese Hindernisse hinwegvoltigiren.

Es sind dies genau die Stellen, wo mit Vorliebe tuberculöse Geschwüre entstehen, und so kommt die alte Lehre von Louis, von der ätzenden Wirkung der Sputa, wieder zu Ehren.

Dass ein Catarrh der tuberculösen Infection vorausgeht, dass er die Kehlkopftuberculose auch begleitet, ist Jedem klar, der sehen will; dass Hypertrophie der Schleimhaut, dass Retention von Secret zwischen den verdickten Falten statt hat, wie das Schottelius namentlich betont, dass Desquamation des Epithels, dass Erosion oder Arrosion stattfindet, dass, ähnlich wie in der Nase, Secret antrocknet und Epithelverluste hinterlässt, dass eine auffallend grosse Anzahl von Phthisikern an gleichzeitigen alten Catarrhen der Nase, des Nasenrachenraums und Rachens, an alten Mittelohrcatarrhen leiden, die bis in die ersten Lebensjahre hinein sich verfolgen lassen, das weiss Jeder, der ein grösseres Material beobachtet hat, und der ganze Streit dreht sich nur darum, soll man neben der Tuberculose des Kehlkopfes noch einen besonderen Catarrh annehmen oder nicht.

Ein Geschwür im Kehlkopf bei einem Individuum, das täglich Unmassen Bacillen mit dem Sputum aushustet, wird sehr bald tuberculös inficirt werden, und so hat Moritz Schmidt sicher recht, wenn er sagt, man gehe nicht fehl, wenn man alle Kehlkopfgeschwüre bei bestehender Lungentuberculose für tuberculös erkläre.

Lassen Sie mich über die erworbene Tuberculose und ihre Besonderheiten noch einige Worte sagen, da meine Fälle dieser Kategorie angehören.

Die erworbene Tuberculose ist ja auch mit verschwindenden Ausnahmen eine Lungentuberculose und beginnt als Spitzencatarrh, so dass für diese Form dieselben Infectionsbedingungen gelten, wie für die hereditäre Tuberculose.

Gelegenheit zur Infection ist da, wo viele Menschen dicht bei einander in engen Räumen leben, immer gegeben, die Grossstädte liefern daher auch das Hauptcontingent, Gefangenanstalten sind reich an Tuberculosefällen, auch Thiere, die in Käfigen gehalten werden, erkranken leicht. Frei herumlaufende Thiere sind schwer zu inficiren. Trotzdem werden immer nur einzelne Individuen befallen. Zum Zustandekommen der Infection ist es nöthig, dass die Widerstandsfähigkeit herabgesetzt ist. So erkrankten Reconvalescenten von schweren Krankheiten, Leute, die Influenza überstanden haben, ferner Leute, die an Dyscrasien leiden,

Chlorotische, Anämische, vor Allem Diabetiker besonders leicht an Tuberculose, auch Traumen, wie in einem meiner Fälle, können die Bedingungen zur Ansiedelung von Bacillen geben.

So lange in den Krankenhäusern die Tuberculösen noch mitten unter Typhusreconvalescenten und Chlorotischen liegen, werden immer eine Anzahl Leute ihre Tuberculose sich da erwerben, und Wärter und Wärterinnen und auch Aerzte werden sich da inficiren. Darüber existiren sehr lehrreiche Beobachtungen.

Der menschliche Körper hat zum Glück eine grosse Neigung, die Tuberculose zu überwinden, eine grosse Anzahl Fälle heilt spontan, so dass das betreffende Individuum oft kaum eine Idee hat, dass der vorübergehende Husten eine Tuberculose war; Bollinger fand bei 40—50 pCt. aller secirten Leichen Reste überstandener Tuberculose. Baumgarten nimmt an, dass von fünf Personen zwei bis drei tuberculös seien. Speciell der Kehlkopf erkrankt nicht leicht.

Bedenken wir doch, dass nach den verschiedenen Statistiken von den an Lungentuberculose sterbenden Leuten nur eine relativ geringe Zahl an Kehlkopftuberculose erkrankt waren; Willigk rechnet nur 13,8 pCt., das ist wohl zu niedrig gegriffen, Schech rechnet dann auch 30 pCt. heraus und Frommel nach dem Würzburger Material 40 pCt. Immerhin husten mehr als die Hälfte der Tuberculösen bis an ihr Lebensende Milliarden von Bacillen durch den Kehlkopf und erkranken nicht an Larynx-tuberculose.

Es muss zum Zustandekommen der Infection also auch im Kehlkopf an einzelnen Stellen der Widerstand herabgesetzt sein, und es ist nöthig, dass an den kranken Stellen später Secret längere Zeit haftet.

Auch hier erklärt ein Beispiel aus der Botanik solche Vorgänge. Eine Anzahl Früchte, die längere Zeit liegen, zeigen nach einiger Zeit Flecke, wo Schimmelpilze sich ansiedeln, die übrigen bleiben gesund, und wenn wir näher zusehen, erkennen wir, dass diese Pilze sich an den gedrückten und verletzten Stellen der Schaale, an alten Insectenstichen sich angesiedelt haben, während die doch überall vorhandenen Keime an der gesunden Schaale nicht haften.

Ich füge noch hinzu, dass bezüglich der Häufigkeit der Kehlkopftuberculose beim Lebenden das Verhältniss noch viel günstiger ist als an der Leiche, denn die obigen Statistiken sind Leichenmaterial entnommen; da nun in den letzten Tagen des Lebens, bei dem langsamen Erlöschen der Lebensenergie bei Tuberculösen — non moriuntur, sed vivere cessant —, wohl noch ein gut Theil Veränderungen sich bilden, die im Leben nicht beobachtet werden konnten. Aus demselben Grunde lässt sich auch die Differenz erklären zwischen dem häufigen Befund von Trachealgeschwüren, die der pathologische Anatom verzeichnet und der Seltenheit, mit der wir Laryngologen dieses Vorkommniss zu Gesicht bekommen.

Bei der erworbenen Tuberculose ist endlich auch die Heilungstendenz der Kehlkopfgeschwüre eine besonders grosse, wie ich Ihnen durch einige neue Fälle erläutern kann.

Zum Zustandekommen solcher Resultate kommen ausser der allgemeinen Ernährung — ein guter Magen ist bekanntlich das beste Mittel gegen Tuberculose — auch gewisse äussere klimatische Einflüsse in Be-

tracht, und ohne dass ich Hamburg für einen klimatischen Curort erklären will, kann ich nicht umhin, zu sagen, dass in unserem nordischen Klima, weil es feucht und staubfrei ist, die Kehlkopftuberculösen sich nicht schlecht befinden.

Unser Klima befördert gerade die hypertrophischen Formen der Catarrhe, und wenn ich die Bilder von Larynxtuberculose, die ich in den drei Jahren, wo ich die Wiener Ambulatorien besuchte, sah, mit dem vergleiche, was ich in unserem mehr feuchten Klima sehe, so muss ich sagen, dass die schweren Formen hier so häufig nicht vorkommen und dass die leichten Formen mit einer Tendenz zum Heilen sich hier häufiger finden. Der Wiener Kalkstaub ist ja in seiner ungünstigen Wirkung bekannt und er ist es wahrscheinlich auch, der die in Wien relativ häufige Tuberculose der Mundschleimhaut hervorbringt, die bei uns zu den grössten Seltenheiten gehört.

Ueber die Punkte: die äusseren Ursachen, Klima, Staub, Beschäftigung und die dadurch verursachten und veränderten Formen der Tuberculose ist noch wenig Zusammenhängendes bekannt, obwohl es für die Therapie gerade wichtig wäre, die Bedingungen kennen zu lernen, die die Heilung der Tuberculose zu unterstützen geeignet sind.

Ich lasse nun in möglichster Kürze einige Krankengeschichten von selteneren Formen von Kehlkopftuberculose folgen, die als Beispiele für die im Vorstehenden etwas ausführlicher behandelten Infectionsweisen dienen können:

I. Fall: Erworbene Tuberculose. Solitärer harter Tuberkelknoten im Larynx. Spontane Heilung.

Frl. R., 32 Jahre. Eltern gesund. 11 Geschwister gesund, jetzt soll ein Bruder, der früher stets gesund war, lungenleidend sein. Patientin selbst hat keinerlei Krankheit überstanden.

November 1887: Rippenfellentzündung.

Juli 1892: Schmerzen in der linken Seite. Objectiv soll Nichts zu finden gewesen sein.

December 1892: plötzlich Heiserkeit.

Januar 93. Erhebliche Besserung der Heiserkeit spontan eingetreten.

Februar 93. Sehr starke Heiserkeit. Abmagerung. Locale Behandlung mit Milchsäure und Jodol. Kreosot innerlich.

Larynx: Beim Eintritt in die Behandlung April 93 Schwellung und Oedem des rechten Stimmbandes.

August 93. Larynx und Stimme fast normal.

September 93. 1. September. Pat. kehrt heiser von der Reise zurück, sehr trockener, staubiger Sommer.

Larynx: Das rechte Stimmband völlig glatt. Ein gelbes, klein-erbsengrosses, fast gestielt aufsitzendes Knötchen auf der Interarytänoidschleimhaut.

Gewichtsabnahme 4 Pfund.

Nach vier Tagen nach einer Pinselung das Knötchen wie eine Erbse in zwei gleiche Hälften gespalten, bei der Phonation legen sich dieselben so zusammen, dass das Knötchen unverändert erscheint, nur eine feine Linie an der Bruchstelle erkennbar.

Das Knötchen zerfällt, am 20. September an dessen Stelle ein oberflächliches speckiges Geschwür, Oedem beider Aryknorpel. Keine Bacillen im Auswurf.

Am 26. September nur noch eine kleine gelbe Stelle, noch etwas Oedem, namentlich links.

Gewichtszunahme 2 Pfund.

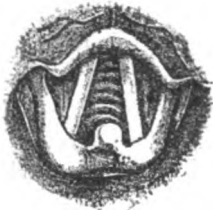
Am 20. October. Schleimhaut glatt, die ganze Partie noch etwas verdickt. Stimme gut. Allgemeinbefinden gut.

Nach einigen Wochen völlige Rückbildung ohne wesentliche therapeutische Eingriffe. Stimme gut. Patientin ist sehr stark geworden. 10 Pfund Zunahme.

September 94. Völlig normaler Larynx.

Vom Beginn bis heute leichte zweifelhafte Dämpfung an der rechten Spitze. Athmungsgeräusch daselbst bisweilen etwas rau. Nie Bacillen im Auswurf.

Figur I.



Figur II.



Figur III.



Figur I. 1. August 1893. Das rechte Stimmband war völlig glatt. Patientin kommt heiser von der Reise. Ein gelbes kleinerbsengrosses Knötchen fest gestielt aufsitzend auf der Interarytänoid-Schleimhaut. Gewichtsabnahme 4 Pfund.

Figur II. 4. August 1893. Das Knötchen hat sich in zwei ganz symmetrische Hälften getheilt, bei der Phonation legen sich dieselben zusammen, so dass der Tumor wie am 1. August sich präsentirt.

Figur III. 20. August 1893. Oberflächliches speckiges Geschwür. Oedem bei der Aryknorpel. Keine Bacillen.

II. Fall. Chronisches breites Geschwür der rechten Larynxhälfte. Durch eine sehr intensive Tuberculincur: Ausstossung eines Knorpelstückes vom Processus vocalis. Völlige Heilung des Larynx.

Bahnassistent R., 32 Jahre.

Eltern und Geschwister gesund. Als Kind Augenentzündung. Drüsenschwellungen. Hustet seit etwas über einem Jahr. Vor zehn Monaten Influenza, danach trat Heiserkeit ein.

Lungenbefund: Nur über der linken Clavicula ganz leichte Dämpfung, daselbst unbestimmtes Athmen, hier und da ein Knacken.

An der rechten Spitze keine Dämpfung, etwas rauhes Athmen, ganz vereinzelte Rasselgeräusche. Etwas Emphysem. Herz leicht überlagert. Spärliche Bacillen im Sputum.

Larynx: Linkes Stimmband normal weiss; linke Larynxhälfte fast normal. Interarytänoidschleimhaut leicht vorgewölbt und geschwellt. Die ganze rechte Seite des Kehlkopffinnern eingenommen durch ein grosses, bis zum wahren Stimmband herabreichendes, dasselbe weit umfassendes Geschwür, das zum Theil benarbt ist. Locale Behandlung mit Milch-

säure. Tuberculincur im Eppendorfer Krankenhaus. 28. November 1890 — 23. Januar 1891.

25 Injectionen von Tuberculin von 0,01 steigend bis 0,1. Dabei sehr heftige allgemeine und locale Reaction, ein Stück Knorpel vom Processus vocalis der rechten Seite stösst sich ab. Mit völlig vernarbtem Larynx entlassen. —

Heute nach 4 Jahren im Larynx noch glatte Narbe, gutes Allgemeinbefinden, Sprache leicht heiser.

Demonstration der Fiebercurve und farbige Skizzen der Veränderungen im Kehlkopf.

III. Fall. Chronische erworbene Tuberculose. Wandernde Geschwüre im Larynx. Tuberculöse fungöse Sehnenscheidenentzündung.

Herr R. K. In der Jugend bisweilen heiser. Vor einigen Jahren Nasenrachenkatarrh. Uvula wurde amputirt; die Lungen wurden für gesund erklärt.

An den Lungen war an der rechten Spitze eine zweifelhafte Dämpfung. Leichtes hauchendes Athmen daselbst. Emphysem. Herz überlagert.

Nur einmal, im letzten Jahr Bacillen gefunden. Larynx: 1891, als Patient in Behandlung trat, war das rechte Stimmband mit Granulationen bedeckt, dieselben heilten, darnach trat Schwellung der Interarytänoidschleimhaut ein. Der Larynx heilte ziemlich aus, da entstand am Rand des Interarytänoidgeschwüres ein kirschkerngrosser Tumor. Starke Heiserkeit; auch dieser Tumor verschwand, es traten unterhalb der Stimmbänder Schwellungen und Auflockerungen der Schleimhaut ein, in der Interarytänoidschleimhaut wieder ein kleiner Tumor. Stimmbänder in der letzten Zeit leicht paretisch, Befinden, Ernährung schwankend, je nach den Processen im Kehlkopf. — Demonstration von Skizzen des Larynx.

IV. Fall. Erworbene chronische Tuberculose nach Influenza. Kleines Larynxgeschwür am Stimmband geheilt.

Herr Otto F., früher stets gesund. Hereditär nicht belastet. März 1892 Influenza; bald darauf leichte Heiserkeit.

Lungen: Beide Spitzen suspect. Massenhafte Bacillen im Auswurf. Larynx: Ulceration und Infiltration des vorderen Abschnittes des rechten Stimmbandes. Patient hat keine Ahnung, dass er ernster krank ist.

Locale Behandlung mit Milchsäure. Nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalt in Mecklenburg fast völlige Heilung. An Stelle des Geschwürs im Larynx nur ganz leichte Röthung und Abrundung des Stimmbandes. Ausgezeichnetes Allgemeinbefinden. Sputum bacillenfrei.

Patient hatte in einem Comptoir, das sehr eng und schlecht gelüftet war, mit einem anderen Patienten von mir zusammengearbeitet, der an Lungen- und Kehlkopftuberculose litt.

V. Fall. Trauma. Sturz in ein Siel. Vergiftung durch Gase. Seit der Zeit Husten. Später Heiserkeit.

Herr E., 32 Jahre. Sielarbeiter. Hereditär nicht belastet. Im letzten Jahr fiel Patient mit mehreren Anderen tief in ein Siel. Er wurde ohnmächtig herausgezogen, die Uebrigen erstickten im Siel. Seit der Zeit will der früher sehr kräftige Mann husten. Heiserkeit besteht seit einigen Monaten.



Lungenbefund: Beide Lungenspitzen suspect. Larynx: Leicht blutende, ulcerirte Stelle am vorderen Ende des rechten Stimmbandes. Im Sputum nie Bacillen nachzuweisen. Gutes Allgemeinbefinden. Auf Milchsäure wesentliche Besserung, beginnende Benarbung des Ulcus. Noch in Behandlung.

Demonstration von Skizzen des Larynxinnern.

VI. Fall. Chronische Infiltration des linken wahren Stimmbandes, Lungenemphysem. Keine Bacillen.

Patient hereditär nicht belastet. Immer gesund; ist 18 Jahre lang als Steuermann zur See gefahren. Heiser schon seit 8—9 Jahren.

Lungenbefund: An beiden Spitzen Knacken, unbestimmtes Athmen. Ausgeprägtes Lungenemphysem Sputum spärlich, stets frei von Bacillen (dieselben wenigstens nicht nachweisbar) Larynx: Linke Larynxhälfte bewegt sich nur unvollständig. Linkes Stimmband geröthet, ödematös.

Auf Milchsäurebehandlung grosse subjective Erleichterung. Objectiv nicht die geringste Veränderung. Vorzüglicher Ernährungszustand.

---

## Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

### 2. Jahresversammlung, 1. Juli 1894, in Amsterdam.

In den Vorstand wurden wiedergewählt: als Vorsitzender Prof. Guye, als Schatzmeister Prof. Doyer, als Schriftführer Dr. Burger.

I. Prof. A. A. G. Guye (Amsterdam): Ein Fall von *Crista septi narium*.

Der Pat., den ich Ihnen vorstelle, Herr X., 18 J. alt, ist seit 1883 einige Male in meiner Behandlung gewesen wegen Mittelohrentzündung, Tonsillen-Hypertrophie und adenoide Wucherungen. Nachdem ich ihn in 6 Jahren nicht gesehen, kam er 1892 wieder zu mir, weil die linke Nasenhälfte allmählig undurchgängig geworden war. Ich fand eine grosse, scharfe Leiste am Septum, welche früher nicht dagewesen war, und deren Entstehen ich deshalb mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit auf einen Schlag auf die Nase mit einem Cricquetball im vorigen Jahre zurückführen konnte. Dieselbe war theilweise mit der unteren Muschel verwachsen. Ich entfernte am 15. Juli 1892 dieselbe mittelst Säge und Meissel, liess als Nachbehandlung eine Kautschuk-Röhre,  $6\frac{2}{3}$ , später 5 Mm. im Durchmesser, in der Nase tragen, und konnte Pat. am 13. August geheilt entlassen. Nach einem halben Jahre, 12. Januar 1893, zeigte sich Pat. von Neuem, und ich fand die linke Nasenseite wiederum durch einen Auswuchs der Scheidewand fast vollständig verlegt. Auch dieser Auswuchs wurde entfernt und in der früheren Weise nachbehandelt; allein nach drei Monaten zeigte sich diese Nasenhälfte von Neuem spaltförmig verengert, und ich entschloss mich, das Septum mittelst Kautschuk-Röhrchen systematisch, gleichsam orthopädisch zu behandeln. Ich führte nun Röhrchen von zunehmender Dicke (6, 8, 10 und 12 Mm.) ein, liess dieselben täglich nur 1—2 Stunden herausnehmen, und sonst als Dauertampon tragen. Jetzt trägt Pat. seit einem halben Jahre das

11 Mm. dicke und 10 Ctm. lange Röhrchen täglich nur noch 1—2 Stunden, um einer neuen Verengerung der Nase vorzubeugen. Die Kopfschmerzen und Aproxie, von welcher seine Nasenverstopfung immer begleitet gewesen, sind vollständig verschwunden.

Drei Punkte sind hier von Interesse: 1) die traumatische Genese des Leidens, welche meiner Meinung nach die Regel bildet, welche in diesem Falle aber mit Sicherheit festgestellt ist, weil ich die Nase des Patienten vor dem Trauma oft untersucht und keine Crista gefunden hatte; — 2) die Neigung zur Recidive, weil das Septum, nachdem es durch das Trauma desequilibrirt worden, sich immer wieder nach der kranken Seite hin vorwölbte; — 3) das gute Resultat der orthopädischen Behandlung, mit welcher ich fortfahren werde, bis Pat. sein volles Wachstum erreicht haben wird. Ich benutze Röhrchen von 8—10 Ctm. Länge, so dass sie die hintere Rachenwand berühren. Wenn das dem Pat. unangenehm ist, zieht er das Röhrchen etwas nach vorn. Kürzere Röhren gerathen leicht nach hinten, so dass man Mühe hat, sie zu entfernen.

II. Dr. W. Posthumus Meyes (Amsterdam): Zwei Fälle von Carcinoma pharyngis.

In den beiden Fällen, die ich Ihnen vorstelle, existirt ein auffälliges Missverhältniss zwischen den unbedeutenden Klagen und dem Ernst des Leidens. Der erste Pat., 34 Jahre alt, hat seit einem halben Jahre rechtsseitige Nasenverstopfung; seit sechs Wochen eine harte Schwellung an der rechten Seite des Halses. Ich fand im Nasenrachenraum eine taubeneigrosse Geschwulst, welche mit der rechten Seitenwand und dem Gewölbe des Rachens fest verbunden war, sich auch links vom Septum fortsetzte und den weichen Gaumen nach unten drückte. Pat. hatte vor einem halben Jahre ein heftiges Nasenbluten gehabt. Die Diagnose lautete: maligne Geschwulst. Um dem Pat. Luft zu geben, entfernte ich mit dem Gottstein'schen Ringmesser in einer Sitzung die Geschwulst, wodurch eine freie Nasenathmung hergestellt wurde. Das Ergebniss der microscopischen Untersuchung lautete: Krebs.

Der zweite Pat., ein kräftiger Mann von 51 Jahren, leidet seit Herbst 1893 an doppelseitiger Nasenverstopfung mit zeitweise ausstrahlenden Schmerzen im Nacken. Zwei Monate später entstanden zunehmende Schwellungen um den Hals herum. Es existirt eine fétide Naseneiterung; seit einigen Wochen rechtsseitiger Ohrenfluss. Die ganze Nase ist mit festen, leicht blutenden Tumoren und stinkendem Eiter gefüllt; die rechte Seite des weichen Gaumens durch eine von der rechten Rachenwand ausgehende Geschwulst nach unten verdrängt. Auch in der linken Hälfte der Nasenrachenhöhle Tumoren. Microscopische Diagnose: Carcinom. Die Geschwulst geht wahrscheinlich vom Keilbein aus. Auffallend ist die geringe Störung des Allgemeinbefindens.

Prof. P. K. Pel (Amsterdam): A. Hysterische Posticusparalyse.

Ich stelle Ihnen ein Fräulein vor mit linksseitiger Posticusparalyse, wofür alle die gewöhnlichen ätiologischen Momente fehlen. Es besteht keine Tabes oder ein anderes organisches Hirn- oder Rückenmarksleiden. Die Aorta, das Mediastinum und die Lungenspitzen sind gesund; dergleichen die Speiseröhre und die Schilddrüse. Dagegen hat die Pat. eine ganze Reihe von hysterischen Klagen. Ich halte es also für wahr-

scheinlich, dass wir es hier mit einer hysterischen Posticuslähmung zu thun haben.

Dr. H. Burger: Ich erlaube mir, in Bezug auf eine solche Diagnose die grösste Reserve zu empfehlen. In einem grossen Procentverhältniss von Recurrens- und Posticuslähmungen bleibt *intra vitam* die Aetiologie dunkel, wie auch Moritz Schmidt hervorgehoben hat. Eine geschwollene Mediastinal- oder Cervicaldrüse kann durch Druck solch' eine Lähmung hervorrufen. Ich betrachte eine hysterische Posticusparalyse als sehr unwahrscheinlich, weil der Posticus einen echten Athmungsmuskel bildet, welcher automatisch die Stimmritze für die Respiration offen hält, und seine Hauptinnervation nicht, wie die Phonationsmuskeln, von der Hirnrinde, sondern von der Oblongata erhält. Kommen bei der Hysterie auch Lähmungen des Zwerchfells und der Intercostalmuskeln zur Beobachtung?

Prof. Pel: Bei der Hysterie können alle nervösen Störungen, Atrophien, Ernährungsstörungen und Entartungsreaction vorkommen. Warum sollte der Posticus eine Ausnahme machen?

Dr. Zwaardemaker: Als Beispiel einer hysterischen Lähmung eines automatischen Muskels erwähne ich die Ischurie.

B. Posticusparalyse bei Tabes.

Als der 57jährige Pat. sich in Behandlung stellte, war keine andere Abweichung aufzufinden, als eine doppelseitige Posticusparalyse. Weil aber früher vorübergehende Abducenslähmungen beobachtet worden waren, habe ich die Diagnose Tabes gestellt, welche durch den weiteren Verlauf durchaus bestätigt ist. Die Posticusparalysen sind geblieben; erst ist rechts, später links der Knierflex erloschen. An den Zehen haben sich trophische Störungen entwickelt; jetzt wird der Gang unsicher und es stellen sich Schmerzen in der Hüftgelenksgegend ein.

Dr. Burger: Ich habe den Pat. gekannt, bevor er in die Klinik aufgenommen wurde. Die Kniereflexe waren damals noch unvermindert. Laryngologisch war die Posticusparalyse interessant, weil links eine secundäre Adductorencontractur bestand, welche auf der rechten Seite fehlte.

Prof. Pel: Seitdem hat sich, wie sie sehen, auch das rechte Stimmband der Medianlinie genähert.

IV. Dr. H. Burger (Amsterdam) und Prof. Pel: Ein Fall von luetischen Hirnnervenparalysen.

Dr. Burger: Dieser Pat., Polizeidiener, 23 Jahre alt, wurde am 18. Juni 1893 in die van Haren Noman'sche Klinik wegen primärer und secundärer Lues aufgenommen, mit Quecksilbereinspritzungen behandelt und am 27. Juli symptomlos entlassen. Er wurde am 10. October von Neuem aufgenommen mit Schwindel, unsicherem Gange, rechtsseitiger Taubheit, Doppelbildern, rechtsseitiger Facialis- und Gaumenparalyse. Ich sah ihn zuerst 4. November; der Gang hatte sich etwas gebessert, die Sprache war aber noch offen-nasal; die Speise kam theilweise durch die Nase zurück; die rechte Hälfte des Gaumens war nahezu unbeweglich; also: Parese der rechten Seite des Velum palatinum. Weiter: leichte Parese des rechten N. abducens. Es bestand Nystagmus bei Fixation in jeder abweichenden Richtung. Pupillenreaction normal; keine Einschränkung des Gesichtsfeldes. Nichts Abnormes

am Fundus oculi. Der rechte Facialis war in allen seinen Zweigen vollständig gelähmt; keine Entartungsreaction. Die Hörschärfe hatte rechts für Knochen- wie für Luftleitung, für hohe und niedere Töne bedeutend abgenommen. Das Ergebniss des Rinne'schen Versuchs war rechts und links positiv; beim Weber'schen Versuch keine Cateralisation; Trommelfelle und Tubae normal; also Parese des rechten N. acusticus. Weiter: vollständige Paralyse des rechten Crico-aryt.-posticus, Hypästhesie und herabgesetzte Reflexerregbarkeit der Schleimhaut in der rechten Nasenhöhle und vollkommene Anästhesie und Aufhebung der Reflexe in der rechten Hälfte des Rachens und des Kehlkopfes. Keine Abweichung in der Motilität, Sensibilität und Reflexen am Rumpf und an den Extremitäten. Unter Quecksilberbehandlung trat eine derartige Verbesserung ein, dass im Januar 1894 nur noch die Posticus- und Palatumlähmung übrig waren. In dieser Geschichte ist interessant: 1) die äusserst kurze Frist zwischen dem luetischen Primär-Affect und einer Gruppe von Hirnnerven-Paralysen (kaum ein halbes Jahr); — 2) dass unter diesen Lähmungen diejenige des Posticus (und des Gaumens) am hartnäckigsten war; — 3) dass bei einer Gruppe von rechtsseitigen Paralysen auch eine rechtsseitige Hemianästhesie des Kehlkopfes bestand, eine Thatsache, welche mit der von Vielen angenommenen doppelseitigen und gekreuzten, sensiblen Larynx-Innervation unvereinbar ist; — 4) dass, in Anbetracht der noch ungelösten Controverse bezüglich der Gaumen-Innervation, die Facialis-Paralyse vollständig heilte, der Gaumen dagegen mit dem Posticus gelähmt blieb, so dass auch hier für die Innervation des Gaumens nicht der Facialis, sondern vielmehr der Vago-Accessorius verantwortlich gemacht werden muss.

Die Geschichte ist hiermit aber nicht abgeschlossen. Der Kranke bekam einen Rückfall. Im Februar stellten sich von Neuem Paralysen des Acusticus und des Facialis ein. Im ganzen rechten Facialis-Gebiet wurde am 21. April von Herrn Dr. Wertheim Salomonson eine complete Entartungs-Reaction nachgewiesen. Palatum und Posticus waren immer noch gelähmt. Jetzt waren die Kniereflexe herabgesetzt. In dieser Zeit entstand plötzlich eine Gruppe von neuen Symptomen, wegen welcher Pat. in die Pel'sche Klinik aufgenommen wurde.

Prof. Pel: Pat. wurde in somnolentem, dementem Zustand aufgenommen. Wir constatirten: rechts: Nerventaubheit, vollständige Facialisparalyse mit completer Entartungsreaction, Abducensparese, Paralyse der Gaumenbögen, des Rachens und des M. Crico-aryt.-posticus mit verminderter Sensibilität und erloschenen Reflexen. Geschmacksstörung, Parästhesie und Hyperästhesie im Gesicht; und links: Parese der beiden Extremitäten. Keine Stauungspapille, innere Organe gesund. Es waren also nicht weniger als 6 Hirnnerven befallen: Acusticus, Facialis, Abducens, Vago-Accessorius, Glosso-Pharyngeus, Trigeminus; dazu auf der linken Seite eine Hemiparese der Extremitäten. Wir hatten es also mit einer Hemiplegia alternans zu thun. Dennoch glaubte ich einen Tumor der Pons Varoli (Gumma) ausschliessen zu können: 1) weil die Lähmung der Hirnnerven und diejenige der Extremitäten nicht zu gleicher Zeit aufgetreten waren; 2) weil die Hemiparese vermuthlich eine corticale war (nachdem Parästhesie und Krämpfe im 4. Finger sich gezeigt,

war zuerst der Arm und 36 Stunden später das Bein paretisch geworden): 3) weil so viele Hirnnerven afficirt waren. Die Hemiparese glaube ich von einer Endarteriitis obliterans arteriae fossae Sylvii dextrae, die Hirnnerven-Lähmungen von einem Leiden der Basis cerebri (Meningitis gummosa, Periostitis) abhängig stellen zu müssen. Das gleichzeitige Bestehen von basaler und Gefäss-Syphilis ist gar nicht selten.

Pat. wurde mit J.-K. und Schmiercur behandelt. Sie sehen ihn jetzt beinahe geheilt. Keine subjective Klagen mehr. Die Hemiparese ist verschwunden; nur noch sind der Gaumen und der Posticus paretisch. Auch der Facialis ist noch gelähmt, offenbar in Folge von descendirender Neuritis. Die Gaumenparese ist meiner Ansicht nach nicht vom Facialis, sondern vom R. int. Accessorii abhängig. Ich glaube, dass der Vago-Accessorius stets der motorische Nerv der Gaumenbögen ist.

In der Prognose der Hirn-Syphilis bin ich vollständigen Lähmungen gegenüber immer sehr reservirt; dagegen sieht man gewöhnlich die Paresen bei richtiger Behandlung zurückgehen. Wie Herr Burger bemerkte, ist dieser Fall ein Beispiel dafür, wie kurz nach der Infection schwere und immer recidivirende Hirn-Syphilis auftreten kann, auch wenn vom Anfang an eine zweckmässige Behandlung stattgefunden hat, und keine besondere Accidenten (Traumata am Kopf, Alcoholismus u. s. w.) im Spiele sind. Merkwürdigerweise wird Syphilis des centralen Nervensystems am meisten nach den leichteren Formen von primärer und secundärer Syphilis beobachtet.

#### V. Dr. H. Burger: Vier Fälle von Larynx-Lupus.

In zwei von den vier Fällen, welche ich Ihnen vorstelle, ist der Lupus ein sog. primärer, d. h. dass nie an anderen Körperstellen sich lupöse Affectionen gezeigt haben. Der erste Pat., ein Knabe von 15 J., leidet seit Weihnachten v. J. an Dysphonie, welche allmählig zur vollständigen Aphonie geworden ist. Ich sah ihn am 6. März 1894 und fand bei dem stridorösen und aphonischen, sonst aber gesunden Knaben am Kehlkopf einen gewaltigen Destructions- und Granulationsprocess. Der freie Theil des Kehledeckels fehlte gänzlich; die Zungenbasis ging unmittelbar in den ulcerösen, üppig granulirenden Wundrand des Kehledeckels über. Dieser Durchschnitt war fingerdick und setzte sich rechts und links nach hinten in die gleichfalls fingerdicken ary-epiglottischen Falten fort. Die ganze Oberfläche war granulirend, dunkelroth und sah wie Himbeeren aus. Der Larynx-Eingang stellte eine kaum zwei Mm. breite Spalte dar; vom Kehlkopf-Innern war nichts zu sehen. Ich habe dem Knaben, dank der Güte des Herrn Prof. van Haren Noman, der ihn in seine Klinik aufnahm, seit dem 16. April, also während neun Wochen, täglich unverdünnte Milchsäure aufgepinselt und ein äusserst überraschendes Resultat erhalten. Die Granulationen sind geschwunden; die Schwellung ist zurückgegangen, der Rand des Kehledeckels ist mit schöner, glatter Schleimhaut bekleidet; das Larynxinnere ist zum Vorschein gekommen und es hat mich sehr überrascht, dasselbe vollkommen gesund zu finden. Die Aphonie ist offenbar die Folge von Schwellung der Interarytanoidegegend gewesen. Jetzt noch wird bei der Phonation die Glottis cartilaginea nicht vollkommen geschlossen. Die Stimme ist kräftig, nur ein wenig rauh. Pat. ist so gut wie geheilt.

Die 2. Pat., ein 28jähriges Fräulein, deren Vater an Kehlkopf-

phthise gestorben, wird seit dem Winter von Kopfschmerzen und von leichtem Schluckschmerz, welcher mitunter nach dem linken Ohre ausstrahlt, geplagt. Bisweilen entsteht beim Sprechen eine leichte Dyspnoe. Das Spiegelbild sieht dem zuerst beschriebenen sehr ähnlich; auch hier sah man anfänglich nur himbeerartige, rothe, üppige Granulationen. Hier ward aber das ganze Bild von der granulirenden Vorderseite der Epiglottis eingenommen. Kein Secret. Keine sichtbaren Ulcerationen. Seit dem 17. Mai habe ich jede Woche den Kehlkopf galvanocaustisch behandelt und täglich reine Milchsäure eingerieben. Indem ich mit dem Galvanocauter jedesmal ein weiteres Stückchen tractirte, habe ich zuerst die Epiglottis von Granulationen befreit; die vordere Fläche zeigt sich jetzt glatt, sammetartig; der Rand ist frei geworden und nur unbedeutend destruiert. Darauf habe ich die Cauterisationen längs der linken aryepiglottischen Falte und in der linken Arytänoidgegend fortgesetzt. Zieht man nun mittelst der Sonde die Epiglottis nach vorn, dann sehen Sie, dass die linke Hälfte des Kehlkopfeinganges, welche die am meisten infiltrirte gewesen, jetzt bedeutend dünner ist, als die rechte. Auch finden sie das Larynx-Innere intact. Auf Grund von den bisherigen Resultaten und von der nahezu vollständigen Heilung des ersten Pat. muss ich nachdrücklich für eine consequent durchgeführte, topische Behandlung von Larynx-Lupus mich erklären.

Bei dieser 3. Patientin hat der Lupus vor 8 Jahren im Kehlkopf debütirt: Heiserkeit, Schlingstörungen; dann hat er den Gaumen, schliesslich die Nase ergriffen. Pat., 24 Jahre alt, kam im October 1893 in meine Behandlung mit einem nicht ganz geheilten Nasenlupus, ausgehnte lupöse Knötchen und stecknadelkopfgrosse Geschwüre am Zahnfleisch des Oberkiefers und am harten Gaumen; im Larynx lupöse Granulationen am Epiglottis-Rand und breite Infiltrate in den lateralen Kehlkopfflächen. Den Mund habe ich zahlreiche Male galvanisch und mit Milchsäure cauterisirt, mit ziemlich negativem Erfolg; dann habe ich mit concentrirter Chromsäure-Lösung eine ausgiebige Besserung erhalten. Ich kann daher die Chromsäure, welche ich bei den verschiedenartigsten ulcerösen Processen der Mundschleimhaut als das beste Causticum habe schätzen gelernt, auch für die Behandlung von Mund-Lupus bestens empfehlen. Die Infiltrate im Larynx, welche ich nicht örtlich behandelt habe, haben zugenommen.

Meine 4. Patientin, dieses 30jährige Fräulein, hat an verschiedenen Körperstellen Lupus gehabt. Als sie am 26. März 1893 in meine Behandlung kam, war, mit Ausnahme der Nase und des Kehlkopfes, Alles geheilt. Die tuberosöse Affection auf der vorderen Hälfte der unteren und mittleren Nasenmuscheln habe ich mittelst Chromsäure geheilt. Auf dem angefressenen Rand der Epiglottis hatte sie zahlreiche Lupusknötchen und im Larynx eine Infiltration „en masse“ der beiden Seitenflächen und des unteren Theiles der Epiglottis. Auch die Commissur war ergriffen. In Folge dessen starke Dysphonie. Wiederholte Galvanocauterisationen wurden jedesmal von einer erheblichen Zurückbildung der Infiltrate gefolgt. Bei dieser Form des Lupus, welche die letzten zwei Patientinnen zeigen, ist es äusserst schwer zu bestimmen, wann der Process wirklich geheilt ist. Diese indolenten, lupösen Infiltrate an der inneren Larynxfläche haben eine normale Farbe; sie sind nur etwas

matter, unebener, trockener, als die gesunde Schleimhaut. Sie ertragen den Galvanocauter ausgezeichnet. Es scheint mir empfehlenswerth, in solchen Fällen die Galvanocaustik mit täglicher Anwendung von Milchsäure zu verbinden, und letztere Behandlung, nach einer scheinbaren Genesung, noch viele Wochen lang fortzusetzen.

Bei allen diesen Patienten sind die subjectiven Symptome unbedeutend oder ganz abwesend, der allgemeine Zustand ausgezeichnet; der Verlauf ein äusserst langsamer; die Stimmbänder intact und Secrete nie vorhanden.

(Schluss folgt.)

## Zu meinem Berichte über die Sitzungen der Section Ohrenheilkunde der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Von

Dr. B. Gomperz.

Obwohl auch die Discussionen nach den von den betreffenden Rednern abgegebenen Manuscripten wiedergegeben wurden, haben die Herren Reinhard und Scheibe eine Erweiterung dieser eigenen Bemerkungen in Form von Berichtigungen gewünscht, denen hiermit gerne Raum gegeben wird.

Dieselben beziehen sich auf die Discussion über meinen Vortrag: „Ueber die Erfolge der conservativen Behandlungsmethode bei den chronischen Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes.“ College Reinhard macht mich aufmerksam, dass der Sinn, der mit dem Satze (M. f. O. No. 11, p. 373): Auf den Attic beschränkte Eiterungen würden auch an der Schwartze'schen Klinik conservativ behandelt“ wiedergegebenen Bemerkung folgendermaassen richtig laute: „Nicht alle Fälle von Atticuseiterung sollen von vornherein operativ behandelt werden; auch er hat in Halle Fälle gesehen, bei denen die Eiterung durch Ausspülungen mit dem Paukenröhrchen zur Heilung kam; solche Fälle sind aber selten; in der weitaus grösseren Zahl der Fälle von Atticuseiterung besteht ein Mitergriffensein des Antrums durch Caries und durch Cholesteatom, welche schon wegen der damit verbundenen Lebensgefahr nur durch operative Therapie zu behandeln sind.“

Scheibe wünscht den Sinn seiner (ebenfalls p. 373) kurz skizzirten Discussion in folgender Weise richtiggestellt zu wissen:

„Scheibe hat ca. 60 Fälle von chronischer Mittelohreiterung mit Cholesteatombildung in den oberen Mittelohrräumen behandelt und in ca. 50 pCt. durch blosse conservative Behandlung Heilung erzielt. Bei Vorhandensein dringender Symptome, wie Periostitis u. s. w., sowie ausserdem in denjenigen Fällen, bei welchen der Foetor unter fortgesetzter conservativer Behandlung nicht verschwindet, ist er für dauernde breite Freilegung der oberen Mittelohrräume. U s. w.

„Ferner betont er, dass eine Vergleichung der Resultate der conservativen mit denen der operativen Methode (Extraction der Gehörknöchelchen) nur dann berechtigt ist, wenn man dabei von ein und der-

selben Krankheit ausgeht. Die Injection und Insufflation mit dem Paukenröhrchen wird nur bei Cholesteatom der oberen Mittelohrräume, die Extraction der Gehörknöchelchen dagegen auch bei anderen Mittelohreiterungen ausgeführt.“

Herr Prof. Gruber berichtigt, dass er nicht, wie es p. 363, 13 heisst, seitens Prof. Politzer's Widerspruch fand, sondern dass Prof. Politzer erwähnte, dass in einem solchen Falle ein bestimmter Grad von Hörvermögen immerhin möglich sei.

Herr Prof. Politzer wünscht die in der Discussion über die Demonstration seiner Präparate, betreffend die primäre Erkrankung der Labyrinthkapsel, von Herrn Habermann gemachte Bemerkung dahin richtig zu stellen, dass Herr Prof. Habermann in der Discussion nicht erwähnt hat, dass er der Ansicht des Vortragenden über die Erklärung der Befunde nicht beistimme; wäre dies geschehen, so hätte Prof. Politzer gegenüber Prof. Habermann in der Discussion in dieser Frage Stellung genommen.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte.**  
Nürnberg 1893. (Sonderabdruck.)

Herr Scheibe (München) hält seine angekündigten Demonstrationen:

a) **Fibrom des Gehörganges:** Ziemlich harte, keulenförmige, wallnussgrosse am Gehörgangseingang, theilweise der inneren Tragusfläche schmal aufsitzende, abgesehen von einigen Drüsenmündungen und Krypten glatte Geschwulst, seit 6 Jahren an einem 56jährigen Manne zur Entwicklung gelangt. Histologische Structur: Bindegewebe, reichliche, z. Th. grosse Talgdrüsen und Haare mit Haarbälgen und Bekleidung durch verhornende Epidermisschicht ohne Wucherung des Papillarkörpers, also kein Papillom. Schmale Krypten erstrecken sich ziemlich tief von der Oberfläche in die Geschwulst hinein, darin Reteschicht und Papillarkörper stark gewuchert, zahlreiche Talgdrüsen und Haare. Seit der Abtragung sind 7 Jahre ohne Recidiv verstrichen.

b) **Osteosarcom des Gehörganges:** Ein 17jähriger Mann trug eine mit dünnem knöchernen Stiel der vorderen oberen Gehörgangswand aufsitzende Geschwulst, die ausser Schwerhörigkeit keine Symptome verursachte. Das übrige Ohr war normal. Der knöcherne Stiel der ziemlich harten, etwas gelappten, roth und weisslich gefleckten Geschwulst war sehr dünn und wurde von einer kurzen knöchernen Röhre mit engem mittelständigen Markraume gebildet. Oberhalb des Stieles treten die Knochenwände becherförmig auseinander und tragen an der Innenseite Knochenbalken, die allseitig von Spindelzellensarcommasse umgeben sind. Nur an der Peripherie ist stellenweise entzündliche Infiltration, wahrscheinlich in Folge äusserer Läsion, wahrnehmbar. Die Bekleidung der Geschwulst liefert eine verhornende Epidermisschicht, am Knochenstiele findet sich unter ihr noch eine Lage Bindegewebe. In den 4 Jahren seit der Abtragung mit der kalten Schlinge keine Recidive.



c) Zwei Fälle von behaarter Granulationsgeschwulst im Mittelohre. 41jähriger, seit Kindheit an chronischer Otorrhoe mit Cholesteatombildung leidender Patient, bei dem 5mal Geschwülste entfernt wurden. Jetzt besteht eine kleinbohnengrosse, weiche, von anscheinend unregelmässiger Epidermis überzogene Geschwulst, deren Stiel im Aditus ad antrum zu liegen scheint. Das Grundgewebe war Granulationsgewebe, darin dicke und dünne, unzweifelhaft in der Geschwulst gewachsene Haare, veränderte Haarbälge, sicher durch Stachelzellen charakterisirt und veränderte Talgdrüsen.

Nach 3 Jahren erschien derselbe Patient wieder mit einer, diesmal vom unteren Theil des Promontorium ausgehenden, gestielten und behaarten Geschwulst. Der von Weidner beschriebene ähnliche Tumor betrifft überraschender Weise denselben Patienten und war 9 Jahre früher abgetragen worden. Die Geschwulst zeigt also anhaltende Recidivfähigkeit. — Einen zweiten Fall von behaarter Geschwulst entdeckte Sch. bei der Untersuchung alter Ohrpolypen. Beiden Fällen gemeinsam ist, dass der Tumor auf dem Boden eines Cholesteatoms entstanden ist.

d) Ein histologisch untersuchter Fall von Sclerose: Es werden Schnitte von 2 Fällen von Sclerose und nervöser Schwerhörigkeit vorgelegt, welche auch im Leben untersucht und in Frankfurt von Prof. Bezold besprochen wurden. Auf Grundlage der Sclerose fand sich auf die Umgebung des ovalen Fensters beschränkte Knochengewebs-Neubildung, durch welche der Steigbügel in grosser Ausdehnung mit dem Pelvis ovalis knöchern verwachsen ist. Sie besteht theils aus spongiöser, theils aus osteoider Substanz und setzt sich einfach an Stelle des normalen compacten Knochens. Nur nach der Paukenhöhle zu, fast gar nicht nach dem Labyrinth zu, ist es auch in die umgebenden Hohlräume gewuchert. Das Periost ist nur in der Nische zum ovalen Fenster verdickt und hat zu einer Verwachsung auch der Steigbügelschenkel geführt, im übrigen Mittelohr dagegen weist weder die oberflächliche noch die tiefe Lage der Schleimhaut als Sclerose zu deutende Veränderungen auf. An den nicht verwachsenen Stellen der Steigbügel-Vestibularsymphyse zeigt wenigstens der Knorpelbelag Veränderungen oder er fehlt auch ganz.

Die sclerotischen Veränderungen der Mittelohrschleimhaut hält Sch. nur für hypothetische Annahme, ebenso wie die Entstehung von der Tuba aus, denn man sieht das Tubenostium und oft das Trommelfell typisch normal. Die seltenere Form von chronischem trockenem Mittelohrcatarrh mit eingezogenem Trommelfell zählt Sch. nicht zur Sclerose.

Dr. Hitschmann.

**Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Mittelohraffectionen.** Von Dr. J. Müller. (Wiener med. Presse, No. 9 u. 10, 1894.)

Verf. behandelt hauptsächlich jenen Vertigo, der bei Mittelohraffectionen auftritt, wobei eine gesteigerte Irritabilität des Labyrinthes ohne irgend welche nachweisbare Läsion des inneren Ohres vorhanden ist. Er hatte Gelegenheit, wiederholt am Menschen experimentell den Nachweis führen zu können, dass man in gewissen Fällen vom ovalen Fenster aus willkürlich Schwindel auslösen und diesen willkürlich coupiren könne, trotzdem hierbei keinerlei Anzeichen einer Labyrinthaffection

wahrnehmbar war und die scrupulöseste Untersuchung vielmehr zu der Annahme drängte, dass es sich in all' diesen Fällen mit Vertigo um reine Mittelohraffectionen handelte. In einem der mitgetheilten Fälle wurde der Schwindel durch Druck auf die noch vorhandene Steigbügelplatte ausgelöst und durch Luftverdünnung im äusseren Gehörgange stets coupirt.

Coordinationsstörungen kommen bei einer Reihe verschiedenartigster Affectionen des Ohres vor. So hat Verf. dieses Symptom in folgenden Fällen beobachtet:

I. Bei Labyrinthaffectionen (von diesen sieht Verf. ab).

II. Bei Mittelohraffectionen mit erhöhter Irritabilität des Labyrinths und zwar:

A. Durch entzündliche Reizung, ohne dass eine Affection der acustischen Labyrinthpartie nachweisbar wäre.

B. Durch Druck.

Die hier in Betracht kommenden Mittelohraffectionen können sein:

- a) hoch bestehende Eiterungen
  1. mit Perforation des Trommelfells,
  2. mit Choleostatomen,
  3. mit Polypen.
- b) Adhäsivprocesse, und zwar:
  1. als Folge von Eiterung,
  2. als Folge von Catarrh,
  3. als Folge von Sclerose.

Es werden hierauf einige Fälle mitgetheilt, bei denen durch operative Behandlung der gesteigerte Labyrinthdruck behoben wurde, bei denen ohne prompte Ohruntersuchung sehr leicht Labyrinthkrankung hätte angenommen werden können.

Lichtenberg.

**Ueber den Werth methodischer Hörübungen für Taubstumme und für Fälle von nervöser Taubheit im Allgemeinen.** Von Prof. Dr. Victor Urbantschitsch. (Wien. klin. Wochenschr., No. 19 u. 20, 1894.)

Verf. veröffentlicht abermals eine Serie von taubstummen Kindern, die mittelst methodischer Hörübungen behandelt und gebessert wurden. Hieran knüpft Verf. einige bemerkenswerthe Lehren, wie solche Uebungen am erfolgreichsten ausgeführt werden können. Lichtenberg.

## b) Rhinologische:

**Athembeschlag als Hilfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose.** Von Dr. H. Zwaardemaker in Utrecht, übersetzt von Dr. C. Reuter in Bad Ems. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Ein unter die Nase gehaltener kalter Spiegel wird sich durch die Ausathmungsluft beschlagen. Es zeigen sich bei normaler und regelmässig gebauter Nasenhöhle zwei ganz symmetrische und beim Verschwinden symmetrisch bleibende Athemflecken. Von der Gestalt derselben, ihrer Asymmetrie, ihrem theilweisen oder gänzlichen Fehlen, kann man auf ein- oder doppelseitige Verengerungen, Deviationen, Stenosen etc. der einen oder anderen Nasenseite schliessen. Ferner sind die Athemflecken auch zur Beurtheilung und Demonstration von nasaler

Sprache bei Gaumenlähmung und zur Bestimmung des Grades derselben verwendbar, so dass man durch sie auch die Verbesserungen zu beurtheilen vermag, welche Therapie und Sprechübung in dem mangelhaften Gaumenabschluss zu Wege bringen. Beschorner.

### **Nasenpolypen.**

In der Medical society of London zeigte Spencer Watson (Lancet, 17. XI, 1894) zwei untere Nasenmuscheln von einem 62jährigen Manne, die am vorderen Ende polypoide Massen trugen; auch sonst fanden sich Polypen in der betreffenden Nase. (Man wird wohl kaum fehl gehen, wenn man diesen Fall unter die papillären Hypertrophien der unteren Muscheln rechnet. Ref.) M. Schm.

### **Ueber maligne Transformation gutartiger Geschwülste der Highmorshöhle.** Von Dr. E. Fink in Hamburg. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Die Umwandlung einer gutartigen Neubildung in eine bösartige auch in der Nase ist sichergestellt, wenn auch derartige Fälle sehr selten sind. Dass eine gutartige Neubildung der Highmorshöhle sich zu einer bösartigen und heterogenen umgewandelt hätte, ist, nach F., ein in der Literatur wohl noch nicht niedergelegtes Ereigniss. F. erzählt einen solchen Fall: Ein 33 Jahre alter Kaufmann, der ihn im Jahre 1889 consultirte, und zwar wegen Nasenverstopfung, hatte seit seinem 12. Lebensjahre continüirlich an Nasenpolypen gelitten und war von zahlreichen geschickten Operateuren behandelt und operirt worden. 1879 stellte Esmarch bereits die Diagnose auf polypöse Geschwulstmassen der Highmorshöhle und betonte die Nothwendigkeit breiter Blosslegung dieses Raumes. Bei der Untersuchung durch F. zeigte sich die rechte Nasenhöhle des Nasenrachenraums mit Schleimpolypen erfüllt. Dieselben wurden zunächst und in den nächsten Jahren mit kalter und glühender Schlinge nach Möglichkeit entfernt, recidivirten aber immer wieder, so dass, da der ganze weitere Krankheitsverlauf für ein Empyem der Highmorshöhle sprach, October 1892 die breite Eröffnung derselben vorgenommen wurde. Die Höhle enthielt, wie schon vorher diagnosticirt war, weiche Geschwulstmassen, und zwar nach microscopischer Untersuchung gewöhnliche Schleimpolypen. 14 Tage darauf wurde wegen Fortdauer der Beschwerden und wegen Knochenanschwellung am Proc. zygomaticus von Schede die Radicaloperation vorgenommen, wobei sich die Höhle nunmehr mit typischem Carcinom ausgefüllt erwies. 6 Wochen darauf starb der Kranke unter den Zeichen der Herzparalyse. Dass es sich in dem vorliegenden Falle sicherlich mehr als ein Jahrzehnt lang um die Existenz einer gutartigen Neubildung in der Kieferhöhle gehandelt hatte, konnte bei Zusammenfassung aller in Frage kommenden Momente als zweifellos angenommen werden. Wäre, meint F., die Highmorshöhle rechtzeitig eröffnet und örtlich behandelt worden, so hätte man wohl die häufige Recidivirung der Nasenpolypen verhindern können und würde es dann wohl auch nicht zu der malignen Transformation der Sinusgeschwulst und zu dem finesten Ausgange der Krankheit gekommen sein. Beschorner.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Geschwüre am unteren Pharynxtheil bei einem mit Pyloruscarcinom behafteten Kranken.** (Ulcération de la portion laryngienne du pharynx chez un individu atteint de cancer du pylore.) Von Dr. Bigeard. (Bulletin de la société anatomique de Paris 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Das Geschwür ist insofern interessant, als man es während des Lebens nicht erkannt hat; es bestand weder Dysphagie, noch Schmerz, noch Ganglienschwellung, noch sonstige Geschwulst. Dr. P. K.

**Antipyrin als Anästheticum des Pharynx und Larynx.** (L'antipyrine comme anesthésique local du pharynx et du larynx.) Von Dr. J. Neumann. (Pest. med. chir. Presse No. 3, 1893 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Bringt Anfangs Brennen hervor und dann Analgesie, welche länger als bei Cocain dauert. Verf. hat besonders bei Larynxphthise experimentirt. Das Medicament ist nicht gefährlich und der Kranke gewöhnt sich nicht daran, wie dies beim Cocain der Fall ist. Dr. P. K.

**Lipom der Mandel.** (Lipome de la loge amygdalienne.) Von Dr. C. Biaggi. (Giornale dello Istituto Nicolai No. 1, 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Grosser Mandeltumor mit normaler Mucosa bei einem 61jährigen Manne; in dem Winkel, welchen der Tumor mit dem Arcus anterior bildet, sammeln sich Speisereste an. Beim Toniren oder bei einer Würgebewegung kommt der hühnereigrosse Tumor in den Mund, um bei der nächsten Schluckbewegung wieder zu verschwinden; indolent, elastisch weich; keine Ganglienschwellung. Abtragen mittelst der kalten Schlinge. Das Microscop ergiebt Lipom. Dr. P. K.

**Syphilitischer Mandelschanker.** (Chancre syphilitique de l'amygdale.) Von Dr. Gaure. (Union medic. du Nord-Est. Februar 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Als Diphtheritiskranker in's Spital gebracht. Das Rauchen aus Jedermanns Pfeifen wurde als Ursache nachgewiesen. Plaques muqueuses an den Lippen. Heilung. Dr. P. K.

**Die Musculi hyoepiglottici.** (Les muscles hyoépiglottiques.) Von Dr. John Macintyre. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Verf. beschreibt vier sehr kleine Muskeln, welche wegen ihrer Kleinheit bis jetzt übersehen worden sind und wovon nur zwei von Luschka und Chauveau bei den Mammiferen sich beschrieben finden. Diese vier Muskeln setzen sich, die zwei äusseren an die grossen Zungenbeinhörner, die zwei inneren an die hintere Fläche des Zungenbeinkörpers einerseits, andererseits an die vordere Fläche der Basis der Epiglottis. Sie ziehen die Wurzel der Epiglottis nach vorn und oben, wirken also antagonistisch gegen die vier Herabzieher der Epiglottis, welche die Autoren beschreiben. Dr. P. K.

**Eröffnung der retropharyngealen Abscesse.** (Ouverture des abcès chauds rétropharyngiens.) Von Dr. Branthomme. (Semaine médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Dieselbe soll immer durch den Mund in der Medianlinie, nie seitlich gemacht werden, nach dem Princip von Labric. Der äussere Hautschnitt ist ausnahmsweise nur bei Senkungen mit Oedem und tiefer Fluctuation auszuführen.  
Dr. P. K.

**Diphtherie, Masern complicirend, mit Antitoxin behandelt.** (Diphtheria complicating measles treated with antitoxin.) Von A. Mac Gregor, M. D. Aberdeen. (Lancet, 24. Nov. 1894.)

25jähr. Frau erkrankt an Masern, am 8. Tage Diphtherie unter Fieber, am 10. Tage fand Verf. Bacillen; Injection von Antitoxin, am folgenden Tage Wiederholung der Einspritzung. Das Fieber ging erst am 12. Tage herunter, die Membranen waren schon am 11. Tage besser. Ein ganz deutlicher Beweis für die Wirksamkeit des Mittels scheint dem Ref. nicht beigebracht, freilich war auch zu spät eingespritzt worden.  
M. Schm.

**Ein Besuch in Paris, um die practische Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin-Serum kennen zu lernen.** (A visit to Paris to inquire into the practical treatment of Diphtheria with Antitoxin-Serum.) Von John A. Turner M. B, Leicester und Rutland. (Lancet, 17. XI, 1894.)

Verf. beschreibt zunächst die Darstellung des Antitoxins in dem Pasteur'schen Institute, die von der Behring'schen nicht abweicht und berichtet dann über Fälle, die er Gelegenheit hatte, zu beobachten.

Er bespricht die in Paris übliche Entnahme von Membranen oder Secret zum Zweck der bacteriologischen Diagnose, sowie die Züchtung in Proberöhren und die augenblickliche Diagnose mittelst Deckglaspräparaten. Er erwähnt, dass das Antitoxin absolut unschädlich sei, so dass man es getrost zur Immunisirung noch nicht erkrankter Kinder verwenden könne. Er bedauert, dass das Mittel in England der Privatpraxis überlassen werde, dass dort die Regierung wissenschaftliche Untersuchungen nicht genügend unterstütze. In Bezug auf die Hospitalbehandlung wünscht er, dass alle Fälle von reiner Diphtherie in einem Saale behandelt werden sollten, dass alle die, bei welchen ausser dem Diphtheriebacillus auch noch andere Microorganismen gefunden würden, in einen zweiten Saal, alle Fälle von Croup, welche tracheotomirt worden seien, in einen dritten und alle Croupfälle mit anderen associirten Bacillen in einen vierten Saal gelegt werden sollten. Die Behandlung mit Antitoxin sei nach dem, was er in Paris gesehen, allen anderen Behandlungen der Krankheit bei Weitem überlegen. In einigen Fällen sei ihm die Wirkung geradezu zauberhaft vorgekommen; Tod sei nur durch Herzparalyse oder Nierenerkrankungen eingetreten, oder bei sich in die Länge ziehenden Fällen an Lungencomplicationen oder Pneumonie. Er giebt dann noch eine Statistik über die bis dahin veröffentlichten 1081 in Deutschland und Paris mit Antitoxin behandelten Fälle; von denselben seien 24 pCt. gestorben.  
M. Schm.

### **Morbus Basedowl.**

In der Clinical society of London (Lancet, 17. XI, 1894) zeigte Scanes Spicer einen Fall von unvollständigem Morbus Gravesi (Basedowl). Die Erscheinungen bestanden in Schwellung und Pulsation der Schilddrüse, einem Puls von 140 und Tremor der Arme. Die Patientin war neurotisch. Nachdem Vorzeiger eine grosse Anzahl von Nasenpolypen entfernt hatte und namentlich, nachdem er einige zurückgebliebene weggenommen, besserte sich das Befinden der Kranken wesentlich. Beide Zustände waren gleichzeitig entdeckt worden. Er erwähnt dies, weil Semon der Gesellschaft 5 Jahre vorher einen Kranken vorgestellt hatte, bei welchem die Graves'sche Krankheit anscheinend eine Folge von Nasenoperationen gewesen war. Verf. glaubt an einen Zusammenhang der beiden Zustände, und nicht, dass es ein Zufall gewesen. In der Discussion erwähnte Stoker einen Fall, bei dem nach einer Aetzung einer hyper-trophischen Schleimhautstelle in der Nase die geschwollene Schilddrüse sofort anfang, abzuschwellen. (Auch in Deutschland sind bekanntlich ähnliche Beobachtungen von Hack, B. Fränkel und dem Ref. gemacht worden.)

M. Schm.

**Angina infectiosa.** (Un cas d'angine infectieuse.) Von Dr. Périgord. (Le Limousin médical, August 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Ein 19jähriges Mädchen bekam eine linksseitige phlegmonöse Amygdalitis; grosse Besserung nach Eröffnung des Abscesses. Zwei Tage später Meningitis purulenta mit lethalem Ausgang, vom Mandelabscess jedenfalls ausgehend.

Dr. P. K.

**Ueber eine parasitäre Angina, durch einen Hefepilz hervorgebracht, klinisch mit dem Soor übereinstimmend.** (Sur une angine parasitaire causée par une levure et cliniquement semblable au muguet.) Von Dr. E. Troisier und Dr. P. Achalme. (Archives de méd. expérimentale et d'anatomie pathol., Januar 1893 und Annales des maladies d'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Ein 35jähriger Mann hat geröthete und geschwellte Mandeln; nach drei Wochen sind Dysphagie und Brenngefühl im Halse; die Uvula, die Gaumenbögen, die Mandeln, der Pharynx sind von einem weisslichen, dicken, weichen, zähen Belag bedeckt, unter welchem Belag die Mucosa geröthet ist. Borlösung half nach sechs Tagen. Klinisch war also das Bild eines primären Soors des Halses vorhanden. Die microscopische Untersuchung aber ergab eine Menge eiförmiger Gebilde, welche grosse Knospen trugen, ein Zeichen fortwährender reichlicher Wucherung; nirgends fand man Oidium albicans. Diese ovoiden Gebilde deuten auf ein Ferment hin, denn durch Culturen auf alcalischer Pepton-gelatine bilden sich reichliche Ascosporen. Das Beispiel ist insofern lehrreich, dass das Ferment der Hefe der Industrie gleicht; unter gewissen Verhältnissen kann, obschon selten, ein sonst unschädlicher Microorganismus auf geeignetem Boden pathogen werden und eine wirkliche Krankheit erzeugen.

Gewiss sind solche Anginen häufiger, als man annimmt; sie sehen oft diphtheritischem Exsudat ähnlich; nimmt man diese verschieden-

artigen Hefeanginen nebst ihrer Gutartigkeit und ihre klinisch leichte Verwechselung mit anderen bösartigen Anginen in Betracht, so begreift man das periodische, oft gut gemeinte Auftreten der Specifica gegen Diphtheritis, welche Specifica sich bei der ersten Gelegenheit als machtlos beweisen. (Der Referent.)  
Dr. P. K.

**Behandlung von Krankheiten der Athmungswege mittelst grosser Einspritzungen von Medicamenten durch den Kehlkopf.** (Treatment of respiratory affections by means of large medicinal injections through the larynx.) Von Colin Campbell, Saddleworth. (Lancet, 1. Dec. 1894.)

In der Royal medical and surgical Society theilte Walter Whitehead eine den angeführten Gegenstand behandelnde Arbeit des Verf.'s mit. Derselbe hat über 1000 Einspritzungen mittelst der zuerst von Rosenberg angegebenen Methode gemacht und ist von den Ergebnissen sehr befriedigt. Am besten hat sich ihm eine Mischung von Guajacol und Menthol in destillirtem Glycerin (12 Guajacol, 4 Menthol auf 84 Glycerin) bewährt. In der Discussion wurden von mehreren Collegen weitere gute Ergebnisse mitgetheilt, namentlich bei fötider Bronchitis.

Nach den übereinstimmenden Angaben der Vortragenden scheint sich der Kehlkopf sehr bald an das Durchführen der Spritze zu gewöhnen.

Es wurden jedesmal 10 bis 30 Gramm der Mischung eingespritzt.  
M. Schm.

**Drüsenepithelkrebs des Kehlkopfs.** Von Dr. R. Krieg und Dr. C. Knauss in Stuttgart. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Mittheilung eines genau beobachteten und durch gute Abbildungen in seinen verschiedenen Stadien vortrefflich veranschaulichten Falles, der sich ausser durch die Seltenheit der in Frage kommenden Geschwulst (von den Schleimdrüsen ausgehendes Carcinom), durch deren unverhältnissmässige Gutartigkeit und lange Dauer (bis jetzt 6 $\frac{1}{2}$  Jahr) auszeichnet, während welcher die Neubildung drei Mal extirpirt wurde, ohne dass sich ihr Anheftungsbezirk bislang wahrnehmbar vergrössert hätte. Auch Krieg weist auf die Nothwendigkeit genauer klinischer und histologischer Untersuchungen womöglich aller zu Beobachtung kommenden Kehlkopfgeschwülste hin und schliesst mit dem Hinweise darauf, dass auch bei vorgerrückteren Stadien derselben, wofern ein radicaleres Verfahren verweigert wird, oder sonst unthunlich erscheint, ein energisches endolaryngeales Verfahren im Gegensatz zum Gehenlassen als segensreiche Operation empfohlen werden müsse. Beschorner.

**Fremdkörpergefühl im Larynx und Pharynx durch Cocain geheilt.** (Sensations de corps étrangers du pharynx et du larynx, supprimées par l'action de la cocaine.) Von Dr. Alfred Martin. (Archiv. internat. de laryngol. No. 2, 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1894.)

Man soll immer mit einer Cocainbepinselung bei solchen Patienten beginnen; hilft dieses Mittel, so braucht man nicht weiter zu suchen.

Dr. P. K.

## ✠ Prof. Dr. J. Gottstein.

Ein allgemein geachteter, tüchtiger College, welcher mit unermüdlichem Fleiss und schönem Talente an der wissenschaftlichen und practischen Entwicklung der neueren Ohrenheilkunde und der ihr verwandten Fächer mitarbeitete, Prof. Dr. J. Gottstein, ist uns durch einen frühzeitigen Tod entrissen worden. Er starb am 10. Januar 1895 an Herzlähmung in Folge Arteriosclerose der Coronararterie.

Geboren am 7. November 1832 in Lissa (Provinz Posen), kam er 1852 auf die Universität Breslau, wo ihn besonders Frerich und Middeldorpf mächtig anzogen. Nachdem er als Student eine academische Preisaufgabe („De Bichati vi historica“) glücklich gelöst, erfreute er sich schon als junger Doctor in Breslau eines guten Rufes und so entschloss er sich, auch als practischer Arzt daselbst zu verbleiben. Zu Anfang der 60er Jahre begann er sich mit Laryngo- und Otologie zu beschäftigen und habilitirte sich 1872, indem er eine treffliche histologische Arbeit über den feineren Bau der Schnecke, welche er unter Waldeyer's Leitung ausführte, als Habilitationsschrift beibrachte, als Docent an der Breslauer Universität. Gottstein, welcher in seinem Specialfache zumeist Autodidact war, zeigte ein schönes Lehrtalent, und so kam es, dass die Zahl seiner Hörer von Jahr zu Jahr zunahm und ihm als Anerkennung seiner Erfolge 1889 der Titel eines Professors verliehen wurde.

Im Jahre 1867 errichtete er eine Poliklinik, an welcher er unermüdlich thätig war und die sich auch eines solchen Rufes erfreut, dass daselbst in der letzten Zeit nahezu 2000 Kranke jährlich aufgenommen wurden.

Von seinen zahlreichen, in den Fachjournals zerstreuten Publicationen wollen wir erwähnen: „Klinische und kritische Beiträge zur Ohrenheilkunde“ (Arch. f. O., Bd. IV); „Ueber intralaryngeale Löslichkeit von Croupmembranen durch Kalkwasser“ (Med. Centralblatt 1867); „Ueber Ozaena und eine einfache Behandlungsmethode derselben“ (Berliner klin. Wochenschr. 1878); „Ueber die verschiedenen Formen von Rhinitis und ihre Behandlung durch die Tamponade (Berl. klin. Wochenschr. 1881); „Ueber den Ménière'schen Symptomencomplex“ (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. IX); „Ueber Gehöraffectien im Verlauf der acuten Exantheme“ (Arch. f. O. Bd. XVII); „Eine neue Röhrenzange für die Operationen im Kehlkopfe etc.“ (Berliner klin. Wochenschr. 1883); „Ueber die Abtragung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume“ (Berl. klin. Wochenschr. 1886); „Zur Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebsses“ (1890); „Ueber Localbehandlung der Kehlkopftuberculose“ (Bresl. ärztl. Zeitschr. XVIII); „Lehrbuch der Kehl-



kopfkrankheiten“ (I. Aufl. 1884, II. Aufl. 1888, III. Aufl. 1889, IV. Aufl. 1893).

Bis zu seinem Lebensende zierte den zu früh von uns Geschiedenen eine seltene Schaffensfreudigkeit und gewiss würde er uns bei seiner reichen Erfahrung noch manche schöne Geistesgabe zurückgelassen haben, hätte ihn nicht so frühzeitig der Tod erreicht.

Trauernd standen an seiner Bahre sein Sohn, welcher selbst schon practischer Arzt ist, seine Tochter und deren Gatte, unser trefflicher Specialcollege Dr. Richard Kayser. Mögen diese Trost finden in dem Bewusstsein, dass der Abgang ihres geliebten Vaters von Allen betrauert wird, die ihn kannten, und ganz besonders von Denen, die, so wie wir, sein echt humanes Wesen und seine ersten wissenschaftlichen Bestrebungen kennen lernten.

Friede seiner Asche. Ehre seinem Andenken!

Jos. Gruber.

### Richtigstellung.

In No. 12 vom letzten Jahre soll es S. 396 in dem Aufsätze von Dr. Guranowski statt „Szumlaciski“ heissen „Szumlanski“.

### I N H A L T.

I. Originalien: Shirmunsky: Pilocarpin bei Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinthes. — Thost: Ueber den Infectionsmodus bei Kehlkopftuberculose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberculose mit günstigem Verlauf. — Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. — Gomperz: Zu meinem Berichte über die Sitzungen der Section Ohrenheilkunde der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — II. Referate: a) Otologische: Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. — Müller: Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Mittelohraffectionen. — Urbantschitsch: Ueber den Werth methodischer Hörübungen für Taubstumme und für Fälle von nervöser Taubheit im Allgemeinen. — b) Rhinologische: Zwaardemaker: Athembeschlag als Hilfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose. — Watson: Nasenpolypen. — Fink: Ueber maligne Transformation gutartiger Geschwülste der Highmorschöhle. — c) Pharyngo-laryngologische: Bigeard: Geschwüre am unteren Pharynxtheil bei einem mit Pyloruscarcinom behafteten Kranken. — Neumann: Antipyrin als Anästheticum des Pharynx und Larynx. — Biaggi: Lipom der Mandel. — Gauré: Syphilitischer Mandelschanker. — Macintyre: Die Musculi hyoepiglottici. — Branthomme: Eröffnung der retropharyngealen Abscesse. — Mac Gregor: Diphtherie, Masern complicirend, mit Antitoxin behandelt. — Turner: Ein Besuch in Paris, um die practische Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin-Serum kennen zu lernen. — Spicor: Morbus Baselowi. — Périgord: Angina infectiosa. — Troisier und Achatme: Ueber eine parasitäre Angina, durch einen Hefepilz hervorgerufen, klinisch mit dem Soor übereinstimmend. — Campbell: Behandlung von Krankheiten der Athmungswege mittelst grosser Einspritzungen von Medicamenten durch den Kehlkopf. — Krieg und Knaus: Drüsenepithelkrebs des Kehlkopfs. — Martin: Fremdkörpergefühl im Larynx und Pharynx durch Cocain geheilt. — † Prof. Dr. J. Gottstein. — Richtigstellung.

**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.

# 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. Beseherner (Dresden), Prof. Dr. Gaughofer (Prag), Docent Dr. Gompers (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. 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. RÜNINGER**  
o. ö. Professor  
der Anatomie a. d. Universität  
München.

**Dr. v. SCHNÖTTER**  
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 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. XXIX.

Berlin, März 1895.

No. 3.

---

### I. Originalien.

#### Mittheilungen

über den tiefen Hirnabscess bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein, nebst Bericht über einen operativ geheilten Fall von Grosshirnabscess.

Von

Dr. H. Eulenstein, Frankfurt a. M.

Wenngleich das Krankheitsbild des Gehirnsabscesses schon seit den Untersuchungen von Lebert im Jahre 1856 den Aerzten näher bekannt geworden ist, blieb es doch den letzten 8 Jahren vorbehalten, durch die Beobachtungen besonders englischer und deutscher Chirurgen, unsere Kenntniss desselben wesentlich zu fördern, und es ist vor Allen das unbestreitbare Verdienst von Bergmann's, durch seine klassische Bearbeitung dieses Gegenstandes in seinem Buche: „Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten“ die erfolgreiche Behandlung einer, ohne operativen Eingriff immer tödtlich endenden Erkrankung auch weiteren chirurgischen Kreisen zugänglich gemacht zu haben. Als man anfang, den Hirnabscess einer eingehenden Beachtung zu würdigen und die Bedeutung der Erkrankung des Ohres resp. Schläfenbeines für die Entstehung einer grossen Anzahl von Hirnabscessen, den sog. otitischen

Hirnabscessen, zu erkennen, galt es als feststehend, dass dieser otische Hirnabscess stets eine chronische Ohr- resp. Schläfenbeinerkrankung voraussetzte, so dass von Bergmann in der I. Auflage seines erwähnten Werkes sagte: „Die Diagnose hat sich an die Erfahrung von der Chronicität der vorangehenden Eiterung zu halten“. Bald jedoch wurden die Fälle von Schmiedt und Gruber bekannt, so dass von Bergmann in der II. Auflage seines Buches die Möglichkeit des Entstehens eines Hirnabscesses nach acuter Ohreiterung feststellen konnte; doch finden sich schon vor diesen Mittheilungen in der Literatur verstreut mehrere einschlägige Fälle und ist ihre Zahl nachher noch weiter gewachsen, so dass ich beim Durchsuchen der Literatur im Ganzen 18 Fälle von otischem Hirnabscess, die sich im Anschluss an acute Erkrankungen im Schläfenbein entwickelt haben, feststellen konnte; ich werde am Schlusse dieser Betrachtung einen weiteren von mir beobachteten und mit glücklichem Erfolg operirten Fall anfügen.

Ich muss vorausschicken, dass es unter Umständen schwierig ist, einzelne Fälle richtig zu rubriciren, d. h. zu entscheiden, ob dieselbe noch den acuten oder schon den subacuten oder subchronischen zuzuzählen sind; es kann da immer über den einen oder anderen Fall Meinungsverschiedenheiten geben. Ich habe nur die Fälle zusammengestellt, von denen ich annehme, dass sie zweifellos den acuten beizurechnen sind, also Fälle, die im directen Anschluss an die acute Ohr- resp. Schläfenbeinerkrankung entstanden sind, oder die doch wenigstens den Anschluss an eine, wenn auch schon abgelaufene acute Ohrerkrankung noch deutlich erkennen lassen.

Die 18 Fälle sind von folgenden Autoren beschrieben: Ein Fall von Moos (Archiv f. Augen- und Ohrenheilk., Bd. I), einer von Farwick (Arch. f. Ohrenheilk. VI, Seite 113), einer von Guerder (Annales des maladies de l'oreille etc. 1876), einer von Bezold (Arch. f. Ohrenheilk. XXI, S. 36), einer von Schmiedt (Arch. f. klin. Chir. XXXVIII, H. 4), einer von Gruber (Lehrb. d. Ohrenh. 1888, S. 456), einer von Braun (Arch. f. Ohrenh. XXIX, S. 161), einer von Picqué (Annales des mal. de l'oreille etc. 1890, No. 7), einer von Baginsky-Gluck (Berl. klin. Wochenschr. 1891, No. 48), einer von Jansen (Berl. klin. Wochenschr. 1891, No. 49), einer von Ferrier-Horsley (British med. Journ. 1888, Vol. I), einer von E. Hoffmann (Deutsche med. Wochenschrift 1890, No. 48), einer von Grubert (Petersb. med. Wochenschr. 1891, No. 5), einer von Polo (Revue de laryngologie etc. 1892, No. 2), drei von Truckenbrodt (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1892, S. 212), einer von Joël (Bericht über die dritte Versammlung der deutschen otolog. Gesellschaft in Bonn): Summa = 18 Fälle.

Die Aetiologie der acuten Erkrankung im Schläfenbein war:

- 2 Mal Masern,
- 1 Mal Angina,
- 1 Mal Typhus,
- 3 Mal Influenza,
- 1 Mal Eingiessen von Scheidewasser in's Ohr,
- 1 Mal ein Fremdkörper,
- 9 Mal war keine Ursache angegeben.

Der Sitz der Abscesse entsprach in allen Fällen der erkrankten

Schläfenbeinseite, und zwar fanden sich 6 Mal Abscesse der rechten Seite, 11 Mal der linken, 1 Mal ist die Seite nicht angegeben. Es ist diese Thatsache zunächst deshalb auffallend, weil Körner in seinem trefflichen Werke über die otitischen Erkrankungen des Hirns etc., in dem alles bisher bekannte Material statistisch bearbeitet und kritisch beleuchtet ist, für die Hirnabscesse im Allgemeinen ein auffallendes Ueberwiegen der Erkrankungen der rechten Seite feststellen konnte. Die Zahl der hier zusammengestellten Fälle ist gegenüber der grossen Zahl der otitischen Hirnabscesse im Allgemeinen zu klein, um daraus schon auf ein entgegengesetztes Verhalten der durch acute Erkrankungen des Ohres bedingten Hirnabscesse zu schliessen; wir müssen uns zunächst mit der Feststellung der Thatsache bei den bisher gemachten Beobachtungen begnügen.

Im Schläfenlappen sassen 13 Abscesse, und zwar 5 rechts und 8 links, im Kleinhirn sassen 4, und zwar 1 rechts, 3 links. (Ein Mal ist der Sitz nicht angegeben.) Wir beobachten hier, ebenso wie dies für die Gesammtheit der otitischen Hirnabscesse gilt, dass die überwiegende Mehrzahl im Schläfenlappen ihren Sitz hat.

Multiples Auftreten ist 3 Mal beobachtet, und zwar sassen ein Mal im Kleinhirn 2 Abscesse, 2 Mal im Schläfenlappen je 2 Abscesse. Es finden sich in den Mittheilungen dieser Fälle keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Pyämie bestanden hat, die Abscesse also Metastasen darstellten. Da das Auftreten multipler otitischer Hirnabscesse im Allgemeinen zu den grossen Seltenheiten gehört, wie Körner in seiner Statistik für die Gesammtheit der Abscesse gezeigt hat (unter 62 Fällen von Grosshirnabscessen nur 5 Mal, unter 32 Kleinhirnabscessen nur 4 Mal), so muss die relative Häufigkeit (3 Mal in 18 Fällen) bei den bisher beobachteten acuten Fällen auffallen.

Ueber die Grösse der Abscesse, sowie über das Vorhandensein oder Fehlen einer Balgkapsel geben die Mittheilungen keine verwertbare Auskunft.

Von den sogen. allgemeinen Symptomen des Hirnabscesses, die der Ausdruck der Schwere der Erkrankung sind, ist das Verhalten der Körpertemperatur von Wichtigkeit. Es fand sich Fieber in wechselnder Höhe in 13 Fällen, 3 Fälle verliefen fieberlos, in 2 Fällen fehlen die Temperaturangaben.

Eines der constantesten Symptome des Hirnabscesses, das durch den gesteigerten intracraniellen Druck hervorgerufen wird, der Kopfschmerz, wird in einem Falle ausdrücklich als fehlend notirt. Pulsverlangsamung ist 3 Mal, Irregularität des Pulses 1 Mal erwähnt. Stauungspapille fand sich 3 Mal. In den meisten Fällen war das Sensorium mehr oder weniger benommen.

Die für die Diagnose so werthvollen Herdsymptome finden sich bei den 13 Schläfenlappenabscessen 8 Mal. Es wurden beobachtet: Sprachstörungen (bei linksseitigen Schläfenlappenabscessen), Paresen resp. Paralysen der entgegengesetzten Extremitäten und des Facialis, Hemiopsie, Ptosis, Abducenslähmung der gleichen Seite. Ausserdem wurden beobachtet Lichtscheu, Incontinentia urinae, erhöhte Sehnenreflexe, conjugirte Deviation nach rechts (bei rechtsseitigem Schläfenlappenabscess), Hemi-anästhesie und Hyperästhesie.

Die bei den Kleinhirnabscessen beobachteten Symptome waren neben den allgemeinen (Fieber, Kopfschmerz, benommenes Sensorium) 1 Mal halbseitige Lähmung des gekreuzten Facialis, 1 Mal Nackensteifigkeit, 1 Mal Sistiren der Athmung.

Der Ausgang war in 12 Fällen der Tod (8 Schläfenlappenabscesse, 3 Kleinhirnabscesse, 1 Mal Sitz nicht notirt). Geheilt wurden 6 Fälle durch Operation, und zwar 5 Schläfenlappen- und 1 Kleinhirnabscess. Der Tod trat bei den letal verlaufenen Fällen ein am frühesten im Falle von Guerder, 7 Tage nach Beginn der Ohrerkrankung, am spätesten in dem Falle von Jansen, ca. 6 Monate nach Beginn (in diesem Falle war ein Schläfenlappenabscess rechts mit Glück operirt und erfolgte der Tod ein paar Monate danach unter Hirnerscheinungen; die Section konnte nicht gemacht werden).

Die Heilung der 6 mit Glück operirten Fälle erfolgte zwischen 8 Wochen und 6 Monaten nach Beginn der primären Erkrankung.

An Complicationen sind beobachtet: Thrombophlebitis des Sinus lateralis allein 2 Mal, Thrombophlebitis und Leptomeningitis zusammen 1 Mal, Pachymeningitis externa 3 Mal. Von diesen mit Complicationen einhergehenden Fällen sind 2 mit Pachymeningitis externa durch die Operation geheilt, 1 mit Sinusphlebitis operirter Fall ist gestorben. Ohne operirt zu sein, sind gestorben die beiden anderen mit Sinusphlebitis resp. Leptomeningitis, sowie ein mit Pachymeningitis complicirter Fall. Die Sinusphlebitis sass 2 Mal links, 1 Mal ist der Sitz nicht angegeben. In den 3 mit Sinusphlebitis einhergehenden Fällen war nur je ein Abscess vorhanden.

Der Processus mastoideus war erkrankt 12 Mal, und zwar sind als Erkrankungen angegeben Periostitis, Otitis, acute Caries, Empyem, käsige Otitis; dagegen war in 6 Fällen keine Erkrankung des Proc. mastoid. vorhanden. Von den 13 Schläfenlappenabscessen waren 8 mit Erkrankungen des Warzenfortsatzes vergesellschaftet, 5 Mal war der letztere gesund; bei den 4 Kleinhirnabscessen lag 3 Mal Erkrankung des Proc. mast. vor, 1 Mal war derselbe gesund (1 Mal ist der Sitz des Abscesses nicht angegeben).

Operirt wurden von den 18 Fällen überhaupt 14, und zwar wurden folgende Operationen vorgenommen: Operationen am Processus mastoid. allein 3 Mal, Operationen am Proc. mastoid. und Hirnabscesseröffnung 9 Mal; Hirnabscessoperation allein 2 Mal.

Bei den beiden Fällen, in denen der Hirnabscess allein operirt wurde, da der Proc. mast. gesund war, trat Heilung ein. Von den 9 sowohl am Proc. mast. als am Gehirn operirten sind 4 geheilt, 5 gestorben. Die 3 Fälle, in denen der Proc. mast. allein operirt worden war, sind gleichwie die 4 nicht operirten sämmtlich gestorben.

Das Resultat der Operationen, soweit es den Hirnabscess betrifft, war folgendes: Es wurden operirt 11 Hirnabscesse (8 im Schläfenlappen, 3 im Kleinhirn), davon sind geheilt 6 (und zwar 1 Kleinhirn- und 5 Schläfenlappenabscesse), gestorben 5 (2 Kleinhirn- und 3 Schläfenlappenabscesse). Von 8 operirten Grosshirnabscessen heilten demnach 5, von 3 operirten Kleinhirnabscessen heilte 1 (in einem der letal endenden Fälle war der Abscess bei der Operation verfehlt worden).

Die Todesursachen bei den trotz der Operation gestorbenen 5 Fällen

waren: 1 Mal Gehirnödem, 1 Mal Durchbruch in den Seitenventrikel und Meningitis, 1 Mal Hämorrhagien und Erweichungen im Kleinhirn, 2 Mal war keine Section gemacht worden.

Bezüglich des diagnostisch so wichtigen Verhaltens des Hirnpulses bei den operirten Fällen ist zu erwähnen, dass 1 Mal ausdrücklich der Hirnpuls als vorhanden, 5 Mal ausdrücklich als fehlend angeführt wird, während 5 Mal keine diesbezügliche Angabe gemacht ist. Nach den Erfahrungen beim Hirnabscess im Allgemeinen darf man wohl sagen, dass fehlender Hirnpuls auf die Anwesenheit von Eiter deutet, während vorhandene Pulsation nicht das Gegentheil beweist.

Bezüglich der Häufigkeit der Hirnabscesse in Folge acuter Ohrerkrankungen gegenüber den durch chronische Eiterung bedingten ergab eine Zusammenstellung von Grunert, dass die otitischen Hirnabscesse in 9 pCt. durch acute Ohrerkrankungen bedingt sind; in der Berliner Klinik hat Jansen auf 2650 acute Ohreiterungen nur einen Hirnabscess beobachtet.

Wenn ich schliesslich den bisher bekannten Fällen von Gehirnsabscess im Anschluss an acute Erkrankungen im Schläfenbein einen weiteren von mir mit Glück operirten Fall von Schläfenlappenabscess anfüge, so bewog mich dazu einmal der Umstand, dass jeder genauer beobachtete derartige Fall geeignet ist, unsere Kenntniss der Hirnabscesse zu erweitern, und zweitens der Umstand, dass die Krankengeschichte auch sonst manches Interessante bietet. Der Fall ist folgender:

Kaufmann D. aus G., 45 Jahre alt, hatte im December 1893 Influenza, an die sich Ohrenschmerzen und Schwerhörigkeit rechts anschlossen. Ausfluss hat nie bestanden. Seit 3 Wochen äusserst heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen auf der rechten Kopfseite, vom Proc. mast. ausgehend, sich bis in die Schläfen erstreckend; Nachts sind die Schmerzen besonders heftig; vor ein paar Tagen soll etwas Frost vorhanden gewesen sein. Patient war früher nie ohrenleidend. Hat vor Jahren Typhus abdomin. durchgemacht; war sonst gesund.

Am 5. März 1894 sah ich den Pat. zum ersten Male und notirte folgenden Befund: Das Hörvermögen des rechten Ohres wesentlich herabgesetzt. Rechtes Trommelfell glanzlos, erscheint verdickt (wie leicht gequollen); keine Vorwölbung, keine Röthung. Proc. mastoidealgegend rechts nicht geschwollen; Druckempfindlichkeit nur an der Vorderseite der Spitze. Deutliche Dämpfung des Percussionsschalles gegenüber der linken Seite. Temperatur normal. Urin ohne Eiweiss und ohne Zucker. Ogleich weder in der Pauke, noch an den Bedeckungen des Warzenfortsatzes deutliche Entzündungserscheinungen vorhanden waren, nahm ich wegen der Heftigkeit der Schmerzen, deren Localisation, der Aetiologie (Influenza) und besonders wegen der ausgesprochenen Dämpfung bei der Percussion an, dass es sich um eine Erkrankung des Warzenfortsatzes handele; bestärkt wurde ich in dieser Diagnose noch durch den Umstand, dass schon alle gebräuchlichen inneren Mittel gegen die Schmerzen ohne jeden Erfolg versucht waren. Es wurde darum dem Patienten die Trepanation des Proc. mast. vorgeschlagen, in die er sofort einwilligte. Da Patient auswärts wohnte, verzögerte sich die Sache noch um mehrere Tage und konnte erst am 12 März zur Operation geschritten werden. Assistenz: Herr Dr. Körner, Narcose: Herr Dr.

Cuno. Nach den üblichen Vorbereitungen und Anlegung des Hautschnittes 1 Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel etc. wird durch den ersten Meisselschlag in den morschen Knochen ein Granulationsherd aufgedeckt; bei weiterer Blosslegung desselben zeigt es sich, dass sich die Erkrankung bis an die Wand des Sinus transversus, bis in die äusserste Spitze, nach innen bis in's Eiter gefüllte Antrum, nach oben bis über die Höhe der Linea temporalis erstreckt; Ausräumung alles Kranken, Glättung der Knochenwundhöhle; Jodoformgazetamponade. Verband. Der weitere Verlauf bot gleich Anfangs insofern etwas Abnormes dar, als jeden Tag wieder, trotz Entfernung des sehr grossen Krankheitsherdes, sehr heftige Schmerzen auftraten, die sich in der rechten Kopfhälfte, oft bis in die Zähne ausstrahlend, localisirten. Antineuralgica ohne Einfluss; Morphium subcutan verschafft Linderung. Wundverlauf reactionslos.

24. März siedelt Patient, da die Wunde in bestem Zustand ist, nach seiner Heimath über; Schmerzen bestehen fort.

28. März. Wunde sehr verkleinert; Drain eingelegt.

3. April. Wunde sehr klein geworden; Schmerzen kommen immer wieder; in der schmerzfreien Zeit volles Wohlbefinden. Temp. stets normal.

7. April. In der Nacht, nach einer stärkeren Morphiumeinspritzung, oft erbrochen. Kein Fieber. Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, besonders in der Gegend der Coronarnaht; diese Stelle ist bei Percussion empfindlich. Pupillen reagiren. Keine Lähmungserscheinungen, keine Krämpfe. Anhaltender Singultus. Sensorium völlig frei.

10. April. Der Singultus dauert ununterbrochen fort. Temp. normal. Grosse Unruhe. Sensorium ganz frei. Der linke Arm soll etwas schwächer sein als bisher, desgleichen das linke Bein (Bericht der Frau). Am 11. April sah ich den Pat. in seiner Heimath und konnte folgenden Befund feststellen: Anhaltender Singultus, der den Pat. nicht schlafen lässt; kein Erbrechen, kein Fieber; Sensorium völlig frei; zeitweise starke Kopfschmerzen rechts; Appetit und Verdauung gut. Pupillen reagiren prompt. Keine Oculomotoriuslähmung. Bei nicht forcirtem Lidschluss bleibt die Lidspalte etwas geöffnet; am Gesichtsfacialis keine Lähmungserscheinungen. Linker Arm deutlich schwächer sowohl bei Bewegungen, als beim Druckversuch; das linke Bein wird beim Gehen etwas nachgeschleift. Sensibilität erhalten. Seit 8 Tagen ist eine deutliche Herabsetzung des Hörvermögens links sowohl von der Umgebung, als von mir selbst bemerkt worden. Puls 64. 13. April. Singultus (nach einer durch Chloroforminalationen bewirkten 4stündigen Unterbrechung) wieder andauernd. Die linken Extremitäten sind auffallend kühler, als rechts. Tastsinn der linken Hand und des linken Fusses, sowie Temperatursinn etwas herabgesetzt. Keine Stauungspapille.

Am 15. April wird Pat. zur Beobachtung hierher transportirt. Von jetzt ab beobachtete Herr Dr. Körner den Patienten gemeinsam mit mir. Der Singultus ist verschwunden. Keine Ueblichkeit oder Erbrechen. Sensorium völlig frei. Die Extremitäten links deutlich schwächer und auffallend kühler. Am Hals und Gesicht kein Temperaturunterschied. Sensibilität am linken Arm etwas herabgesetzt. Patellar- und Fusssohlen-

reflexe beiderseits normal. Die linke Nasolabialfalte etwas verstrichen; das linke obere Augenlid wird nicht ganz geschlossen. Keine Hemipople.

16. April. Temp. 36,0. Sonst Stat. idem.

18. April. Sensorium frei; Schmerzen treten zeitweise heftiger auf. Sonst unverändert.

20. April. Paresen der linken Extremitäten etwas stärker.

21. April. Vorübergehend Singultus; Mittags 4 Mal erbrochen (hat 2 Ctrmm. Morphium bekommen). Sensorium ungetrückt, doch ist eine stark ausgeprägte Apathie vorhanden, die bis zum Abend anhält und durch laute Schmerzensäusserungen unterbrochen wird. Gesichtsfacialis etwas mehr paretisch.

22. April. Apathie gewichen. Sensorium frei. Temp. normal. Paresen unverändert. Schmerzen bestehen fort. Der allmählich sich entwickelnde Symptomencomplex bei Vorhandensein einer ausgedehnten Schläfenbeinerkrankung liess wohl keine andere Deutung zu, als dass es sich um einen Abscess des Grosshirns, und zwar im Schläfenlappen handele, und wurde darum, trotz fehlender Sensoriumstörungen, die Operation beschlossen und am gleichen Tage noch ausgeführt.

Assistenz: Dr. Körner, Narcose: Dr. Cuno.

Nach den erforderlichen Vorbereitungen wird zunächst die noch bestehende Fistel im untersten Theil des Proc. mast. mit scharfem Löffel ausgeräumt, wobei rauher Knochen nicht mehr gefunden wird. Dann Incision in den bereits vernarbten oberen Theil der ersten Operationswunde und Verlängerung des Schnittes nach oben, ca. 4 Ctm. über die Linea temporalis; Zurückschieben des Periosts resp. Narbengewebes, bis der obere Knochenrand der ersten Operationsöffnung freigelegt wird; Abmeisseln des Knochens oberhalb desselben, wobei noch einige hochgelegene kranke Knochenzellen eröffnet werden. Ich wollte nun durch Meisseln parallel dem Boden der m. Schädelgrube die letztere eröffnen, kam aber, da der Knochen wahrhaft glashart war, so langsam voran, dass ich lieber den Hautschnitt noch um 1 Ctm. nach oben erweiterte, das Periost zurückschob und die Schuppe schalenförmig durchmeisselte bis auf die Dura; zwischen dem ersten Operationskanal und der Oeffnung der Schuppe steht eine nahezu 1 Ctm. breite Knochenbrücke; Erweiterung der Knochenöffnung über der Dura mit Meissel und schneidender Zange, schliesslich Abtragen der erwähnten Knochenbrücke; die Dura liegt nun in der Ausdehnung von ca. 4 Ctm. von oben nach unten und von gut 2 Ctm. von vorne nach hinten frei. Dieselbe ist von normaler Farbe, zeigt aber keine Pulsation. Spaltung der Dura von vorne nach hinten zwischen zwei Gefässen; die von den weichen Häuten bedeckte, etwas bläulich gefärbte Hirnsubstanz wölbt sich stark in die Durawunde vor, sie pulsirt nicht. Mit schmaltem Scalpell stach ich nun in der Richtung nach innen und vorne 2 Ctm. tief langsam ein, als neben dem Messer eine Menge citronengelben, nicht riechenden Eiters hervorquoll; sobald der erste Eiter entleert war, war deutliche Pulsation zu bemerken, unter der sich stossweise, nach Erweiterung der Hirnwunde mit kleiner Kornzange, ca. 60 Cbctm. Eiter entleerten. Beim vorsichtigen Eingehen mit dem kleinen Finger bekommt man den Eindruck, als sei die Abscesshöhle an ziemlich tiefer Stelle eröffnet. Durch seitliche Lagerung wird noch etwas Eiter unter lebhafter Pulsation entleert. Die Abscesshöhle



wird ganz locker mit Gaze tamponirt und antiseptischer Verband angelegt. Puls nach der Operation 72. Athmung und Puls waren während der Narcose, abgesehen von kleinen, nicht aussergewöhnlichen Schwankungen, gut. Pat. erwacht gleich nach Anlegung des Verbandes und giebt klare Antworten.

23. April. Temp. 37,2—37,0. Puls 80. Sensorium frei. Paresen der linken Extremitäten bestehen fort; linker Facialis nahezu normal. Sehr heftige Kopfschmerzen. Verbandwechsel. Tampon entfernt; vorsichtige Ausspülung mit  $\frac{1}{2}$  promill. Sublimat fördert nur sehr wenig Eiter zu Tage. Kein Tampon mehr, nur dünner Jodoformgazestreifen in die Hirnwunde eingelegt. Sofort nach der Entfernung des Tampons können linker Arm und Bein gut bewegt werden; beim ersten Versuch, den Arm zu erheben, wird derselbe förmlich in die Höhe geschnell, da offenbar der bisher nöthige Impuls jetzt nach Wiederherstellung der Leitung zu stark für die beabsichtigte Bewegung war; die Schmerzen haben aufgehört.

24. April. Temp. 36,4. Puls 80. Pat. ist sehr vergnügt. Linker Facialis functionirt gut, doch ist die linke Nasolabialfalte noch etwas verstrichen. Das Gehör links ist merklich besser geworden.

26. April. Mittags Kopfschmerzen rechts in der Gegend der Wunde. Temp. 37,2. Puls 80. Verbandwechsel. Mässige Secretion. Die Sonde dringt kaum mehr 1 Ctm. tief in die Hirnwunde ein; wieder kleiner Jodoformgazestreifen in die Hirnwunde gelegt. Verband.

27.—30. April. Abgesehen von zeitweise auftretenden Kopfschmerzen Befinden gut.

1. Mai. Mehr Kopfschmerzen. Temp. und Puls gut. Linke Hand und Arm wieder deutlich kühler, als rechts; keine paretischen Erscheinungen. Verbandwechsel. Wunde gut; die Sonde stösst in der Tiefe von nicht ganz 1 Ctm. auf weichen Widerstand, bei Bewegungen der Sonde nach verschiedenen Richtungen kommt kein Eiter aus der Tiefe.

2. Mai. Linke Hand paretisch, Bein nicht. Facialis gut. Temp. normal. Kopfschmerzen.

3. Mai Anhaltende heftige Kopfschmerzen. Linke Hand mehr paretisch, linkes Bein weniger. Urin ist einmal unwillkürlich abgegangen. Temp. normal. Gehör links wieder schlechter.

4. Mai. Pat. liegt apathisch da, doch giebt er auf lautes Anrufen klare Antworten. Linke Hand gelähmt; das Bein kann etwas bewegt werden. Da sich offenbar die Hirnwunde zu bald geschlossen hatte, konnte sich wieder Eiter in der Abscesshöhle ansammeln und die Lähmungserscheinungen etc. wieder hervorrufen. Ich musste darum dem Eiter nochmals Abfluss verschaffen. In Narcose entfernte ich (Morgens 8 Uhr) nach Zurückschieben der Haut-Wundränder Granulationen, die auf der Dura aufsassen; dieselbe erschien im Umkreis von 0,5 Ctm. um die alte Wunde stark verdickt; die Granulationen täuschten Hirnpuls vor, nach ihrer Entfernung verschwindet die vorher deutlich sichtbare Pulsation. Ich erweiterte nun die Knochenwunde mit der Zange, bis nicht verdickte Dura zu Tage lag; danach spaltete ich die durch Granulationen verklebte Dura und erweiterte den Schnitt nach hinten ca. 2,5 Ctm. Die verdickten Duraränder wurden mit der Scheere abgetragen; Hirnsubstanz wölbt sich vor; beim Eingehen mit dem Messer stiess ich

in der Tiefe von  $\frac{1}{2}$  Ctm. auf einen geringen Widerstand, bei weiterem Eindringen entleerte sich dann unter Pulsation stromweise Eiter. Beim öfter wiederholten Eingehen mit der Kornzange nach verschiedenen Richtungen strömt immer neuer Eiter hervor, im Ganzen ungefähr 120 Cbcm.; die Sonde dringt nach innen und vorne (von der Hautwunde aus gemessen) 6—7 Ctm. tief ein. Es handelt sich offenbar um einen buchtenreichen Abscess. Vorsichtiges Ausspülen mit warmer,  $\frac{1}{2}$  promill. Sublimatlösung, wodurch noch Eiter entleert wird; da aus dem hinteren Theil der Abscesshöhle ziemlich starke Blutung kommt, wird die hintere Bucht nicht zu fest mit Jodoformgaze austamponirt; nach innen und vorne zu wird ein federhalterdickes Drainrohr, mit Jodoformgaze umwickelt, eingelegt. Verband. Athmung und Puls zeigten während der Operation keine beachtenswerthen Veränderungen.

Mittags  $1\frac{1}{4}$  Uhr: Pat. liegt ruhig athmend, etwas somnolent da, doch erkennt er auf lautes Anrufen die Umgebung und giebt klare Antworten; klagt auf Befragen über Kopfschmerzen. Paresen der linken Extremitäten noch vorhanden. Abends: Kopfschmerzen halten an; Paresen der Extremitäten bestehen fort. Sensorium intact, doch ist Pat. etwas apathisch. Temp. 36,6, Puls 92.

5. Mai Morgens: Kopfschmerzen noch vorhanden. Paresen geringer; Sensorium frei. Temp. 36,6, Puls 80. Pat. hat Appetit. Verbandwechsel: Jodoformgazestreifen aus der Abscesshöhle entfernt, desgleichen Drain; Ausspülung mit 1 promill. Sublimat fördert noch Eiter zu Tage. Einlegen eines etwas dickeren Drains. Kein Tampon mehr. Abends: Linke Hand etwas kräftiger, Bein wird gut bewegt; mässige Kopfschmerzen. Temp. 37,4, Puls 88. Rechter Bulbus erscheint etwas vorgetrieben. Keine Augenmuskellähmung, keine Hemipie. Sensorium frei.

6. Mai. Pat. hat etwas geschlafen; noch zeitweise Kopfschmerzen. Temp. 36,3—37,3, Puls 88. Linke Hand wird gut bewegt, drückt kräftig. Rechter Bulbus nicht mehr prominent.

Abends: Etwas Eiter durch den Verband gedrungen. Verbandwechsel. Nach Entfernung des Drains legt sich in den Fistelgang zwischen Durawunde und Abscesshöhle eine Granulation, die mit der Pincette entfernt wird. Beim Auseinanderziehen der Wunde mit kleiner Kornzange quillt unter Pulsation reichlich Eiter von innen und unten hervor; Ausspülung mit  $\frac{1}{2}$  promill. Sublimat fördert mehrere zusammengeballte Eiterklumpen (Gewebsfetzen?) zu Tage. Drainage. Verband.

7. Mai. Patient hat mehrere Stunden geschlafen; Kopfschmerzen viel geringer. Temp. 36,4, Puls 80. Abends wieder Verbandwechsel und Ausspülung, die keinen Eiter mehr herausbefördert. Pat. ist sehr mobil, hat Appetit, keine Kopfschmerzen. Drainage. Verband.

8.—22. Mai keine Ausspülungen mehr; Drain nach und nach gekürzt. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Am 10. Mai steht Pat. zum ersten Mal auf. Am 24. Mai wird der Drain fortgelassen.

28. Mai. Gehirnfistel geschlossen.

31. Mai. Pat. geht in seine Heimath.

Ende Juni ist auch die Knochenwundhöhle ausgefüllt.

Pat. ist jetzt, Ende August, wieder, wie vorher, ohne jede Störung in seinem Berufe thätig.

Der vorliegende Fall bietet schon bezüglich der Diagnose manches Interessante. Es hatte sich dabei die Percussion des Proc. mast. als ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel erwiesen, da bei der fehlenden Ohreiterung, bei der Intactheit der Bedeckungen des Proc. mast. nur aus der Aetiologie, dem Sitze der Schmerzen im Zusammenhalt mit dem Percussionsresultat die Diagnose auf Erkrankung des Warzenfortsatzes gestellt werden konnte. Und trotzdem die Operation zu einer Zeit gemacht wurde, wo die noch allgemein zur Indicationsstellung der operativen Eröffnung als nothwendig erachteten Symptome mangelten, hat sich doch die äusserst schwere Complication entwickeln können; so zeigt dieser Fall einerseits, wie berechtigt bei den im Anschluss an Influenza auftretenden Knochenerkrankungen im Warzenfortsatz ein frühzeitiger operativer Eingriff ist, was ich während der letzten Influenza-Epidemie überhaupt häufig erfahren habe, andererseits weist er darauf hin, dass die noch allgemein geltenden Indicationsstellungen zur Eröffnung des Proc. mast. bei acuten Erkrankungen desselben dem practischen Bedürfnisse nicht genügen, wie ich dies auch schon in meinem Aufsätze: „Die diagnostische Verwerthbarkeit der Percussion des Warzenfortsatzes“ (diese Monatsschrift No. 2, 1894) an einer Reihe von einschlägigen Fällen gezeigt habe.

Bezüglich der Symptome, die unser Fall darbietet, ist darauf aufmerksam zu machen, dass zu keiner Zeit der sonst fast ausnahmslos vorhandene Zustand der Somnolenz und Bewusstseinsstörung vorhanden war. Von Interesse ist weiter der völlig fieberlose Verlauf. Ein meines Wissens bisher nicht beobachtetes Früh-Symptom war der 8 Tage lang währende Singultus, für den mir eine Erklärung bislang fehlt; auch auf die augenfällige Herabsetzung der Körpertemperatur auf der dem Abscess entgegengesetzten Körperhälfte ist nur vereinzelt aufmerksam gemacht worden. Ferner ist die Herabsetzung des Gehörs der entgegengesetzten Seite ein selten beobachtetes Symptom, obgleich man es öfter erwarten sollte, da im Schläfenlappen das Centrum des Gehörs für das gekreuzte Ohr liegt.

Bei der Nachbehandlung hat es sich gezeigt, wie nachtheilig unter Umständen eine, wenn auch noch so lockere Tamponade wirken kann, indem der Tampon offenbar den Druck des entfernten Eiters ersetzte, und doch sind wir, sobald eine etwas stärkere Blutung auftritt, geradezu gezwungen, zur Tamponade zu schreiten.

Wie vorsichtig man mit der Beurtheilung des Endresultates sein muss, lehrt unter anderen recht eindringlich der Jansen'sche Fall, doch halte ich mich jetzt (über 10 Monate nach der Operation) für berechtigt, meinen Fall als geheilt zu bezeichnen.

### Nachtrag bei der Correctur.

Nach Einsendung dieser Arbeit (Ende August 1894) wurde noch ein hierhergehöriger Fall von Schubert auf der Naturforscherversammlung in Wien (September 1894) mitgetheilt, der natürlich in die obige Statistik nicht mehr eingefügt werden konnte.

## Rhino-laryngologische Mittheilungen.

Von

Dr. A. Onodi,

Universitätsdocent für Rhinologie und Laryngologie zu Budapest.

### I. Fibrosarcom am Zungenrunde.<sup>1)</sup>

Die Neubildungen am Zungenrunde kommen im Allgemeinen nicht häufig vor. Noch am häufigsten begegnen wir der Hyperplasie der Drüsen, den polypoiden Wucherungen am Zungenrunde. Viel seltener kommen cystöse Geschwülste vor, und zwar in der Form von Retentionscysten oder von den Kiemenbogen ausgehende Embryonalcysten. Sehr selten ist das Papillom zu finden. Ebenfalls sind selten die reinen und gemischten Formen der Fibrome. Adenome sind selten beobachtet worden, Chondrom nur in einem Falle. Sehr selten kommen die dermoiden Gebilde vor, und äusserst selten das primäre Carcinom. Aus den literarischen Angaben erhellt die Thatsache, dass die Neubildungen am Zungenrunde im Allgemeinen seltene Erscheinungen sind. Unser Fall ist folgender:

P., ein 17jähriges Mädchen, giebt an, dass sie vor 7 Monaten das Auftreten einer kleinen bohnengrossen Geschwulst am Zungenrunde beobachtete, welche nicht die geringsten Beschwerden verursachte. Im letzten Monate sind Schlingbeschwerden aufgetreten, festere und grössere Bissen konnte sie schon schwerer schlucken.

Die Geschwulst, von der Form einer grossen Haselnuss, ist scharf umschrieben, an der linken Seite des Zungenrundes gelegen, vorne von der normalen Schleimhaut bedeckt, rückwärts ist sie weisslich durchscheinend, bei Betastung etwas fest, elastisch. Bei der Beurtheilung der Geschwulst — da P. vollkommen gesund, Virgo war — konnte man, der Entwicklung und dem Auftreten entsprechend, nur an zwei Formen, an eine Cyste oder an ein Fibrom denken.

Um dies zu beweisen, schnitt ich etwa 1 Ctm. tief in die Geschwulst ein; es entleerte sich aus derselben auch kein Tropfen Flüssigkeit und nur ein wenig Blut kam zum Vorschein; die Consistenz derselben änderte sich nicht. Es war demzufolge ersichtlich, dass wir es hier mit einem fibroiden Neugebilde zu thun haben. Zum Zwecke der histologischen Untersuchung schnitt ich aus der Geschwulst ein 1 Ctm. breites und 2 Min. dickes Stück heraus. Die histologische Untersuchung war Herr Universitäts-Assistent Dr. Münnich so freundlich vorzunehmen, der auf Grund derselben das Gewebe für ein Fibrosarcom erklärte; Herr Prof. Scheuthauer bestätigte nach Ansicht der Präparate diese Diagnose ebenfalls. Auf Grund der Untersuchung bestand die Geschwulst zum grossen Theil aus einem Gemenge von erbsenförmigen Gewebszellen und einer ansehnlichen Menge Gewebsfasern, von welchen die ersteren sich zum Theile in Gruppen ordneten, die durch einzelne in Bündel geordnete Zellenbalken mit einander zusammenhingen, zum Theile lagen sie zerstreut zwischen den Gewebsfasern.

<sup>1)</sup> Patient und microscopisches Präparat in der kön. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest demonstrirt worden.

Die Kranke willigte in die Totalexstirpation nicht ein und ging auf einige Wochen auf's Land. Als ich nach deren Rückkehr die Geschwulst wieder zu sehen Gelegenheit hatte, konnte ich eine Veränderung nur nach der Richtung hin constatiren, dass an Stelle des entfernten Stückchens die Geschwulst eine Einziehung zeigte, und dass dieselbe in Folge dessen etwas kleiner respective flacher erschien.

## II. Lipom der Tonsille.<sup>2)</sup>

Wie bekannt, ist die Tonsille häufiger der Sitz malignöser Neoplasmen und die gutartigen Neubildungen gehören im Allgemeinen zu den selteneren Erscheinungen. An den Tonsillen sind Polypen, Fibrome, Papillome, Cysten und Angiome beobachtet worden. Meines Wissens ist in der Literatur ein Lipom der Tonsille bisher nicht beschrieben worden. Unser Bericht bezieht sich auf ein kleines Kind, dessen Mutter vor einem Jahre die Beobachtung machte, dass sich an der linken Tonsille eine kleine Geschwulst entwickelt hatte, welche seither zwei Mal so gross wurde. Die 1 Ctm lange,  $\frac{1}{2}$  Ctm. breite, blassgelbe Geschwulst sass auf einem Stiel mit der Tonsille verbunden. Ich habe sie mit einer kalten Schlinge entfernt. Die polypförmige Geschwulst wurde von Herrn Dr. Carl Münnich, Assistent des pathologischen Instituts, microscopisch untersucht. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die ganze Masse der Neubildung aus Fett besteht, dass es sich um ein Lipom handelt.

## III. Fall von Argyria.

Die Fälle von Argyrosis sind im Allgemeinen nicht so häufig, und in den bekannten Fällen hat man es zumeist mit einer chronischen Form zu thun. Vor Jahren hatte ich Gelegenheit, einen Kranken einige Tage vor seinem Tode mit allgemeiner Argyrosis und Kehlkopfkrebs zu beobachten, und mit der necroscopischen und microscopischen Untersuchung zu veröffentlichen.<sup>3)</sup> In diesem Falle ist die Argyria nach Inhalationen 10proc. Lapislösung im Laufe von 3 Jahren eingetreten, und zwar in einem so grossen Maasse, dass selbst die Choroidealgeflechte in den Gehirnhöhlen ganz schwarz wurden. Ich veröffentliche diesen Fall der seltenen Erscheinung wegen und der eigenthümlichen, curiosen Art seiner Entstehung.

Patient J. Zs., 62 Jahre alt, Beamter, giebt an, dass er Syphilis gehabt hätte und sie noch habe. Nach seiner Angabe hatte er vor 16 Jahren eine Schmiercur durchgemacht und nachher 6 Jahre Jodkali genommen.

Vor 10 Jahren wurde sein Rachen von einem Arzt mit Lapis in substantia touchirt. Von dieser Zeit an hat er jeden dritten Tag, volle drei Jahre, seinen Rachen mit einem Lapisstift selbst berührt, und nachher 6 Jahre hindurch jeden zweiten resp. dritten Tag seinen Rachen mit einer starken Lapislösung gepinselt. Die Flüssigkeit bereitete er nach seiner Angabe folgendermaassen: er nahm 20 Grmm destillirtes Wasser und gab dazu 3 Stück Lapisstifte, jeden von der Länge des

<sup>2)</sup> Patient und microscopisches Präparat in der kön. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest demonstrirt worden.

<sup>3)</sup> Monatsschrift für Ohren-, Kehlkopf-, Nasenkrankheiten etc.

Zeigefingers. Seit 4—5 Jahren hatte er wahrgenommen, dass sein Gesicht, besonders seine Stirn, eine graue Farbe bekam. Die Argyria des Gesichts, der Stirn ist ausgesprochen, die Lippen sind grau, das Zahnfleisch ist in seiner ganzen Ausbreitung grau, entsprechend der Zahnwurzel zieht sich ein schwarzer Streifen hinweg, die untere Fläche der Zunge ist grau, die Schleimhaut des harten Gaumens, ebenso des weichen Gaumens sind graulich, und die hintere Pharynxwand ist stark grau. Die Schleimhaut des Kehlkopfes ist nicht gefärbt.

Der Patient, in dem Glauben, dass er Syphilis habe und Veränderungen im Rachen, benutzte seine eigenthümliche Behandlungsweise bis zur Stunde seiner Aufnahme in die Klinik, wo die Untersuchung nichts eruiren konnte. Hoffentlich wird der Patient, der nach einigen Tagen die Klinik verliess, seine eigene Behandlung einstellen, was er übrigens auch versprach.

#### IV. Sarcom der Nasenhöhle.

Unter diesem Titel beschreibe ich den Fall eines circa 50jährigen Kranken, da derselbe erst zu einer Zeit in meine Behandlung kam, als die Nasenhöhle schon gut- und bösartige Neubildungen enthielt. Ich bekam Patienten im September 1888 zum ersten Male zu Gesicht. Nachdem er einige Monate vorher auf der Klinik des Prof. Schrötter in Wien behandelt wurde, liess ich mir von einem der Assistenten die Krankengeschichte einsenden. Die klinische Diagnose lautete auf gutartige Nasenpolypen; beide Nasenhöhlen waren mit zahlreichen Neubildungen erfüllt, welche mittelst Schlinge und nachfolgender Cauterisation entfernt wurden, worauf sich die freie Nasenathmung wieder einstellte; so konnte Patient wieder entlassen werden. Als er mich aufsuchte, war die linke Nasenhöhle vollkommen frei, während sich in der rechten wieder Neubildungen zeigten. Von diesen wichen einige in ihrer äusseren Erscheinung von etwas derberen gewöhnlichen Polypen durchaus nicht ab, während sich an der mittleren Muschel verdächtige bösartige Gebilde zeigten, deren Entfernung in der Regel von starken Blutungen gefolgt war. Die histologische Untersuchung der weisslich-grauen, oder -braunen, bröckeligen Neubildungen bestätigte die Diagnose, indem sie sich als Rundzellensarcome erwiesen. Ich befreite die rechte Nasenhöhle von den gemischten Polypen und berührte die verdächtigen Stellen mit dem Thermocauter.

Der Kranke fühlte sich hierauf zehn Monate hindurch vollkommen wohl, wie er mir, als er sich im Juni 1889 wieder vorstellte, versichern konnte. Auch fand sich bei dieser Gelegenheit keine Spur von Recidive. Im Mai 1890 suchte mich Patient neuerdings auf, da sich sein Leiden wieder erneuerte: nun war die rechte Nasenhälfte ausschliesslich mit sarcomatösen Wucherungen erfüllt, die linke war vollkommen frei. Zuletzt sah ich den Kranken im September 1890 im eben beschriebenen Zustande. Die ausgerotteten Gebilde sandte ich meinem Freunde Paul Heymann in Berlin ein, der gelegentlich der histologischen Untersuchung zu einem ähnlichen Resultate gelangte.

Nach kurzer Zeit meldete sich der Kranke wieder und ich empfahl ihm die Totalexstirpation durch die zu eröffnende Nasenhöhle, worin der Kranke auch einwilligte und zu diesem Zwecke sich im Sanatorium des

Dr. Herzogel aufnehmen liess. Im März dieses Jahres wurde von Dr. Herzogel die Totalexstirpation mit bestem Erfolge ausgeführt. Durch Abhebung des Nasenflügels und Nasenbeines wurde die rechte Nasenhöhle freigelegt. Nach Entfernung der, die ganze Nasenhöhle ausfüllenden sarcomatösen Geschwulst wurden noch die verdächtigen Partien der Schleimhaut und sämtliche Muscheln entfernt. Da zeigte es sich, dass in den Nebenhöhlen ein Empyem sich gebildet hatte, und es wurden daher die Stirnhöhle, die Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle, welche gleichzeitig sondirt wurden, eröffnet und gründlich gereinigt. Die Highmorshöhle blieb, wahrscheinlich durch Verwachsung ihres Ausführungscanals, verschont; die vorgenommene Punction derselben zeigte keine Spur von Eiter. Die mit grosser Umsicht ausgeführte Operation war von bestem Erfolge begleitet, so dass der Kranke nach einigen Wochen die Anstalt verlassen konnte. Nachdem sich der Kranke einen vollen Monat gut gefühlt hatte, bekam er ein Erysipel, in Folge dessen heftige Nasenblutungen aufgetreten sind. Ich habe den Kranken im zweiten Monate nach Verlassen der Anstalt wiedergesehen, nachdem in der Nasenhöhle ein Recidiv des Sarcoms aufgetreten war, in Folge dessen, wie ich später erfahren habe, auch der lothale Ausgang eingetreten ist.

Ich habe jetzt die ganze Krankengeschichte dieses Falles mit Ergänzungen des seitdem Geschehenen wiedergegeben. Von Interesse ist die Thatsache, dass zu Beginn in beiden Nasenhöhlen sich nur gutartige Polypen zeigten, nach der ersten Entfernung derselben zeigte sich indessen in der rechten Nasenhöhle bereits eine Mischgeschwulst, während die späteren Recidiven bereits das reine Bild der sarcomatösen Geschwülste zeigten. Ueberdies bildeten sich in den erwähnten Nebenhöhlen Empyeme, die jedoch erst nach Entfernung der Hauptgeschwulst entdeckt werden konnten. Diese Art des Auftretens eines bösartigen Sarcoms gehört gewiss zu den seltener sich ergebenden Fällen.

#### V. Eine Recurrenslähmung durch ein Aneurysma am Halse.

Ich will in Kürze die Krankengeschichte mittheilen, welche in mehrerer Beziehung das Interesse erweckt.

Pat. J. Sz., 47jährige Arbeiterin, hat vor einem Jahre wahrgenommen, dass sich rechts in der unteren Halspartie eine haselnuss grosse Geschwulst bildet, welche ihr Schmerz verursacht. Diese Geschwulst hat sich dann noch oben und zur Medianlinie weiter entwickelt, so dass dieselbe schon nach 5 Monaten ihre jetzige Grösse erreicht hat. Seit vier Wochen fühlt sie Pulsiren im rechten Auge, manchmal Schmerzen, ohne Störungen im Sehen.

Bei der Aufnahme am 3. Mai 1893 war die rechte Pupille ständig klein, Spiegeluntersuchung negativ, das Sehen ungestört. Die Stimme rauh, heiser. Die laryngoscopischen Untersuchungen zeigen das rechte Stimmband unbeweglich, von der Cadaverstellung näher zur Medianlinie gerückt mit ausgesprochener Concavität ihres medialen Randes, bei der Inspiration und bei der Phonation bewegt sich nur das linke Stimmband. Bei der Phonation bleibt die Stimmritze durch den concaven Rand des rechten Stimmbandes offen. Am Halse rechts und unten ist eine eigrosse pulsirende Geschwulst zu sehen, dessen Basis an der Clavicula liegt, nach oben zwischen der Medianlinie und dem Sternocleidomastoideus bis

zum Kehlkopfe reicht, scharf umschrieben, mit dem Herzstosse synchronisch pulsirend.

Pat. ist am 8. Juni 1893 gestorben und die Necroscopic hat ein Aneurysma ergeben, welches im Winkel zwischen der rechten Art. subclavia und der rechten Carotis communis entstanden und zwischen beiden grossen Gefässen sich weiter entwickelt hat, einen starken Druck ausübend auf die grossen Nervenstämme, wie auch auf den rechten Recurreus. Die Diagnose lautet: Aneurysma sacciforme magnitudine ovum gallinaceum aequans ad angulum ortus arteriarum subclaviae et Carotidis communis dextrae plexum brachialem, dextr. comprimens in vena jugulari interna et subclavia thrombum efficiens inde oedema extremitatis super. dextr. etc.

Nach meiner Methode habe ich beiderseits die einzelnen Nerven herauspräparirt und mittelst Osmiumsäure vom Assistenten des physiolog. Institutes Herrn Dr. Landauer untersuchen lassen. Die Untersuchung ergab linkerseits vollkommenes Intactsein der Nerven, während rechterseits die vollständige Degeneration der einzelnen Nerven, d. h. des Posticus-, des Transversus-, des Lateralis- und Thyreoarytaenoideus-Nerven. Macroscopisch auffallend war die Differenz der Muskeln, rechts flach und gelb, links normales Aussehen.

Sehr interessant ist das seltene Vorkommen der beschriebenen Aneurysma und die durch dasselbe verursachte Compressionserscheinung. Das laryng. Bild ist insofern interessant, da bei der vollständigen Degeneration der Nerven im Leben das gelähmte Stimmband der Mittellinie zu gerückt war und eine Concavität zeigte, dementsprechend die Stimme rau und heiser war. Zwei Muskeln, die das Stimmband und die bezeichnete Lage halten konnten, sind der M. cricothyreoideus und der transversus. Die Annahme der permanenten Contraction der M. cricothyreoideus muss wegfallen wegen der Concavität des Stimmbandes, welche bei einem v. Cricothy. ausgespannten Stimmbande nicht entstehen könnte. Es sind die Fasern im verschiedenem Verlauf, die in's Innervationsgebiete der gesunden linken Seite gehören, dessen Contraction das gelähmte Stimmband näherte und die Concavität erzeugte.

#### VI. Die isolirte Paralyse des linken Musc. cricoarytaenoideus lateralis nach Influenza.

Die isolirte Paralyse des Musc. cricoarytaenoideus lateralis bildet nicht häufig den Gegenstand der Beobachtung. Unser Fall wird ausserdem noch interessant durch den Umstand, dass sich die Paralyse als Folge einer sehr vehement auftretenden und sich auf den Respirationstract beziehenden Influenza entwickelt hat. Die 30jährige Frau ist während einer starken Influenzaepidemie schwer erkrankt. Neben dem grossen Catarrh der Luftwege und dem begleitenden grossen Fieber sind schon in den ersten Tagen der Erkrankung Schlingbeschwerden und Athembeschwerden aufgetreten, welche sich nachher so drohend vergrösserten, dass der behandelnde Arzt mich zum Consilium rufen liess. Die laryngoscopische Untersuchung hat die objectiven Ursachen der Schling- und Athembeschwerden sofort constatirt. Der Kehlkopfeingang sowie die Stimmritze zeigten eine starke Verengerung in Folge der starken Schwellung der Weichtheile des Kehlkopfes. Die Epiglottis, die beiden



Aryknorpel zeigten eine starke Schwellung, die Schwellung der falschen Stimmbänder war so beträchtlich, dass sie die wahren Stimmbänder bedeckten. Die Schleimhaut des Kehlkopfes war diffus stark geröthet, ebenso der sichtbare Theil der Trachealschleimhaut. Die entsprechende Behandlung wurde eingeleitet und schon nach einigen Tagen liessen die vehementen Symptome nach, mit dem Sinken des Fiebers haben sich auch die Schlingbeschwerden verringert, und das Athmen ist auch leichter geworden. In den folgenden Wochen hat sich der Husten allmählig reducirt und die Schlingbeschwerden sind völlig geschwunden, nur eine Störung in der Stimmbildung ist zurückgeblieben. Als die Patientin ganz genesen war, hat sie mich vom Lande besucht und wegen ihrer noch anhaltenden Heiserkeit consultirt. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte den Kehlkopf in normalem Zustande, constatirte aber gleichzeitig als Grund der Heiserkeit das ausgesprochenste klinische Krankheitsbild der isolirten Lähmung des linken *Musc. cricoarytaenoideus lateralis*. Die Lähmung dauerte Monate lang; während dieser Zeit wurde der Kehlkopf öfters *percutan electricisirt*, bis endlich die Heiserkeit und die Lähmung im Laufe des Sommers vollständig aufhörten.

## Acute Entzündung der Ductus Riviniani und der Glandulae sublinguales.

Von

Dr. H. Naegeli-Åkerblom,

gew. Assistent der laryngo-otologischen Klinik in Bern.

Es ist wohl selten über eine Krankheit soviel geschrieben worden, selten wurden soviel Theorien über eine solche aufgestellt, wie dies für die Ranula der Fall ist. Nach Pauli († 1868) sollte die Ranula eine Speichelgeschwulst sein, und unterschied derselbe zwei Formen: die *Ptyaloectasie*, d. h. Erweiterung des Wharton'schen Ganges, und die *Ptyaloccele*, d. h. Extravasatgeschwulst, bei der nach Ruptur des Ganges der Speichel in's Zellgewebe austritt und sich hier in einer cystenartigen Höhle ansammelt.

Nach Neumann, der einen Fall näher untersuchte und hierbei Flimmerepithel fand, entsteht die Ranula aus den Bochdalek'schen Drüenschläuchen der Zunge durch Retention. Nach v. Recklinghausen (*Virchow's Archiv*, 84. Bd., Literatur bis 81) ist die Ranula eine Retentionsgeschwulst, eine cystische Dilatation eines Hauptdrüsenganges der in der Spitze der Zunge gelegenen Blandin-Nuhn'schen Schleimdrüsen, wenn der Ausführungsgang durch entzündliche Vorgänge in seiner Umgebung sowie in seinem Innern verlegt wird. Tillaux (*Anatomie topographique* 1879, *Chirurgie clinique* 1888) tritt für die Entstehung aus dem Fleischmann'schen Schleimbeutel (am *Mm. genioglossus*) ein. Dieser Schleimbeutel ist wieder nach Anderen ein Kunstproduct (Albert, *Chirurgie*). Es scheint fast, als ob jeder Forscher von einem einzelnen oder wenigen Fällen aus verallgemeinernd vorging, sonst wäre es doch wohl kaum möglich, dass eine und dieselbe Bezeich-

nung für Cysten an der Zungenspitze, Zungenbasis und in der Gegend der Sublingualdrüsen gebraucht wird. Denn nach Ziegler (pathol. Anatomie 1887) können auch Kiemengangscysten am Halse sich unter der Zunge vordrängen und so eine Ranula bilden. So kommt man schliesslich dazu, als Ranula irgend eine Cyste unter der Zunge zu bezeichnen, ohne dass irgend eine Aetiologie oder Lagebestimmung in diesem Namen implicirt wäre. Ich möchte daher nachstehenden Fall nicht als Ranula bezeichnen, obgleich er einer der verschiedenen Theorien entspricht.

Am 18. August 1894 wurde ich für ein Kind, Ida B., 11jährig, consultirt, welches seit zwei Tagen an Schluck- und Sprechbehinderung litt, zu denen sich Fieber gesellte. Bei meinem Besuche am folgenden Tage bot sich folgendes Bild: die rechte Halsseite schien etwas geschwollen, und war auch die Submentalgegend etwas infiltrirt. Am linken Kieferwinkel war eine geschwollene Lymphdrüse zu fühlen. Der Mund liess sich nur mit Mühe öffnen; die Zunge schien nach oben und hinten gedrängt, und nach Aufheben derselben sah man beiderseitig vom Frenulum, V-artig convergirend, zwei ovale, rundlich prominirende Tumoren. Darüber erhob sich eine hahnenkammartige gezackte Schleimhautfalte und auf deren Rand war ein glänzender, weisser Belag. Derselbe liess sich mit Leichtigkeit abheben; darunter kamen auf der Schleimhautfalte kleine geröthete Punkte zum Vorschein, aus denen bei Druck sich klarer Schleim entleerte. Bei stärkerem Druck auf die Tumoren, welche prall elastisch anzufühlen waren, entleerten sich mit Leichtigkeit einige Cubikcentimeter klaren, zähen Schleimes. Die Untersuchung ergab deutliche Rhodankaliumreaction, so dass die Identität der Tumoren mit den Sublingualdrüsen wohl feststand. Auf Tonsillen und Pharynx war keinerlei Belag nachzuweisen. Temperatur 39°, Puls 120. Ordination: Ausspülung mit Kali chlor., ausserdem Antifebrin 1,5 auf 100, stündlich 1 Theelöffel.

Am nächsten Tage war Patientin bedeutend wohler. Die Schwellung der rechten Glandula sublingualis war vollständig behoben. Die linke war noch wie am Vortage, und hatte sich auch wieder etwas Belag auf den Ductus Riviniani gebildet. Derselbe liess sich wieder leicht abheben. Druck auf die Gl. sublingualis entleerte wieder ziemlich viel Schleim. Ein Druck auf die Gegend der Gl. submaxillaris hatte kein solches Resultat. Temperatur und Puls waren normal.

Am 21. August war noch Schwellung und Fluctuation der linken Gl. sublingualis vorhanden, jedoch kein Belag. Bei Druck entleerte sich durch die Ductus Riviniani wieder klarer Schleim, dagegen längs der cariösen II. Incisive etwas Eiter, wohl unabhängig von der Glandula, da auch auf der Aussenseite des cariösen Zahnes eine Eiterung vorhanden war. Am 25. war nur noch geringe Schwellung der linken Gl. sublingualis vorhanden, und entleerte sich bei Druck noch reiner Schleim. Jedesmal erschien die Drüse nachher bedeutend abgeflacht. Am 30. August war Patientin vollkommen geheilt, die Schwellung verschwunden, Sprache, Respiration, Deglutition normal.

Leider konnte ich den Belag der Ausführungsgänge der Glandulae nur microscopisch untersuchen, nicht aber Culturen anlegen. Die Untersuchung ergab keinerlei Bacillen, sondern nur Coccen von circa 0,7 bis

0,9  $\mu$ , meist als Diplococcen, seltener in grösseren Ketten angeordnet. Nach Friedländer gefärbt, konnte einige Male eine sich nur schwach färbende Capsel beobachtet werden. Das Bild war das einer Reincultur dieser Streptococcen, wie ich sie schon früher bei 10 von mir untersuchten Fällen von Angina lacunaris gefunden (These Bern 1891). Damals nahm ich auch an, dass die Angina lacunaris wohl oft, wenn auch nicht immer durch den Friedländer'schen Pneumococcus erzeugt werden könne. Auch bei obigem Falle war der Beginn der Krankheit wie bei Angina lacunaris, mit Fieber, Schüttelfrost etc.; dazu der Belag, nur wenig adhärent, in den Oeffnungen der Ductus Riviniani, wie bei Angina lacunaris hauptsächlich in den Lacunen der Tonsillen. Dass dieser Belag immerhin, mit der Schwellung der Canäle einhergehend, eine Retention des Speichels in den Sublingualdrüsen bewirken konnte, ist leicht begreiflich, bewiesen wurde sie durch das Ausfliessen des Speichels in grösserer Quantität bei Druck auf die Drüse. Es wäre dies hiermit ein seltener Fall von primärer Entzündung der Ductus Riviniani; in der von mir benutzten Literatur konnte ich nur noch Fälle von Ipscher und Weber (Eichhorst, Pathologie und Therapie), ähnlich beschrieben finden. Nur durch das acute Auftreten und den schnellen Verlauf unterschied sich mein Fall von einer der vielfachen Arten der Ranula.

## Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

### 2. Jahresversammlung, 1. Juli 1894, in Amsterdam.

(Schluss zu No. 2.)

Dr. F. J. Michelsen (Amsterdam): Eine neue Behandlungsweise der hysterischen Aphonie u. s. w.

Vor dem Namen „hysterischer Aphonie“ giebt M. demjenigen nervöser Aphonie den Vorzug, weil das Leiden auch beim Nicht-Hystericus, z. B. nach einem Schrecken, auch nach der Heilung eines Kehlkopfcatarrhs, vorkommt. Die Methode, welche M. seit 8 Jahren anwendet, ist eine psychische und besteht darin, dass der Arzt nach einiger Vorbereitung, als werde etwas Ernstes stattfinden, dem Kranken den Finger in die Nasenrachenhöhle bringt, wie bei der Adenoid-Operation. Diese Manipulation verursacht oft eine grosse Aufregung. Dann ist es wahrscheinlich der Schrecken, welcher reflectorisch das Zurückkehren der Stimme auslöst. Nachdem Pat. mit Schreien aufgehört hat, lasse man ihn augenblicklich mit lauter Stimme zählen, und damit auch auf der Strasse fortfahren. Die Vortheile dieser Methode sind das Cito und Tuto, nicht das Jucunde. Jeder Practiker kann die Methode anwenden. Die Resultate dieser Behandlung waren am besten: 1) bei der nervösen Aphonie; 2) bei Kranken mit hysterischer Aphonie und adenoiden Vegetationen; 3) bei Parästhesien. Dieselbe hatte weniger Erfolg: 1) wenn sie früher bereits angewendet worden war; 2) bei hysterischen Simulationen und Zwangsvorstellungen; 3) bei apathischen Hysterischen, welche nicht reagieren, wie das bei atrophischer Pharyngitis oft der Fall ist.

VII. Dr. H. Zwaardemaker (Utrecht): A. Qualitative Defecte des Geruchssinnes, und eine klinische Methode zur Auf-  
findung derselben.

In der Literatur findet sich über diesen Gegenstand nur sehr wenig verzeichnet. Wo Beobachtungen gemacht worden sind, handelte es sich um ein Ausfallen bestimmter Geruchsempfindungen, z. B. derjenigen für Vanille, Reseda, ohne dass in der Auffassung anderer Gerüche eine Aenderung eingetreten war. Diese partiellen Geruchsdefecte haben eine grössere Analogie mit den Tonlücken der Ohrenheilkunde, als mit dem Daltonismus. Die fehlenden Geruchsqualitäten auf's Geradewohl aufzusuchen, wäre natürlich gänzlich verfehlt. In der Weise ist man nur im Stande, zufällige Beobachtungen zu sammeln, und ist man keineswegs sicher, das untersuchte Sinnesorgan in seinen Abweichungen von der Norm vollständig kennen zu lernen. Es ist nothwendig, methodisch zu verfahren. Leider besitzen wir ein natürliches System der Gerüche bis jetzt noch nicht. Ich habe es darum unternommen, das bekannte System a odorum, welches im vorigen Jahrhundert von Linné für die damaligen Arzneistoffe entworfen wurde, zu einem solchen natürlichen System, das alle Gerüche zu umfassen hat, auszubilden. Mit Rücksicht auf die neueren chemischen Präparate wurden zwei Klassen hinzugefügt, so dass die ganze Zahl jetzt neun beträgt. Sämmtliche Klassen wurden einer Revision und einer Untervertheilung unterworfen. Dabei war blos die natürliche Verwandtschaft der Gerüche maassgebend. Dieselbe wurde nach den Angaben, die in der physiologischen Literatur und in der Technik der Parfumerie allmählig bekannt geworden sind, beurtheilt. Theoretisches, namentlich chemisches Raisonnement wurde hierbei auf's Sorgfältigste vermieden, ebenso meine eigenen subjectiven Empfindungen ganz bei Seite gestellt. Die neun Klassen sind: I. Odores aetherei (ätherische Gerüche), z. B. essigsäure und buttersäure Aethyläther; II. Odores aromatici (aromatische Gerüche, deren mehrere Subclassen zu unterscheiden sind), z. B. Campher, Citral (Aldehyde); III. Odores fragrantis (balsamische Gerüche, mit drei Subclassen), z. B. Iron (Keton), Cumarin (Lacton); IV. Odores ambrosiaci (Amber-Gerüche, mit zwei Subclassen), z. B. Moschus und Trinitrobutyltoluol; V. Odores alliacei (Allylkakodylgerüche, mit drei Subclassen), z. B. Schwefelammonium, Ichthyol; VI. Odores empyreumatici (empyreumatische Gerüche), z. B. Theer, Creosot; VII. Odores hircini (Caprylgerüche), z. B. Essigsäure, Buttersäure; VIII. Odores tetri („Odeurs repressantes“), z. B. Coriandersamen, Opium; IX. Odores nauseosi (ekelhafte Gerüche), z. B. Scatolholz (*Anagyris foetida*).

Specimina wurden der Versammlung vorgelegt und eine Monographie über den Gegenstand in Aussicht gestellt (wird 1895 erscheinen).

B. Gradenigo'sche Hörfelder.

Ich habe das Gradenigo'sche Hörfeld bis zur oberen und unteren Tongrenze vervollständigt. Dasselbe wird in folgender Weise in ein Coordinatensystem eingetragen. Auf der Achse der Abscissen werden die verschiedenen Töne der menschlichen Tonleiter ausgesetzt. Wenn für jeden Halbton ein Mm. reservirt wird, misst die ganze Leiter in der Jugend 132 Mm., im Greisenalter weniger (vergl. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. der Sinnesorgane, Bd. VII, S. 10). Auf der Achse der Ordinaten

wird die Gehörschärfe abgesetzt, welche mit Stimmgabeln an mehreren Punkten der Tonleiter bestimmt wird (vergl. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. XXIV). Der Raum, welcher von der Abscissenachse und von der die Spitzen der Ordinaten vereinigenden Curve umgrenzt wird, bildet das Hörfeld, dessen Grösse das Maass der „summarischen“ Gehörschärfe ist. Ich zeige Ihnen eine Anzahl solcher Hörfelder, welche drei Rubriken angehören: a) solche von Leidenden an Sclerose. Die hohen Töne sind sehr gut erhalten, die unteren Octaven jedoch ganz verloren gegangen. Beim Uebergang des Processes auf das ovale Fenster leiden auch die hohen Töne; b) Hörfelder bei Labyrinthaffectionen, wodurch Bekanntes bestätigt gefunden wird; c) Hörfelder bei grösseren Trommelfeldefecten. Diese bieten bemerkenswerthe Analogien mit den Hörfeldern der Sclerose, zugleich aber interessante Verschiedenheiten. Diese Untersuchung soll in grösserem Maassstabe fortgeführt werden. In jedem Falle wurde vorher am Harmonium, nach unten mittelst Moos-Appunn'scher Stimmgabeln, nach oben mittelst König'scher Klangstäben, auf Tonlücken untersucht.

#### VIII. Dr. W. Schutter (Groningen): A. Ein Fall von Atresia choanae congenita.

Ich zeige Ihnen Gipsabgüsse der äusseren Nase, der Choanen und des Oberkiefers eines 59jährigen Mannes mit angeborener Atresie der rechten Choane. Am Abguss der Nase sehen Sie, wie das rechte Nasenloch in beiden Dimensionen kleiner ist, als das linke. Der linke Nasenflügel ist gewölbt, der rechte etwas eingesunken. Der Abguss der Choanen zeigt, dass die Atresie 1 Ctm. vor der Choanal-Fläche liegt. Die Fläche der Atresie ist etwas kleiner, als die Choane, der Raum also leicht trichterförmig. Die Entfernung der Tuben beträgt 24 Mmtr.; das Septum befindet sich in der Medianlinie. Die Höhe der Choane ist links 17, rechts 20 Mm.; die Breite links 10, rechts 8 Mm. Der untere Choanalrand steht rechts tiefer als links. Die Verengung der rechten Choane wird durch eine abnorme, nach innen gerückte Stellung der lateralen Choanalwand verursacht. Am Abguss des Oberkiefers ist ersichtlich, dass der Gaumen ein wenig stärker als normal gewölbt ist; der Kiefer ist leicht elliptisch, das Gebiss complet und regelmässig. Während der zweiten Zahnperiode muss also die gesunde Nasenseite gut durchgängig gewesen sein. Dieses Diagramm des Schädelumfangs unseres Patienten zeigt, dass derselbe sehr symmetrisch ist. Aus alledem geht hervor, dass die Folgen, welche Ziem einer Verschlussung der einen Nasenhälfte in den ersten Lebensjahren zuschreibt, bei diesem Kranken fehlen. Ich habe mittelst bipolarer Electrolyse durch die Nase in einer Sitzung die knöcherne Atresie perforirt und werde demnächst diese Perforation noch erweitern.

Auf eine diesbezügliche Frage von Dr. Cohen Tervaert antwortet S., er habe den Abguss der Nasenrachenhöhle mit Hilfe eines Zahnarztes, nach Cocainisation, mittelst eines mit Gummi armirten, gebogenen Stabes dargestellt.

Prof. Guye: Ich habe in einem ähnlichen Falle unter Cocain-Anästhesie mit dem Meissel eine gute Perforation gemacht und für die Nachbehandlung elastische Röhren verwendet.

## B. Ein Fall von diagnosticirter doppelseitiger Posticusparalyse.

Sie sehen hier den Kehlkopf eines Mannes, der in seinem 13. Jahre eine Halsentzündung durchgemacht und sich im vorigen Jahre wegen Stridor in der Poliklinik zeigte. Laryngoscopisch wurde eine doppelseitige Posticusparalyse mit inspiratorischer Adduction der Stimmbänder diagnosticirt; es bestand weder Hyperämie noch Schwellung. Ich brachte diese Paralyse mit der putriden Bronchitis, an welcher Pat. litt, in Zusammenhang und stellte mir vor, dass Lymphdrüsen die Recurrentes comprimirt. Der Luftröhrenschnitt wurde mit gutem Erfolg gemacht. Ein Jahr später erlag Pat. einem Erysipelas. Das Präparat, welches ich Dr. Rotgans verdanke, besteht aus der rechten Hälfte der Zunge, des Rachens und des Kehlkopfes und einem Theil der Trachea und der Speiseröhre und ist in Wickersheimer'scher Flüssigkeit aufbewahrt. Sie sehen hier eine bedeutende Verengung der Trachea und des Oesophagus unmittelbar unter dem Ringknorpel. Der Gesamttumfang ist an dieser Stelle kaum halb so gross, als einige Ctm. tiefer. Unter dem Cricoid, etwas nach rechts, existirt eine ovale,  $\frac{3}{4}$  bis  $\frac{1}{2}$  Ctm. grosse Perforation zwischen Oesophagus und Trachea, welche innig miteinander verwachsen sind. Die Schleimhaut von Trachea und Oesophagus ist um diese Perforation herum strahlenweise angeordnet. Unmittelbar oberhalb der Fistel hängt in der Speiseröhre, sehr beweglich, an einem  $1\frac{1}{2}$  Ctm. langen Stiel, eine kleine Schleimhautgeschwulst, welche die Fistel vollständig abzuschliessen vermag. Es ist klar, dass in Folge dieses Umstandes bei Lebzeiten die Speisen nicht in die Luftröhre gerathen sind. An den Kehlkopfmuskeln war keine Atrophie nachweisbar. Die Störung in der Abduction der Stimmbänder ist also die blosser Folge einer mechanischen Fixation der Giesskannen gewesen.

Dr. Burger: Es ist bemerkenswerth, dass diese Fixation keine Atrophie der Postici erzeugt hat. Vor Jahren hat Sidlo einen ähnlichen Fall beschrieben, wo die Abduction durch eine Narbe an der hinteren Larynxwand verhindert war; allein hier zeigten sich p. m. die Postici atrophisch. In dem mitgetheilten Falle spricht die perverse Bewegung der Stimmbänder für die Existenz einer Posticusparalyse.

Dr. Schutter: Die Postici sind von Prof. Rotgans, allerdings nur macroscopisch, untersucht worden, und er hat kein Zeichen von Atrophie an denselben constatirt.

Dr. Posthumus Meyes: Die inspiratorische Adduction kann einfach durch Ansaugung verursacht werden, wie ich in zwei Fällen von doppelseitiger Posticuslähmung deutlich habe wahrnehmen können.

## C. Ein Präparat von Lues pharyngis.

Dieses Präparat stellt einen Schnitt aus dem Rand eines Rachengeschwürs dar und zeigt das Bild eines typischen Carcinoms. Nachdem dieses Ergebniss nach der Probe-Excision erhalten war, habe ich den Pat. als inoperabel in seine Heimath geschickt und von seinem Arzte ut aliquid fiat Jodoform-Einblasungen machen lassen. Der Patient aber ist vollständig geheilt, das Geschwür vernarbt. Ich habe darauf das Präparat noch einmal Prof. Reddingius unterbreitet, der an der histologischen Diagnose Carcinom festhalten musste. Ich betrachte jetzt den Fall als Lues und möchte empfehlen, bei inoperablen Carcinomen, auch

wenn die microscopische Untersuchung die Diagnose bestätigt, auf eine antiluetiche Therapie nicht zu verzichten.

Dr. Zwaardemaker: Solch' eine Therapie ist aber nicht unschuldig, Wenn die Diagnose Carcinom feststeht, ist meiner Ansicht nach eine spezifische Therapie contraindicirt.

Prof. Pel: Bei ulcerativen Processen im Mund und Rachen ist, auch nach einem negativen Resultat einer specifischen Cur, in Bezug auf die Diagnose die grösste Vorsicht geboten. Ich behandelte ein Mädchen mit einem ausgedehnten Destructionsprocess im Mund und Pharynx, wo, nach fortgesetzter Anwendung grosser Dosen Jod, die Diagnose auf Tuberculose gestellt wurde und wo später einige wenige Quecksilber-Injectionen eine überraschende Heilung mit ausgedehnter Narbenbildung herbeiführten.

Dr. Sikkel: Auch das Gegentheil wird beobachtet, wo nämlich das Quecksilber im Stich lässt und Jodetum kalicum zur Heilung führt. Eine abwechselnde Therapie mit diesen beiden Mitteln verdient daher in hartnäckigen Fällen Empfehlung.

Dr. ten Siethoff: An Stellen, wo Pflasterepithel vorkommt, begegnet oft die microscopische Diagnose grossen Schwierigkeiten. Die Wucherung dieses Epithels sieht mitunter Carcinom täuschend ähnlich. Ich habe Präparate von Partikeln, welche bei Kehlkopftuberculose entfernt worden waren, gesehen, welche durchaus das Bild von Carcinom ergaben. Auch Pachydermie wird leicht mit Carcinom verwechselt.

IX. Dr. A. Sikkel (Utrecht): A. Ein Fall von Lymphoma carcinomatosum.

Der Fall, über welchen ich zu berichten habe, betrifft eine 46jähr. Bäuerin, welche seit langer Zeit an Kopfschmerzen, Nasenverstopfung und Epistaxis leidet. Sie ist schwach und abgemagert. Die linke Nasenhälfte ist mit einer rosarothern, maulbeerähnlichen, leicht blutenden Masse, welche am Septum ihren Ausgangspunkt zu haben scheint, ausgefüllt. In der rechten Nasenhälfte befindet sich am Septum eine kleinere, scharf umschriebene Geschwulst. An einem der linken Seite entnommenen Fragment fand Dr. de Haan atypische Epithelzellen, daneben aber viele Lymphzellen, welche der Geschwulst einen gemischten Character verleihen. In Anbetracht der Blutungen, des Kopfschmerzes, der Verstopfung und des zunehmenden Verfalles entschloss ich mich zur Operation. Dieselbe wurde mit der Glühschlinge, und zwar auf der rechten Seite sehr leicht ausgeführt, während links eine heftige Blutung eintrat. Später zeigte sich das Septum durchbohrt und die Schleimhaut des Nasenbodens afficirt. Mit dem Zirkelmesser auf der zahnärztlichen Bohrmaschine, mit dem scharfen Löffel, dem Galvanocauter und dem Meissel wurde alles Verdächtige entfernt. Zu beiden Seiten blieb nur ein schmaler Rand der Scheidewand zurück. Die anfänglich durch Blutungen oft unterbrochene Behandlung dauerte sechs Wochen. Sechs Wochen, nachdem die Kranke entlassen worden, zeigte sie sich bedeutend gebessert; der Kopfschmerz und das Gefühl von Schwäche waren verschwunden; das Körpergewicht hatte zugenommen. Ich zeige Ihnen hier die exstirpirte Tumormasse und die microscopischen Präparate. Seit der Behandlung sind jetzt ungefähr 10 Wochen vergangen; ein Recidiv hat sich noch nicht gezeigt.

### B. Otitis externa duplex.

Ein 9jähriges Mädchen erhielt, nachdem sie gerade eine typhöse Krankheit durchgemacht hatte, beiderseitiges Ohrenbluten. Zwei Tage später constatirte ich eine hochgradige Taubheit und in beiden Gehörgängen, in den Ohrmuscheln und auf dem Kopf zahllose Furunkel. Dieselben wurden incidirt, die Gehörgänge mit Jodoformgaze, der Kopf mit Sublimat behandelt. Auch entstanden noch Furunkel in der Lendengegend. Nach drei Wochen wurde Pat mit normaler Hörschärfe geheilt entlassen.

### C. Ein Fremkörper im äusseren Gehörgang.

Bei einem 22jährigen Mädchen entfernte ich einen Kirschkern aus dem Gehörgang, der während 15 Jahren niemals Beschwerden verursacht hatte, dann aber plötzlich unerträgliche Ohrenscherzen herbeiführte. Der Kern sass sehr tief; Instrumente konnten nicht an ihm vorbeigeführt werden. Da habe ich dieses Instrument angefertigt. Dasselbe besteht aus einem Röhrchen, welches mit einem Trichterchen armirt ist; der breite freie Theil des Trichters trägt ein mittelst eines kleineren Trichterchens befestigtes Kautschukplättchen. Das Instrument wurde in Oel getaucht und auf den Kern gestellt. Ich konnte nun durch Ansaugung durch die Röhre den Kern soweit dislociren, dass derselbe für Instrumente zugänglich wurde und sich extrahiren liess.

### X. Dr. E. G. A. ten Siethoff (Deventer): A. Reflex-Epilepsie nasalen Ursprunges.

Ich habe zwei evidente Fälle behandelt. Der erstere betrifft einen 38jährigen Herrn, welcher seit 20 Jahren an Epilepsie litt. Die Anfälle wurden immer heftiger und dauerten immer länger; sie gingen mit vollständiger Bewusstlosigkeit, mit Zungenbeissen und tonischen Krämpfen der Extremitäten einher. Rhinoscopisch fand ich eine Hypertrophie der unteren und mittleren Muscheln und eine Leiste an der knorpeligen Scheidewand. Ich verschrieb Cocain, welches Mittel ich der Frau des Kranken in 10procent. Lösung in die Nase appliciren lehrte und womit es stets gelang, den Anfall zu coupiren. Als dieser Effect constatirt war, tractirte ich die Nasenschleimhaut mit dem Galvanocauter. Der Erfolg war, dass bereits seit zwei Jahren die Anfälle sich nicht mehr gezeigt haben und Pat. sich einer ungestörten Euphorie erfreut.

Der zweite Pat. ist ein 33jähriger Mann. Er scheint bereits längere Zeit an leichteren Anfällen von Epilepsie zu leiden; im Januar 1892 bekam er den ersten heftigen Anfall, welcher mit einer entsetzlichen Gestank-Empfindung einsetzte und wobei er die Treppe herunterstürzte. Der Gestank blieb ihm noch eine Woche lang bei. Seitdem hat er jede 5., später jede 3. Woche ähnliche Anfälle gehabt, welche immer mit einer olfactorischen Aura, welche mitunter 4 Tage dauerte, einhergingen. Dazu Anosmie. Die rechte Nasenhälfte war durch Schleimhautschwellung gänzlich verlegt. Als ich behufs Untersuchung ein Cocain-Tampon einführte, änderte sich plötzlich der Gesichtsausdruck des Kranken, der mittheilte, dass der Gestank plötzlich verschwunden sei. Die rechte untere Nasenmuschel war hypertrophisch und über ihrer ganzen Länge mit der Scheidewand verwachsen. Die Breite dieser Synechie betrug 2 Mm. Die mittlere Muschel war gleichfalls hypertrophisch und im hinteren Theil mit dem Septum verwachsen. Auf dem letzteren befand



sich etwas höher als die untere Concha eine umschriebene, weiche Schwellung. Die Hypertrophien und Synechien wurden entfernt. Diese Behandlung nahm eine ziemlich lange Zeit in Anspruch. Seitdem aber die Verhältnisse in der Nase normale geworden sind, ist die Epilepsie verschwunden. Nur hat Pat. bisweilen noch Andeutungen vom früheren Gestank. Das ganze Auftreten des Pat. ist ein anderes geworden.

#### B. Nasenrachenpolyp.

Der Polyp, den ich Ihnen vorlege, ist bei einem 13jährigen Knaben entfernt worden und misst 7,5 bei 5 Ctm. Microscopisch zeigt er das Bild einer Flimmerhaare tragenden, mit mehrfach geschichtetem Epithel bedeckten adenoiden Bindegewebsgeschwulst. Der Pat. hatte die letzten 1½ Jahre nicht schlafen können, weil er unaufhörlich durch den in den Larynx herabsinkenden Tumor aufgeschreckt wurde. Berührung des Kehlkopfs mit der Sonde löste keine Reflexe aus, offenbar weil derselbe an Reize gewöhnt war. Die Nasenrachenhöhle war gänzlich ausgefüllt. Ich habe die Geschwulst, welche am hinteren Theil der rechten mittleren Nasenmuschel ihren Ausgangspunkt hatte, mittelst der durch die Nase eingeführten und dann vom Munde aus um den Tumor emporgeschobenen Glükschlinge entfernt. Auch habe ich die Nase des Pat. von 50 Polypen befreit.

#### XI. Prof. Guye: Choanal-Polypen.

Ebenso wie die Nasenpolypen, soll man die Choanalpolypen nur mit der kalten Schlinge, nicht auf galvanocaustischem Wege operiren. Durchschneidet man einen Polyp mit der Glükschlinge, so entfernt man denselben immer nur theilweise und lässt gewöhnlich den grösseren Theil zurück. Für die Operation der Choanalpolypen ist in den meisten Fällen die bimanuelle Extraction am geeignetsten. Ich führe dazu die Wildesche Schlinge durch die Nase ein, dann führe ich den rechten Zeigefinger durch den Mund in die Nasenrachenhöhle ein, wo ich sehr leicht die Schlinge auffinde, in welche ich dann ein Stück des Polypen einzuführen versuche. Dann schnüre ich mit der anderen Hand die Schlinge zu und extrahire den Polypen. Dieser Handgriff ist mir fast immer gelungen, auch in Fällen, wo von Collegen auf galvanocaustischem Wege längere Zeit wiederholt kleine Fragmente vom Tumor abgetragen worden waren. Hier sehen Sie einige Choanalpolypen, welche alle auf diese Weise entfernt worden sind. Nur bei diesem harten, glatten, abgerundeten Polypen, welcher dem hinteren Rand des Septums aufsass, ist mir die bimanuelle Extraction nicht gelungen, weil die Schlinge jedesmal auf der glatten hinteren Fläche des Polypen entschlüpfte. An einem Tage gelang es mir bei der Fingeruntersuchung, die Insertion an dem hinteren Rand des Septums zu lösen; der Tumor wurde dann vom Pat. per os entfernt. In seltenen Fällen kommt es vor, dass die Stahlschlinge in der Nase, gewöhnlich durch Abweichungen am Septum, aufgehalten wird, so dass man Mühe hat, die Schlinge hinter den Polypen zu bringen. Für diese Fälle habe ich einen Schlingenföhrer anfertigen lassen, eine biegsame Silbersonde, dessen stumpfes Ende mit einer abgerundeten Grube versehen ist. Mit dieser Grube wird die Schlinge gefasst und vorgeschoben. — Dieses Häkchen dient dazu, eine andere, gleichfalls seltene Schwierigkeit zu überwinden, diese nämlich, dass man glaubt, den Polypen in der Schlinge gefangen zu haben, während derselbe beim Zuschnüren der

Schlinge entschlüpft. Das Häkchen, welches mit einem Draht versehen ist, wird in den Tumor eingehakt. Wenn man die Schlinge zuschnürt, wird zu gleicher Zeit ganz leise an dem Draht gezogen, wodurch der Polyp am Entschlüpfen verhindert wird.

XII. Dr. Posthumus Meyes demonstriert eine ausserordentlich grosse Pharynxmandel, welche er bei einem 7jähr. Knaben mittelst des Gottstein'schen Messers in toto abgetragen hat. Das Spiritus-Präparat misst noch 17 bei 22 und 29 Mm. und wiegt 5 Grmm. Auch zeigt er mehrere Röhrchen für die Nachbehandlung der alveolaren Anbohrung der Kieferhöhle.

XIII. Dr. A. C. H. Moll (Arnheim) zeigt ein Otoscop, dessen für den Patienten bestimmtes Stück aus Glas gemacht ist, und aus zwei Theilen besteht. Die Olive kann sehr leicht aus dem anderen Theil herausgenommen werden. Von diesen Oliven, welche sich äusserst leicht desinficiren lassen, soll man eine grössere Anzahl besitzen, damit für jeden Patienten ein reines Instrument benutzt wird. Ferner zeigt er einen Meissel für die Stacke'sche Operation, nämlich für die Abtragung der äusseren Wand des Atticus. M. hat an Stacke's Meissel einen verstellbaren, geradwinkligen Griff machen lassen.

Im Namen der Versammlung sagt Dr. Zwaardemaker dem Vorsitzenden Dank.

Als Ort für die nächste Zusammenkunft wird Arnheim vorgeschlagen.

H. Burger.

---

## II. Kritiken.

**Stereoscopischer Atlas des menschlichen Ohres nach durchsichtigen, macroscopischen Präparaten.** Von Privatdocent Dr. L. Katz, Berlin. (Verlag von August Hirschwald in Berlin. 1895.)

Bekanntlich ist es Herrn Dr. Katz gelungen, ein Verfahren zu entdecken, durch welches es gelingt, die wesentlichsten Theile des mittleren und inneren Ohres durchsichtig zu machen und durch entsprechende Nervenfärbung einen klaren Einblick auch in die feineren topographisch-anatomischen Verhältnisse des Ohres zu ermöglichen. Eine Reihe solcher höchst lehrreicher Präparate wurde nun von Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Gustav Fritsch stereoscopisch aufgenommen und diese höchst gelungenen Bilder geben den Inhalt des vorliegenden Werkes.

Zehn Aufnahmen versinnlichen die macroscopische Anatomie des Hörorgans in geradezu eminenter Weise, so dass dieser Atlas nicht blos für den Autodidacten höchst erwünscht sein, sondern auch dem Lehrer, wenn ihm selbst natürliche Präparate zu Gebote stehen, ein höchst willkommenes Hilfsmittel beim Unterrichte abgeben wird.

So reiht sich dieses schöne Werk dem von demselben Autor früher erschienenen und in dieser Monatsschrift besprochenen microphotographischen Atlas über das Hörorgan in würdiger Weise an und wird sich gewiss der gleichen, höchst freundlichen Aufnahme wie der frühere zu erfreuen haben.

Die Verlagsbuchhandlung hat das Werk des verdienstvollen Verfassers in schönster Weise ausgestattet und verdient dafür die vollste Anerkennung.

Gruber.

**Die Lehren von den Functionen der einzelnen Theile des Ohrlabyrinths.** Zusammengestellt von Dr. Stanislaus von Stein, Privatdocent an der Kaiserl. Universität zu Moskau. Aus dem Russischen übersetzt, für die deutsche Ausgabe bearbeitet und herausgegeben von Dr. C. von Krzywicki, Privatdocent der Laryngologie und Otiatrie an der Kgl. Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr. Mit 190 Abbildungen im Texte. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1894.

In dem vorliegenden Werke hat es der verdienstvolle Verfasser unternommen, ein möglichst vollständiges Material für die Frage von den Functionen des Labyrinthes zu sammeln und systematisch zu ordnen.

Zunächst giebt er einen Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung in den Vorstellungen über die Functionen des inneren Ohres, wobei er 3 Perioden annimmt: 1) bis zu Cotugno's Entdeckung der Labyrinth-Flüssigkeit (1760), 2) bis zur Entdeckung des Corti'schen Organes (1851), 3) bis auf die Neuzeit, wobei er namentlich in ausserordentlich interessanter Weise mit Citaten und Reproduktionen von Original-Abbildungen die Literatur aller diese Fragen betreffenden Arbeiten aus früherer Zeit anführt. Im Theile, worin Verf. die Forschungen über die Functionen der Schnecke, der Maculae des Vorhofs und der Cristae der halbkreisförmigen Canäle bespricht, wird zunächst ausführlich auf diejenigen Autoren hingewiesen, welche als Begründer irgend einer neuen Idee gelten können; daran reihen sich Inhaltsangaben der Arbeiten, welche Einwendungen enthalten, die für oder gegen diese Theorie erhoben worden sind aus dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, experimentellen Pathologie, Anthropologie, Psychophysiologie u. s. w. Mit ausserordentlichem Fleisse wurden speciell alle diejenigen Arbeiten zusammengestellt, welche die Function der Semicircularcanäle betreffen, die Gleichgewichtsstörungen nach Reizung oder Verletzung der Bogengänge bei Fischen, Amphibien, Vögeln, Säugethieren, die Beobachtungen über labyrinthären Schwindel, und die Hypothesen zur Erklärung dieser Erscheinungen.

Der letzte Theil des Buches beschäftigt sich mit den Methoden, deren man sich bei der Untersuchung all' dieser Fragen bedient, mit Uebersicht über die topographische Lage der verschiedenen Theile des Labyrinthes bei einigen Fischen, bei Fröschen, Vögeln und Säugethieren, und ausführlicher Mittheilung über die Methodik der Versuche an den Bogengängen (Zerstörung, Durchschneidung, mechanische, electriche Reizung etc.), über die Durchschneidung des N. acusticus. Im letzten Capitel behandelt der Verfasser die Erscheinungen, aus denen man auf Schallempfindungen der Thiere schliessen darf.

Das Buch ist der erste Versuch einer Zusammenstellung von That-sachen, die wir über die Function des Labyrinthes besitzen. Es enthält eine solche Fülle von wichtigen Daten, dass Jeder, der sich über diese Fragen orientiren will, dem Verfasser für dieses mit ausgezeichnetem Fleisse und Eifer zusammengestellte Werk dankbar sein wird.

Herr Dr. Krzywicki hat sich mit der Uebersetzung dieses Werkes unter gleichzeitiger Ergänzung und Zusätzen ein grosses Verdienst erworben.

Druck und Ausstattung des umfangreichen Buches (697 Seiten) sind vorzüglich. Dr. Kaufmann.

**Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände.** Eine klinische Studie von Dr. Hermann Kuhnt, ordentl. Professor der Augenheilkunde in Königsberg. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

Der Verfasser, durch viele wichtige ophthalmologische Arbeiten bei seinen Fachcollegen rühmlichst bekannt, giebt uns hier eine Arbeit, die in erster Linie das Interesse der Rhinologen erregen muss und sicher auch erregen wird.

Liegt doch eine klinische Studie vor, die ein Gebiet der Rhinologie bearbeitet, das bis jetzt noch sehr brach lag. Die Bearbeitung ist, um das vorauszuschicken, eine derartige, dass man auf jeder Seite sieht, dass Verfasser nicht nur ein guter Ophthalmologe ist, sondern auch das Gebiet der Rhinologie und allgemeinen Medicin und deren Gesamtliteratur vollständig beherrscht.

Der in dem Vorwort ausgesprochene Gedanke, dass dem Rhinologen in der Arbeit einiges Neue geboten sei, ist zu bescheiden. Ref. glaubt vielmehr, dass Jeder von uns in der Arbeit viel Neues finden und sein diagnostisches und therapeutisches Können erweitern wird. Ebenso wird es den Augenärzten und den practischen Aerzten gehen, wenn sie sich für dieses Gebiet interessiren, wie es ihre Pflicht ist.

Die Hauptcapitel der 267 Druckseiten ausfüllenden Arbeit behandeln

- 1) das klinische Bild,
- 2) die ätiologischen Momente,
- 3) die pathologische Anatomie,
- 4) die Diagnose,
- 5) die Complicationen:
  - a) an der Augenhöhle und dem Sehorgan,
  - b) am Gehirn,
- 6) die Therapie,
- 7) die Krankengeschichten.

Wenn dem Rhinologen etwas an der Arbeit auffällt, so ist es hauptsächlich der Umstand, dass der vorliegenden Arbeit eigentlich nur ganz schwere Fälle zu Grunde liegen, Fälle, wie sie dem Rhinologen gewöhnlich sehr selten zu Gesicht kommen. Der Verfasser betont dies auch gleich zu Beginn der Arbeit: er sagt, er habe den nachhaltigen Eindruck gewonnen, als ob zwischen dem Material kranker Stirnhöhlen, welches den Rhinologen, und demjenigen, welches den Ophthalmologen frequentirt, ein wesentlicher Unterschied bestehe. „Bei unseren Kranken,“ führt er aus, „lagen gewöhnlich bedeutende subjective Beschwerden mit geradezu charakteristischen Klagen und die Neigung zu Complicationen vor, es handelte sich, wie die weitere Darstellung lehren wird, fast nur um schwere Fälle. Die Nasenerkrankung tritt ganz oder doch sehr bedeutend in den Hintergrund. Dieser Species nun ist die grosse Zahl jener in der Regel viel sanfter und milder verlaufenden Sinuitiden gegenüberzustellen, deren Klagen, abgesehen von der mehr oder weniger markirten chronischen Eingenommenheit des Kopfes, vorwiegend in dem Eiterfluss aus der Nase und in der häufigen Verstopfung dieser gipfeln. Naturgemäss suchen alle diese den Nasenarzt und nur ganz zufällig und ausnahmsweise mal den Augenarzt auf. Die Schilderungen der Leiden der Stirnhöhlen werden sich deshalb begreiflicher Weise etwas ver-

schieden gestalten, um nicht zu sagen gestalten müssen, je nachdem sie von dieser oder jener Seite erfolgen.“

Wenn wir auf die Einzelheiten der Arbeit eingehen, so finden wir in erster Linie, dass diese Erkrankungen durchaus nicht selten sind. Der Verfasser fand bei 24 seiner Patienten, in 0,29 pCt. aller seiner Fälle, die entzündlichen Erkrankungen des Sinus frontalis.

Meistens, meint er, werden diese Fälle aber nicht richtig diagnostiziert. Nach der bisher üblichen ophthalmologischen Nomenclatur wären, sagt er, von diesen 24 Fällen z. B. 13 als Supraorbitalneuralgien aufgefasst worden, einige andere als Periostitis des oberen Margoorbitalis mit Lid- und Orbitalphlegmone etc. Der Verfasser unterscheidet die Sinuitis catarrhalis acuta und chronica, ebenso die Blennorrhoea und Pyorrhoea. Die Diagnose Empyem reserviert er für alle die Fälle, wo eine wirkliche Eiterabsackung vorliegt, Hydrops oder Mucocoele nennt er die Schleimabsackungen. Von Stirnhöhlenabscessen spricht er, wenn neben der Eiter- oder Schleimabsackung eine Gewebnecrose vorliegt.

Unter den ätiologischen Momenten führt der Verfasser in erster Linie die individuelle Prädisposition an: Diese individuelle Prädisposition wird seiner Meinung nach durch den anatomischen Bau des Gesichtsskeletts, insbesondere der Nasenhöhle, gegeben und beruht in der Grössenentwicklung und Form der Sinus frontales, in der Configuration der Ductus naso-frontales und in dem Verhalten des Septum.

In diesem Kapitel auf Seite 17 findet sich, nebenbei bemerkt, einer der wenigen Druckfehler der ganzen Arbeit: auf der vorletzten Linie soll es statt *Bulba* natürlich *Bulla* heissen. Alle primären Entzündungen beruhen nach dem Autor auf Infection; überhaupt, sagt Kuhnt, sind bei den sogen. Infectionskrankheiten sehr häufig die Nebenhöhlen der Nase miterkrankt. Die Heilung soll nach dem Verf. meist durch Abfluss des Secrets zu Stande kommen. Ref. ist jedoch der Ansicht, dass die Resorptionsfähigkeit der Schleimhaut dabei eine nicht geringe Rolle spielt.

Bei der Frage des Einflusses der Polypen auf die Nebenhöhlen-erkrankungen ist der Verfasser auf Seite Derjenigen, welche die Polypen meistens für Folgen der Nebenhöhlenerkrankungen halten.

Interessant ist die Beobachtung des Verfassers, dass bei der Mehrzahl der Fälle, welche wegen Eiterung operirt werden mussten, der Sinus eine ungewöhnliche Grösse hatte. Diese Beobachtung deckt sich mit den Erfahrungen der Ohrenärzte bei Warzenfortsatz-erkrankungen.

Den Ductus naso-frontalis fand der Autor bei seinen 15 operirten Fällen 4 Mal völlig frei, 3 Mal war er ventilartig am Boden des Sinus verlegt, 2 Mal war das Lumen einfach zugeschwollen und nur 4 Mal war es für die Sonde unwegsam. Einmal fand Verf. ganz unzweideutig den Fränkel'schen Pneumococcus im Secret.

Als Prädispositionsstellen der begleitenden Knochen-erkrankungen fanden sich mit einer gewissen Regelmässigkeit die Punkte, an denen Venenstämmchen die Knochensubstanz durchsetzen.

Die Diagnose stellt Kuhnt hauptsächlich bei Schmerzhaftigkeit der vorderen und unteren Knochenwand. Er fand sie unter seinen 15 operirten Fällen 14 Mal sehr ausgeprägt, 1 Mal mässig.

Dass aber viele Stirnhöhlenerkrankungen ohne dieses Symptom verlaufen, wissen die Rhinologen (Referent).

Kuhnt legt natürlich auch grossen Werth auf die rhinologische Untersuchung, glaubt aber nicht, dass nur diese von entscheidender Bedeutung sein soll; er benützt zu der Diagnose immer auch die Durchleuchtung, natürlich mit entsprechender Reserve. Den Schmerz, speciell in der Gegend des Nervus supraorbitalis, hält er für so wichtig, dass er sagt, bei jeder Supraorbitalneuralgie ist an die Möglichkeit einer primären Sinuserkrankung zu denken.

Unter den Complicationen der Erkrankungen des Sinus erwähnt Kuhnt in erster Linie die secundären Leiden des Sehorganes, die nach ihm gar nicht selten vorkommen und schwerwiegende Folgen haben. Ich gehe hier auf die ausführlichen interessanten Mittheilungen des Verfassers nicht ein; nur anführen will ich, dass er bei seinen Stirnhöhlenkranken häufig eine Veränderung der gleichseitigen Papille fand. Gewöhnlich sah er leichte Hyperämie, eventuell verbunden mit einer Verbreiterung und Schlingelung der Venen. Sehr häufig fand er auch Gesichtsfeldbeschränkungen.

Die Erklärungen und Theorien, die der Verfasser in diesem Kapitel giebt, sind nicht nur für Augenärzte, sondern für alle Aerzte von grösstem Interesse, müssen aber im Original nachgelesen werden.

Im Laufe seiner Besprechungen theilt der Verfasser mit, er hätte bei allen Empyemen des Antrum Highmori die Basis des Processus frontalis des Oberkieferbeines bei Druck empfindlich gefunden und will dieses Symptom bis zu einem gewissen Grade charakteristisch bei diesem Empyem halten. Referent möchte hierzu bemerken, dass er erst gestern einen ausgesprochenen Fall von Empyem des Antrum Highmori untersuchte, der dieses Symptom nicht zeigte.

Von grösstem Interesse und ein Beweis des umfassenden Literaturstudiums des Verfassers ist die Zusammenstellung von 17 Fällen von Exitus letalis in Folge von Stirnhöhlenempyem und deren eingehende Besprechung. 14 dieser Fälle führten zum Tod in Folge von Perforation der hinteren cerebralen Sinuswand, zwei in Folge von Thrombophlebitis der Vena ophthalmica.

Bei der Therapie spricht sich Kuhnt für energisches Vorgehen aus; er ist für baldige Eröffnung von aussen und principiell für eine Verödung der ganzen Sinusschleimhaut. Er entfernt also principiell die ganze vordere Sinuswand und die gesammte kranke Schleimhaut. Kuhnt heilte auf diese Weise in etwa 4—6 Wochen (! Ref.) seine Fälle, und wie er ausdrücklich betont, mit sehr gutem kosmetischen Erfolg. Es sind das Resultate, welche, es wird das Jeder zugeben, geradezu grossartig sind. Die Einzelheiten der Operationsmethoden müssen natürlich im Werke selbst gelesen werden.

Zum Schluss folgen die ausführlichen eigenen Krankengeschichten des Autors.

Die ganze Arbeit zeugt von einer bedeutenden Beherrschung des Gebiets in practischer wie in theoretischer Beziehung; die Literaturkenntniss ist, wie schon bemerkt, staunenswerth. Als eine der Einzelheiten möchte Referent nur noch erwähnen, dass der Verf. nachweist, dass die Cooper'sche Methode der Eröffnung der Highmorshöhle vor Cooper schon von Meibom und die Desault'sche vor Desault von Lamorier angegeben wurde.

Weil.

### III. Referate.

#### a) Otologische:

**Ueber acustische Uebungen zur Verbesserung der Hör- und Sprechfähigkeit.** Von Dr. R. Coën in Wien. (Wiener med. Wochenschr. No. 5, 1894.)

Da Verf. hoffnungslos Taube oder Taubstumme zum Unterrichte übernimmt, behandelt der Artikel jene Fälle, wo mit mehr minder starker Schwerhörigkeit und consecutiver totaler oder partieller Sprechunfähigkeit allgemeines Stammeln vorhanden war. Verf. hat nun durch acustische Uebungen stets die Sprechfähigkeit gebessert, und zwar nicht allein durch Gymnastik des Geistes und der Sprechwerkzeuge, sondern auch mittelst Uebung des Gehörsinns. Die sehr einfache Methode des Verf.'s besteht darin, dass z. B. die Silbe ba so lange in's Ohr gesprochen wird und zwar von entsprechender Entfernung, bis dieselbe correct wiederholt wird; dann entfernt sich der Verf. vom Patienten immer mehr und mehr und fährt so lange fort, sich vom Patienten zu entfernen, bis die Hördistanz zwischen ihm und dem Uebenden eine ziemlich normale Grenze erreicht hat, wozu ungefähr 8—12 Wochen erforderlich sind. So werden alle Silben geübt, dann leichte Wörter, dann schwere und schliesslich kleine Sätze, welche dem Bildungsgrade und dem Alter des Betreffenden entsprechen. Es folgen dann in langsamer, aber stetig fortschreitender Reihe kleine Geschichten, Erzählungen u. s. w., welche den Geist wecken, das Gehör schärfen und die Sprachorgane geläufig machen. Selbstverständlich werden alle Uebungen derart gemacht, dass der Patient den Sprechenden nicht sehen kann. Lichtenberg.

**Zur Diagnostik der Eiterungen im Processus mastoideus.** Von Dr. J. Müller. (Wiener med. Wochenschr., No. 11, 1894.)

Auf Grundlage jahrelang fortgesetzter Beobachtungen empfiehlt Verf. die Anwendung des Gabritschewsky'schen Pneumatoscops, um die pneumatischen Verhältnisse des Warzenfortsatzes, beziehungsweise Diagnose von Eiteransammlungen im Proc. mast. zu erkennen. Die Methode basirt auf der physikalischen Erwägung, dass die Schallverhältnisse — hier die Fortleitung des Tones einer zum Klingen gebrachten Stimmgabel — andere sein müssen in den eitererfüllten Warzenzellen, als in den normal lufthaltigen. Das Pneumatoscop besteht im Wesentlichen aus einem Schallfänger, aus dessen Stiele zwei Schläuche abgehen, die an ihrem Ende mit je einer Olive versehen sind. Die Anwendung des Apparates geschieht folgender Weise: Der Patient setzt den Schallfänger an den geöffneten Mund und hält während der Dauer der Auscultation den Athem an. (Dies aus dem Grunde, weil das Athemgeräusch den Untersuchenden sehr belästigt.) Die Oliven des vom Schallfänger abzweigenden Otoscops kommen in beide Ohren des untersuchenden Arztes. Dieser setzt nun eine C<sub>2</sub>-Stimmgabel auf den Proc. mast. des Patienten, und zwar zuerst auf den Warzenfortsatz der afficirten Seite, und lässt die Stimmgabel abtönen. Die bei der binauralen Auscultation für das Ohr des Untersuchenden bereits verklungene Stimmgabel wird aber durch einige Augenblicke wieder gehört, wenn der

Arzt dieselbe — ohne neuerlichen Anschlag — auf den Proc. mast. der gesunden Seite aufsetzt. Bei der Wahrnehmung einer solchen Leitungsver-schiedenheit wird ein Leitungshinderniss im kranken Warzenfortsatz, und zwar das Vorhandensein von Eiter in demselben supponirt. Verf. rühmt die Verlässlichkeit dieser Methode gegenüber der Durchleuchtung und Percussion des Knochens, und angesichts des Umstandes, dass bisher ein jedes Mittel unverlässlich war, wo es sich darum handelt, Eiterungen im Warzenfortsatz zu constatiren, sieht Verf. das Instrument als eine wirkliche Bereicherung unserer diagnostischen Behelfe an. (?)  
Lichtenberg.

### b) Rhinologische:

**Experimentelle Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen.** Von Dr. G. Franke in Berlin. (Arch. für Laryngolog. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

F. hat mit einem sinnreich construirten Apparate nicht nur den natürlichen Luftdruck in der Nase und deren Nebenhöhlen gemessen, sondern auch, wie bislang noch nicht geschehen, die veränderten Luftdruckverhältnisse bei mehr oder weniger behinderter Nasenathmung. Diese Versuche führten zu folgenden Ergebnissen: Der Luftdruck in den normalen Nasen- und Nebenhöhlen bei normaler Athmung betrug höchstens 2—3 Mm. Wasser. Die Luftdruckgrösse in der Nasenhöhle wird bestimmt durch die absolute Weite der ganzen Nasenhöhle; durch die relative Grösse, d. h. durch die Unterschiedsgrösse zwischen Choane und Nasenloch; durch die Lage des engsten Nasenhöhlendurchschnitts; durch die Stärke und Heftigkeit der Respirationsbewegungen. — Der Luftdruck in den Nebenhöhlen ist derselbe wie der Luftdruck in demjenigen Nebenhöhlenabschnitte, in welchen die Nebenhöhle mündet. Be-ziehentlich der Veränderung des Luftdrucks in der Nase, so kommt es hauptsächlich auf die Schnelligkeit an, mit der die Luft zu- und abströmt. Die Schnelligkeit, mit welcher der Ausgleich stattfindet, hängt ab: 1) von der Druckdifferenz; je grösser diese ist, desto schneller bewegen sich die Luftmassen; 2) von der Grösse der Communicationsöffnung; je kleiner die Oeffnung, desto länger dauert die Ausgleichung; 3) von der Grösse der Luftmenge; je kleiner das Volumen, desto schneller tritt die Wiederherstellung des Gleichgewichtes ein. — Die Grössenunterschiede der Nasen- und Nebenhöhlen können keineswegs mit den Unterschieden des Luftdrucks in irgend welchen Zusammenhang gebracht werden. F. schliesst: Die Nasenhöhle hat für ihre verschiedenen Functionen zweckmässige Einrichtungen, die Nebenhöhlen haben dagegen gar keine Function, sind nur Knochenhöhlen, die dadurch entstanden sind, dass der Knochen innen entlastet wird und wegen Mangels des functionellen Reizes atrophirt, während der übrig bleibende äussere Knochenmantel die ganze Last allein zu tragen hat. Die Communicationsöffnungen sind nun diejenigen Punkte, wo der Anfangs solide Knochen zuerst entlastet wurde und zu atrophiren begann; die Schleimhaut senkt sich von hier aus in die Knochenlücke hinein, wie sie jeden Fistelgang auszukleiden bestrebt ist. Da also diese Nebenhöhlen ohne Function



sind und nichts mit der Athmung zu thun haben, ist auch die Grösse und Entwicklung dieser Nebenhöhlen ganz so unabhängig von den verschiedenen Athmungsvorgängen, wie die Weite der Nasenhöhlen unabhängig von der Grösse des Athemdruckes ist. Beschorner.

---

**Das Rhinosclerom in der Schweiz.** (*Le rhinosclérome en Suisse.*) Von Dr. Louis Secretan. (Congrès de Rome, section de laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Am Ende seiner ausgiebigen Arbeit kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Selten in der Schweiz; in einem einzigen hohen Thal der Alpen mit sehr trockenem continentalen Klima beobachtet. Ursache unbekannt; der v. Frisch'sche Microb wurde in allen Fällen gefunden. Die beobachtete Form ist die diffuse, mit scleromatösen Knoten auf der Mucosa der Nase, des Rachens, des Larynx und der Trachea und besonders ausgeprägten subglottischen Symptomen. Extirpation der grösseren Knoten und mechanische Behandlung des Larynx mittelst der Schrötter'schen Sonden. Gute Resultate, so dass die Patienten ihre schwere Landarbeit wieder verrichten konnten. Nach geraumer Zeit bilden sich die entfernten Knoten von Neuem, während die Larynxstenose nicht recidivirt. Dr. P. K.

---

**Schweres Nasenbluten.** (*Epistaxis grave.*) Von Dr. Miot. (*Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894.*)

Auf zwei Beobachtungen gestützt, kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Sobald die Blutung in varicösem oder erectilem Gewebe ihren Sitz hat, so muss man die positive interstitielle Electrolyse anwenden. 2) Es ist einerlei, welche Nadeln man anwendet; die kupfernen und silbernen scheinen einigen Vorzug zu haben. 3) Im Allgemeinen muss man 16–20 Milliampères anwenden und zwar während 8–10 Minuten Dauer. 4) In den schlimmsten Fällen genügen vier Sitzungen. 5) Obschon in unmittelbarer Verbindung mit dem Gehirn, führt diese locale Behandlung keinerlei Störungen herbei. Dr. P. K.

---

**Ueber Hämatom der Nasenscheidewand.** (*Hématome de la cloison des fosses nasales.*) Von Dr. Lacoarret. (*Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.*)

Auf die Beobachtung eines Hämatoms der Nasenscheidewand bei einem 12jährigen Mädchen gestützt, kommt Verf. zu dem Schluss, dass ein Trauma immer die Ursache ist, dass es seltene Fälle sind, endlich dass das plötzliche Entstehen, die zwei ganz sich ähnlich sehenden fluctuirenden Tumoren an beiden Seiten des Septum cartilagineum, die Schmerzlosigkeit, das Fehlen der Tendenz zur Resorption, das Ergebniss einer klaren serösen Flüssigkeit bei der Punction die Hauptsymptome sind. Die Differentialdiagnose zwischen Hämatom und Neubildungen, chronischem Abscess, Perichondritis serosa, lymphatischem Tumor ist leicht. Dr. P. K.

**Zur Anatomie der unteren Wand des Sinus frontalis.** Von Dr. E. Winckler in Bremen. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Um die Frage beantworten zu können, ob es statthaft und durch die anatomischen Verhältnisse begründet ist, medianwärts von der mittleren Nasenmuschel eine Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand zu unternehmen, hat W. Untersuchungen an den Schädeln von 17 männlichen und 16 weiblichen menschlichen Leichen im Alter von 20 bis über 80 Jahren vorgenommen, welche darthun, dass sich sowohl bei Männern wie bei Frauen etwa in der Hälfte der Fälle Stirnhöhlen endonasal trepaniren, indessen kaum bei dem sechsten Theile der Männer und dem vierten Theile der Frauen sondiren liessen. Nebenverletzungen des Siebbeins wurden bei der Trepanation an 5 Schädeln constatirt. In diesen Fällen fand sich ein sehr breites oder sehr weit nach vorn sich erstreckendes Siebbein, dessen vordere Zellen durch das Instrument perforirt worden waren. Die Erweiterung der angelegten Trepanationsöffnung liess sich in einigen Fällen sehr leicht bewerkstelligen, jedoch genügte dieselbe nicht zu einem vollkommenen Ecrasement einer grösseren Stirnhöhle. Für stärkere Canülen, Drains event. Jodoformgazestreifen war sie nach der Erweiterung ausreichend. Beschorner.

**Der Nasenrachenraum bei Masern und Scharlach.** (Le nasopharynx dans la rougeole et la scarlatine.) Von Dr. J. A. Stucky. (Pract. and News und Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Auf 10 Fälle gestützt, behauptet Verf., dass das Nasenrachenraumleiden in directem Verhältniss zum Rachenleiden steht, und da letzteres auch in directem Verhältniss zum Allgemeinleiden ist, dass das Nasenrachenraumleiden ebenfalls zu letzterem in directem Verhältniss sich befindet. Das Nasenrachenraumleiden nimmt gegen die vordere Nasenöffnung hin ab. Es giebt ebenfalls spezifische Nasenrachenraumleiden sine exanthemate. Dr. P. K.

**Ueber Gipsabdrücke des Nasenrachenraumes und der Choanen.** (Sur les empreintes en plâtre de la cavité pharyngienne supérieure et des choanes.) Von Dr. Hopmann. (Congrès de Rome 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

1) Diese Abdrücke beweisen auf die unzweideutigste Weise das Bestehen von Asymmetrie und Verengerung des Nasenrachenraumes und der Choanen bei vielen Patienten, Unregelmässigkeiten, welche von verschiedenen Autoritäten geleugnet wurden. Sie ergänzen nicht nur die Unvollständigkeit der anatomischen Präparate, sondern ersetzen selbe sogar.

2) Durch viele solcher Gipsabgüsse kann man sich eine Sammlung anlegen, welche man durch anatomische Präparate nie erlangen kann.

3) Die Abgüsse zeigen die Anomalien besser, als das Rhinoscop und die Digitaluntersuchung.

4) Die einzelnen Dimensionen sind naturgetreu, so wie sie durch Messungen am Kranken nicht constatirt werden können.

5) Diese Abgüsse lehren, dass man sehr oft bei Erwachsenen zu enge und bei Vielen im Ganzen zu kleine Choanen findet; nicht selten findet man auch eine transversale Verengerung des Nasenrachenraums.

6) Die Abgüsse helfen den Erfolg der ausgeführten Operationen controliren.

7) Das Erlernen der Fabrikation der Abgüsse ist leicht, nimmt sehr wenig Zeit in Anspruch und plagt den Kranken nur wenig.

8) Verf. zeigt eine solche Sammlung und erklärt die Fabrikation der Gipspräparate.

Dr. P. K.

**Ein für alle Fälle brauchbarer Schlingenschnürer für die Nase.**

(Universal nasal snare.) Von Greville Mac Donald, M. D. London. (Jancet. 1. Dec. 1894.)

Das Instrument ist sowohl zur raschen Entfernung von Nasenpolypen geeignet, wie auch für die langsame von fibrösen Geschwülsten. (Das Instrument scheint dem Ref. der Abbildung nach doch etwas complicirt.)  
M. Schm.

**c) Pharyngo-laryngologische:**

**Die Pathologie der Zungentonsille.** Von Dr. med. Otto Seifert, Privatdocent in Würzburg. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 48.)

S. geht zunächst ausführlich auf die Anatomie der Zungentonsille ein, jenes Conglomerates von Balgdrüsen, welche in der Schleimhaut der Zungenbasis angesammelt sind und der Oberfläche derselben ein unebenes, leicht höckeriges Aussehen verleihen. Hierauf bespricht er eingehend die Krankheiten, denen dieselbe unterworfen ist, und zwar: Varicen. — Als acute Entzündung: Tonsillitis praeepiglottica acuta (im engeren Sinne). Tonsillitis praeepiglottica follicularis acuta. Tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa. Ferner: Hypertrophie und Atrophie der Zungentonsille. Soor. Mycosis pharyngis leptothricia, Pharyngomycosis leptothricia benigna (Mycosis tonsillaris benigna: Fränkel, Algosis faucium leptothricia: Jacobson). Pharyngomycosis sarcinia. Aspergillusmycose. — Allen diesen verschiedenen Affectionen widmet Autor betreffend Aetiologie, objectiven Befund, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung sorgfältigste Besprechung, unter Heranziehung wohl der gesammten einschlägigen Literatur, so dass die Arbeit als eine das Thema nach jeder Richtung hin nahezu erschöpfende Monographie anzusehen ist, welche allen Aerzten eine hochwillkommene Quelle zum Studium der practisch so wichtigen Erkrankungen jenes so lange vernachlässigten Gebildes sein wird.  
Beschorner.

**Ueber Papillome der Mundrachenhöhle.** Von Dr. M. Kuhn in Würzburg (aus Dr. Seifert's Ambulatorium für Nasen-, Rachen- und Kehlkopf- kranke). (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 92.)

Nach genauer Sichtung der einschlägigen Literatur giebt K. der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Anzahl der einzelnen Literaturangaben, soweit wenigstens die Papillome des weichen Gaumens, der Gaumenbögen und der Uvula in Frage kommen, zur Häufigkeit dieser in keinem Verhältnisse stehen. Hierauf macht Autor in tabellarischer Form Mittheilung über 71 hierher gehörige Patienten, die im Ambulatorium von Dr. Seifert in Würzburg behandelt wurden. An

diesen gelangten 83 Papillome zur Beobachtung. 30 wurden entfernt und microscopisch untersucht. Männer waren weit häufiger befallen als Frauen, jedenfalls der anhaltenden Reizzustände wegen, denen sich die ersteren mehr wie die letzteren aussetzen, und die in der Aetiologie der Papillome eine zweifellos bedeutsame Rolle spielen. Sitz der Papillome war zumeist die Uvula, dann die Gaumenbögen und die Zunge. Bezieht sich der Frage, ob das Papillom den epithelialen Gebilden oder den Neubildungen der Binde substanz zuzurechnen ist, betont K., dass, mag auch die erste Stufe der Entwicklung in dem Auswachsen der Papillen zu suchen sein, im weiteren Wachsthum dieser Neubildung das Bindegewebe gegenüber der activen Rolle des Epithels völlig in den Hintergrund tritt und lediglich das dürftige, dendritisch verzweigte Gerüst für eine mächtige hyperplastische Epitheldecke abgiebt. Die letztere zeigt bisweilen ziemlich starke Verhornung der oberen Lamellen; der bindegewebige Grundstock besteht immer aus ganz lockerem Bindegewebe, das wechselnd zellige Infiltration, dagegen immer stark erweiterte Gefässe führt.

Beschorner.

**Ueber Articulationsaphasie und Intonationsaphasie bei Besprechung eines Falles von corticaler motorischer Aphasie ohne Agraphie.**  
(Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation à propos d'un cas d'aphasie motrice corticale sans agraphie.) Von Dr. Brissaud. (Semaine médicale No. 43, 1894.)

Früher, sogar bis in die letzte Zeit, sah man in der Aphasie eine Sprachstörung, welche rein corticalen Ursprunges sein soll. In letzter Zeit aber haben sich wichtige Gründe geltend gemacht, welche eine Art Aphasie anzunehmen zwingen, welche nicht von einer Läsion der grauen Substanz herührt, in anderen Worten: welche subcorticalen Ursprunges ist. Verf. beweist dies durch ein Beispiel, welches seines hohen Interesses wegen hier angeführt werden soll: Eine 45jährige Frau hatte sehr heftige Kopfschmerzen rechts, welche keiner Behandlung wichen; bald darauf trat ein Krampfanfall ein, welchem eine fünf Tage anhaltende Bewusstlosigkeit folgte: bei Wiedereintritt des Bewusstseins war die ganze rechte Seite gelähmt. Es sei hier im Voraus erwähnt, dass die anhaltenden Kopfschmerzen immer die apoplectischen und ischämischen Lähmungen ipso facto auszuschliessen gestatten; es handelt sich in solchen Fällen immer um meningeale Schmerzen, welche auf einen Corticalprocess hindeuten: von welchem der epileptische Anfall und die Lähmungserscheinungen die ersten Symptome darstellen. Pat. war eine Pariser „dame de la halle“, d. h. sie hatte die Zunge am rechten Platze und führte ihre eigene Buchführung: es bestand also nie eine Spur weder von Aphasie noch von Agraphie. Während eines ganzen Jahres blieb die Lähmung begleitende Aphasie eine totale und absolute, d. h. sensitiv und motorisch, ohne dass Patientin dabei ein einziges Wort aussprechen konnte. Diese psychische Umnebelung dauerte ungefähr zehn Monate, besserte sich dann allmählig, währenddem die Aphasie fortbesteht; es traten in diesem Zeitraum etwa zehn epileptische Anfälle ein, welche jetzt aufhören; in diesem Augenblick ist die rechtsseitige Lähmung eine totale, aber unvollständige.

Patientin versteht jedes Wort, welches man ihr sagt: selbe ist also

nicht worttaub; sie liest und versteht unsere schriftlichen Fragen: sie ist also nicht wortblind und nicht schriftblind; sie schreibt Gedrucktes, Geschriebenes, Dictirtes fehlerlos ab: sie ist also nicht agraphisch. Die Articulation der Worte ist also allein aufgehoben. Dabei giebt Patientin durch verschiedene sehr expressive, modulirte, in piano und forte abwechselnde, durch die sehr entwickelte Mimik noch mehr verständlichere Töne sich zu verstehen. Angenommen also, dass die motorischen Articulationsbilder intact seien, in anderen Worten, dass Pat. nichts von dem, was man zum Sprechen braucht, vergessen habe, so muss man annehmen, dass die Verbindung unter der Gehirnrinde unterbrochen ist, wahrscheinlich in der Gegend des Centrum ovale; dabei muss man natürlich annehmen, dass die Verbindungsfasern der Articulation von denen der Intonation verschieden sind. Die Sprache ist eigentlich ein articulirtes Singen. Mit Unrecht behauptet man, dass die Intonation die Articulation vervollständige; im Gegentheil, die Articulation vervollständigt die Intonation; letztere war das Ursprüngliche, und als selbe nicht mehr genügte, schuf der Mensch sich die Articulation zur Aushilfe. Die Intonation ist die Musik der Sprache und ohne sie kann man sich keinen Redner denken; die Articulation und mit ihr also alle bestehenden Sprachen sind als Kunstproducte anzusehen. Die allen Menschen gemeinsame Sprache ist die Sprache der Kinder, bevor selbe sprechen können; sie ist nicht articulirt, aber sie ist accentuirt, sonor, verständlich. Die Intonation, welche in der frühesten Jugend sich entwickelt, bleibt für immer, währenddem die Articulation sich verlieren kann: Ein junger Mensch, welcher sein Land verlässt, verlernt dessen Gebräuche, dessen Sprache, aber nie die angeborene Intonation, d. h. den Accent. Diese, schon längst von den Philosophen und Künstlern angedeuteten Nüancierungen der Sprache finden in letzter Zeit ihre Anwendung auch klinisch und wir als Aerzte sind gezwungen, in dem Capitel der Aphasie selbe zu berücksichtigen. Verf. giebt an zwei weiteren Patienten den Beweis, dass man bei Aphasie ohne Agraphie nicht immer eine subcorticale Läsion annehmen darf. Bei der ersten Patientin beweisen ja hinlänglich die Jackson'schen epileptischen Anfälle und der einseitige hartnäckige Kopfschmerz (Meningealschmerzen), das Ergriffensein der corticalen Substanz, trotzdem Agraphie nicht besteht. Ueber die Frage, ob man es mit einem parasitären Tumor, mit einer Gumma, mit einem meningoencephalitären Herd, mit einer meningalen Blutung zu thun hat, ist schwer zu entscheiden.

Die ganze Arbeit verdient im Original nachgelesen zu werden.

Dr. P. K.

**Paralyse der Abductoren im Verlaufe von tertiärer Syphilis.** (Paralyse des abducteurs au cours de la syphilis tertiaire. (Von Dr. M. Boulay und H. Mendel. (Arch. internat. de laryngol. et rhinol. etc., Bd. VII, No. 4.)

Bei einem 50jährigen Manne, der 4 Jahre zuvor syphilitisch inficirt wurde, trat plötzlich rechtsseitige Lähmung von Gesicht, Arm und Bein und Aphonie ein. Besserung dieser letzteren innerhalb von 6 Wochen, dann allmählicher Eintritt von Fistelstimme. Athemnoth. — Die laryngoscopische Untersuchung zeigte immobile Stimmbänder in Adductions-



stellung mit ca. 3 Mm. Distanz. Diagnose: Lähmung der Crico-arytaenoidei postici, der Thyreo-arytaenoidei interni und vielleicht der Cricothyroidei. Es wurde centrale Ursache und die Existenz einer syphilitischen, peribulbären Pachymeningitis angenommen, oder eine Sclerose am Boden des 4. Ventrikels, im Niveau der Ursprungskerne derjenigen Nervenfasern, welche für die Innervation der Larynxmuskeln, insbesondere der Adductoren bestimmt sind. Beschorner.

---

**Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs.** Von Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. 1, Heft 2, 1893.)

Nach Wiedergabe der Beschreibung des Ventriculus Morgagni mit des Meisters, dessen Namen dieser „Spalt“ trägt, eigenen Worten, geht F. speciell auf den daselbst zuerst erwähnten Appendix ein. Dieser, auch Blindsack oder Diverticulus ventriculi genannt, stellt nach Ansicht F.'s ein besonderes Organ dar, welches die Höhle des Ventrikels nur als Mündung braucht. Die Höhle entsteht dadurch, dass die Stimm- und Taschenbänder sich jederseits als zwei, in ihrem ganzen horizontalen Verlauf von einander geschiedene Cristae medianwärts über die Ebene der äusseren Larynxwand erheben. Der Raum, der zwischen ihnen frei bleibt, ist die Höhle des Ventrikels. Der Längsdurchmesser derselben verläuft annähernd horizontal, der Tiefendurchmesser von innen nach aussen. Unter einem rechten Winkel geht nun von dieser Höhle der Appendix aus, dessen Durchmesser von oben nach unten und von vorn nach hinten gerichtet sind. — F. beschreibt des Weiteren die Einmündungsstelle des Appendix und die Cavitas ventriculi, seine Gestalt und die Methode, von dieser eine Anschauung zu gewinnen. Hierzu ist die Betrachtung von Serienschnitten am zweckmässigsten und dürften die photographischen Lichtdruckbilder von Frontalschnitten, wie sie dem Heft 1, Bd. I, und der vorliegenden Arbeit beigegeben sind, wohl geeignet sein, volles Verständniss herbeizuführen. — Was die Aufgabe dieses, durch seinen ganzen Bau als ein von der Haupthöhle des Ventrikels verschiedenen Organs (des Appendix) anlangt, so muss man, nach F., entschieden von der Idee absehen, dass es ein acustisches Werkzeug nach Art eines Resonators darstelle, vielmehr ist als seine einzige Aufgabe die anzusehen, welche Morgagni ihm zuweist, nämlich eine Flüssigkeit abzusondern, welche geeignet ist, die Stimmbänder geschmeidig zu erhalten. Ein Vergleich des Appendix mit den Taschen der Tonsillen scheint F. in hohem Grade zutreffend. Beschorner.

---

**Larynx-Neurasthenie.** (Neurasthénie laryngée.) Von Dr. Castex. (Französische Gesellsch. für Laryngol. und Otologie zu Paris, Sitzung vom 30. April 1894.)

Aphonie mit kaum bemerkbarer Erschlaffung der Stimmbänder und ohne Asymmetrie. Es besteht also weniger Hysterie, als eine functionelle Erschlaffung, über welche Patient bei Kraftanstrengung des Willens Herr wird. Ohne Suggestion und Electricität heilen solche Fälle durch Gesang- und Sprachübungen. Dr. P. K.

**Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda des Kehlkopfes.** (Un cas de syphilis héréditaire tardive du larynx.) Von Dr. A. Sokolowski in Warschau. (Arch. internat. de laryngolog. etc., Bd. VII. No. 5. Septbr./Oct. 1894.)

Während von Lewin, Mackenzie, Schrötter etc. auf den Kehlkopf localisirte Syphilis in etwa 3 pCt. der Kehlkopfkranken überhaupt beobachtet wurde, hatte S. bei Zugrundelegung der Zahl von 7311 Halskranken nur etwa  $\frac{1}{2}$  pCt. zu verzeichnen. Ist demnach Kehlkopfsyphilis schon als acquirirte Krankheit selten, so noch mehr die ererbte, und wird diese sogar von Autoren selbst der neueren Zeit ganz geleugnet. Erst Fournier hat die Symptomatologie der Syph. hered. tard. nach Beobachtungen an 10 Fällen zusammengefasst und dabei gezeigt, dass die Erscheinungen dieser Krankheitsform sich in keiner Weise von denen der acquirirten Kehlkopfsyphilis unterscheiden. — Besonders selten ist die Syph. hered. tard. im vorgeschrittenen Kindesalter, und ein solcher Fall ist es (ein 15jähriges Mädchen betreffend), den S. ausführlich mittheilt.

Beschorner.

**Ein neuer Griff für galvanocaustische Schlingen.** Von Dr. Keimer in Düsseldorf. (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I, Heft 1, p. 115.)

Aehnlich der kalten Schlinge von A. Hartmann, jedoch mit Einrichtung für Galvanocaustik und einem originellen Contact, der es rasch ermöglicht, auf diese oder jene Weise zu operiren. Beschorner.

## Der 13. Congress für innere Medicin

findet vom 2. bis 5. April 1895 zu München statt. Präsident: Herr von Ziemssen (München).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Dienstag, den 2. April: Die Eisen-therapie. Referenten: Herr Quincke (Kiel) und Herr Bunge (Basel).

Am zweiten Sitzungstage, Mittwoch, den 3. April: Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie. Referat erstattet von Herrn Heubner (Berlin).

Am dritten Sitzungstage, Donnerstag, den 4. April: Die Pathologie und Therapie der Typhilitiden. Referenten: Herr Sahli (Bern) und Herr Helferich (Greifswald).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr A. Baginsky (Berlin): „Die pathogenen Nebenwirkungen des Heilserums in der Diphtheriebehandlung.“ — Herr W. von Leube (Würzburg): Thema vorbehalten. — Herr M. Litten: „Ueber die physiologische und klinische Bedeutung des Zwerchfellphänomens mit Demonstrationen an Gesunden und Kranken.“ — Herr A. Rosenbach (Breslau): „Die Grundlagen der Lehre vom Stoffwechsel.“ — Herr Th. Rumpf (Hamburg): „Ueber die Behandlung des Typhus mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus.“ — Herr Reich (Hamburg): „Pathologisch-anatomische und bacteriologische Befunde bei Infectionskrankheiten.“ — Herr E. Sonnenburg (Berlin): „Die Appendicitis simplex.“ — Herr v. Basch (Wien): „Die Compensationslehre vom erkenntniss-theoretischen Standpunkte“ — Herr Riedinger (Würzburg): Thema vorbehalten. — Herr Semmola

M. H. U.

(Neapel): „Sur la toxicité des urines dans son degré et dans son nosographisme comme élément de diagnostic et de pronostic dans les maladies en général et surtout dans les maladies aiguës infectieuses.“ — Herr H. Schmaus (München): „Ueber das Verhältniss des elastischen Gerüstes in tuberculösen Herden der Lunge.“ — Herr K. Dehio (Dorpot): „Ueber die diffuse Vermehrung des Bindegewebes im Herzfeische (Myofibrose) und deren klinische Bedeutung.“ — Herr O. Bollinger (München): 1) „Ueber Todesursachen bei Pneumonie.“ 2) Demonstrative Mittheilungen. — Herr Schech (München): „Emphysem und Asthma.“ — Herr v. Ziemssen (München): Thema vorbehalten. — Herr F. Voit (München): Thema vorbehalten. — Herr Brondgeest (Utrecht): „Ueber Lupus laryngis.“ — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): „Harnsäurelösung im menschlichen Körper.“ — Herr Georg Rosenfeld (Salzbrunn): „Ueber Fettwanderung.“ — Herr Smith (Schloss Marbach am Bodensee): „Ueber den Alcohol in der Therapie.“ — Herr Gans (Karlsbad): „Ueber den Einfluss des Karlsbader Wassers auf die Magenfunction.“ — Herr Mordhorst (Wiesbaden): „Beitrag zur Chemie der Harnsäure und zur Entstehung der Gichtanfalle.“ — Herr Seifert (Würzburg): „Ueber Bronchostenose.“ — Herr von Jaksch (Prag): Thema vorbehalten. — Herr Schreiber (Königsberg): „Ueber den Oesophagus.“

Weitere Anmeldungen zu Vorträgen nimmt der ständige Secretär des Congresses Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden) entgegen.

Mit dem Congress ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Besondere Gebühren werden dafür den Ausstellern nicht berechnet. Hin- und Rückfracht, Aufstellen und Wiedereinpacken, sowie etwa nöthige Beaufsichtigung sind üblicher Weise Sache der Herren Aussteller. Anmeldungen und Auskunft bei Herrn v. Ziemssen (München).

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Am 19. I. Mts. fand in Wien die Constituirung einer Oesterreichischen otologischen Gesellschaft statt. Zweck derselben ist: die Ohrenheilkunde sowie die ihr verwandten Disciplinen wissenschaftlich zu fördern und die Erreichung der ihr gebührenden Stellung an den österreichischen Universitäten anzustreben.

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft, welche aus wirklichen, correspondirenden und Ehrenmitgliedern besteht, wird allmonatlich eine Sitzung abhalten, in der wissenschaftliche Vorträge, Demonstrationen und Discussionen stattfinden sollen, und ausserdem alljährlich einen „Oesterreichischen Otologentag“ einberufen.

Zum Vorsitzenden der Gesellschaft wurde Prof. Gruber, zu dessen Stellvertreter Prof. Politzer, zum Kassenführer Prof. Urbantschitsch, zu Schriftführern Docent Dr. Pollak und emer. klinischer Assistent Dr. Hrubesch gewählt.

Die wissenschaftlichen Sitzungsberichte werden in dieser Monatschrift veröffentlicht werden.



## Die Deutsche otologische Gesellschaft

wird ihre diesjährige Versammlung am 1. und 2. Juni in Jena abhalten.

Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft sind an den Unterzeichneten zu richten, welcher auch bis zum 30. April d. J. die Themata der zu haltenden Vorträge und Demonstrationen entgegen nimmt.

Im Namen des Ausschusses:

Der ständige Secretär.

Prof. Dr. K. Bürkner, Göttingen.

### ↳ Bitte. ‹

In dem fortlaufenden Bestreben, der Rhino-Laryngologie die ihr unter den Specialfächern zukommende Anerkennung erkämpfen zu helfen, bin ich mit einer umfassenden Abhandlung über ihre Bedeutung für den Körper im Allgemeinen wie auch für einzelne seiner Theile beschäftigt. Ich bitte deshalb hierdurch alle Collegen, welche über diesen Gegenstand etwas Zutreffendes oder ihn scharf Beleuchtendes geschrieben haben, mir die betreffende Schrift, nachdem sie in ihr die bezüglichen Stellen freundlichst angestrichen haben, gütigst zu übersenden.

Frankfurt a. M., Gärtnerweg 36.

Dr. Maximilian Bresgen.

---

### I N H A L T.

I Originalien: Eulenstein: Mittheilungen über den tiefen Halsabscess bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein, nebst Bericht über einen operativ geheilten Fall von Grosshirnabscess. — Onodi: Rhino-laryngologische Mittheilungen. — Naegeli: Acute Entzündungen der Ductus Riviniani und der Glandulae sublinguales. — Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Schluss). — II. Kritiken: Katz: Stereoscopischer Atlas des menschlichen Ohres nach durchsichtigen macroscopischen Präparaten. — von Stein: Die Lehren von den Functionen der einzelnen Theile des Ohrlabyrinths. — Kuhn: Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. — III. Referate: a) Otologische: Coën: Ueber acustische Uebungen zur Verbesserung der Hör- und Sprechfähigkeit. — Müller: Zur Diagnostik der Eiterungen im Processus mastoideus. — b) Rhinologische: Franke: Experimentelle Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen. — Secretan: Das Rhinosclerom in der Schweiz. — Miot: Schweres Nasenbluten. — Lacoarret: Ueber Hämatom der Nasenscheidewand. — Winckler: Zur Anatomie der unteren Wand des Sinus frontalis. — Stucky: Der Nasenrachenraum bei Masern und Scharlach. — Hopmann: Ueber Gipsabdrücke des Nasenrachenraumes und der Choanen. — Mac Donald: Ein für alle Fälle brauchbarer Schlingenschnürer für die Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Seifert: Die Pathologie der Zungentonsille. — Kuhn: Ueber Papillome der Mundrachenhöhle. — Brissaud: Ueber Articulationsaphasie und Intonation-aphasie bei Besprechung eines Falles von corticaler motorischer Aphasie ohne Agraphie. — Boulay und Mendel: Paralyse der Abductoren im Verlaufe von tertiärer Syphilis. — Fränkel: Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. — Castex: Larynx-Neurasthenie. — Sokolowski: Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda des Kehlkopfs. — Keimer: Ein neuer Griff für galvanocaustische Schlingen. — XIII. Congress für innere Medicin. — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — Deutsche otologische Gesellschaft. — Bitte.

---

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. 25, 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. E. Voltolini und  
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Gangheiser (Frag), Docent Dr. Gempers (Wien), Dr. Helmze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Juras (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lohmann (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Meldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Suedi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfing (New-York), Dr. Schüller (Bremen), Prof. Dr. H. 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. SCHNÖTTER  
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 K.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 K.-M.

Jahrg. XXIX.

Berlin, April 1895.

No. 4.

## I. Originalien.

### VI. Jahresbericht

(vom 1. Januar 1894 bis 1. Januar 1895)

## aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten.

Von

Dr. Stetter,

Privatdocent der Chirurgie und Ohrenheilkunde.

Im Jahre 1894 sind im Ganzen 1718 Patienten behandelt worden,  
und zwar:

952 Ohrenkranke,  
468 Nasen- und Halskranke,  
298 Zahn- und Mundkranke.

Von diesen Patienten stammten:

1170 aus Königsberg,  
381 aus Ostpreussen,  
43 aus Westpreussen, Pommern, Posen,  
124 aus Russland.

A. Ohrenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
1 Jahr	6	6	12
1—10 Jahre	85	102	187
10—20 "	126	94	220
20—30 "	79	108	187
30—40 "	84	63	147
40—50 "	55	42	97
50—60 "	26	29	55
60 u. darüber	25	22	47
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	486	466	952

B. Nasen- und Halskranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
1 Jahr	1	2	3
1—10 Jahre	37	30	67
10—20 "	52	90	142
20—30 "	28	78	106
30—40 "	27	37	64
40—50 "	20	25	45
50—60 "	9	22	31
60 u. darüber	6	4	10
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	180	288	468

Behufs Feststellung der Frequenz der Ohrenerkrankungen in den verschiedenen Altersstufen habe ich in der folgenden Tabelle alle seit dem 1. Januar 1889 behandelten Ohrenkranken nach ihrem Lebensalter zusammengestellt und es ergibt sich auch aus dieser Tabelle wie in den Vorjahren das grosse Uebergewicht der Patienten im jugendlichen Alter bis zu 20 Jahren, denn es befanden sich unter den 5381 Kranken 2706 im Alter von 1—20 Jahren und 2675 im Alter von 20—60 Jahren und darüber, das ergibt ein Plus von 31 Kranken für die 2 ersten Decennien gegen die 4 folgenden.

Frequenztablelle der vom 1. Januar 1889 bis zum 1. Januar 1895 behandelten Ohrenkranken:

Alter	männlich	weiblich	Summa	
1 Jahr	71	52	123	} 2706.
1—10 Jahre	666	593	1259	
10—20 "	838	486	1324	
20—30 "	461	444	905	
30—40 "	331	262	593	} 2675.
40—50 "	298	233	531	
50—60 "	191	175	366	
60 u. darüber	127	153	280	
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
	2983	2398	5381	

Die behandelten Krankheitsformen waren folgende:

A. Ohrenkrankheiten.

	R.	L.	D.	Sa.
Abscess des Ohrläppchens . . . . .	1	—	—	1
Eczem der Muschel und des Gehörganges . . . . .	6	1	3	10
Accumulatio ceruminis . . . . .	42	36	31	109
Corpora aliena . . . . .	11	—	3	14
Vulnera der Muschel . . . . .	4	1	—	5
Otitis ext. diff. acuta . . . . .	34	28	10	72
„ „ circumscripta . . . . .	36	23	15	74
„ „ desquamativa . . . . .	8	9	—	17
Myringit. acuta prim. . . . .	4	4	10	18
„ chron. purul. . . . .	20	23	11	54
„ chron. sicca . . . . .	24	25	25	74
Perforatio myring. traum. . . . .	1	2	—	3
„ „ obsoleta . . . . .	8	8	1	17
Deposita calcaria . . . . .	2	2	—	4
Alters-Sclerose des Trommelfells . . . . .	1	—	2	3
Otitis media catarrhalis . . . . .	9	20	26	55
„ „ adhaesiva . . . . .	19	18	36	83
„ „ chron. purul. cum perforat. myring. . . . .	72	63	65	200
„ „ cum granul. et perforatione . . . . .	27	19	37	83
„ „ mit Cholesteatom . . . . .	1	1	—	2
„ „ mit Polypenbildung . . . . .	2	3	1	6
„ „ mit Betheiligung des Proc. mast. . . . .	10	10	—	20
„ „ mit anderen periauriculären Entzündungen . . . . .	3	—	—	3
Hyperacusis . . . . .	—	—	1	1
Acusticus-Parese . . . . .	2	2	5	9
Chron. Nervenanbahnheit: durch Syphilis . . . . .	1	—	2	3
„ „ durch Profession . . . . .	1	3	7	11
„ „ durch Trauma . . . . .	1	1	—	2

B. Nasenkrankheiten.

Eczema nasi . . . . .	19
Acne rosacea . . . . .	8
Furunkel . . . . .	1
Herpes . . . . .	1
Lupus . . . . .	1
Hochgradige Septum-Scoliose . . . . .	4
Ulcus septi . . . . .	2
Chondroma septi . . . . .	1
Rhin. hypertrophicans (reine Schleimhaut-hypertrophie) . . . . .	134
Schleimpolypen . . . . .	5
Rhin. atrophicans und Ozaena . . . . .	29
Epistaxis . . . . .	5

Corpus alienum . . . . .	1
Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum	18
Rhinopharyngit. cat. . . . .	12
Empyema antr. Highmori . . . . .	2

C. Mund- und Halskrankheiten.

Stomatitis ulcerosa . . . . .	1
Glossitis . . . . .	7
Tonsillitis (acuta und chron.) . . . . .	46
Tonsillar-Abscess . . . . .	4
Parulis . . . . .	5
Ankyloglossum . . . . .	1
Defecte n. Ulcera luetica am weichen Gaumen	5
Pharyngitis acuta cat. . . . .	33
"    granulosa . . . . .	43
"    atrophicans . . . . .	2
"    ulcerosa syph. . . . .	1
Laryngitis acuta und chron. . . . .	68
Tuberculosis laryngis . . . . .	3
Stimmbandpolypen . . . . .	3
Struma parenchymatosa . . . . .	1
"    cystica. . . . .	1

Ausserdem wurden an 298 Kranken 368 Zahnextractionen gemacht, so dass also im Ganzen

1718 Kranke

im Ambulatorium, und zwar meistens unentgeltlich, behandelt wurden.

Ich freue mich, auch in diesem Jahresberichte wieder constatiren zu dürfen, dass dem Ambulatorium von Seiten der Aerzte Königsbergs und der Provinz Ostpreussen, sowie der Ostseeprovinzen Russlands viele Patienten zugewiesen worden sind. Es ist in jedem einzelnen Falle — wenn die Patienten nicht während der ganzen Dauer ihrer Erkrankung im Ambulatorium behandelt werden konnten — dem betreffenden nachher behandelnden Arzte ein genauer Befund und Vorschläge für die weiter einzuschlagende Therapie mitgetheilt worden, so wie ich überhaupt, besonders bei den von auswärts an mich geschickten Patienten, grossen Werth darauf lege, mit den heimathlichen Aerzten in Verbindung zu bleiben, um so das Interesse dieser Herren an ihren Patienten, die sich ihnen später geheilt oder gebessert wieder vorstellen, wach zu erhalten. Dass mir das gelungen ist, ersehe ich aus den mannigfachen Zuschriften der Aerzte über das weitere Ergehen der entlassenen Patienten und aus den noch häufigeren Anfragen über event. Aenderungen in der Therapie. — Ich halte diesen innigen Verkehr mit den Aerzten für eine absolute Nothwendigkeit, wenn anders die Ambulatorien der Specialärzte den Nutzen bringen sollen, den sie zu bringen im Stande sind. Sie sind nicht nur dazu da, dem Specialisten zu seiner weiteren Ausbildung zu dienen und dadurch den Hilfe suchenden Patienten mehr zu nutzen, als es den practischen Aerzten möglich ist, sondern sie haben die weitere edle Aufgabe, diesen Aerzten selbst zu nützen und die Lücken in ihrem Wissen auszufüllen, die das Universitäts-Studium leider gelassen hat und, wie die Verhältnisse heute liegen, hat lassen müssen!

Es wurden im Ambulatorium folgende Operationen ausgeführt:

Incisionen primärer Abscesse und Furunkel am äusseren Ohre . . . . .	6
Operative Entfernung von Fremdkörpern <sup>1)</sup> . . . . .	1
Paracentese des Trommelfells . . . . .	5
Ohrpolypen-Extraction . . . . .	6
Wilde'sche Incision . . . . .	14
Ecrasement des Antr. mast. . . . .	6
Phlegmone vor dem Ohre . . . . .	1
Abscess auf der Squama oss. temp. . . . .	1
Hals-Abscess bei Otit. med. purul. . . . .	1
Cauterisationen:	
bei Pharyngit. granulosa . . . . .	8
bei Schleimhaut-Hypertrophie der Nasenmuscheln . . . . .	28
Ecrasement adenoider Wucherungen im Nasenrachenraum . . . . .	16
Extraction von Nasenpolypen . . . . .	5
Tonsillotomie . . . . .	7
Tonsillar-Abscesse . . . . .	4
Lymphomata colli-Exstirpation . . . . .	1
Necrotomia maxill. inf. . . . .	1
Endolaryngeale Entfernung von Stimmbandpolypen . . . . .	3
<b>Summa</b>	<b>115.</b>

Ich habe in der vorstehenden Tabelle absichtlich die primären Abscesse und Furunkel am äusseren Ohre einzeln aufgeführt, weil sie von den Abscedirungen zu trennen sind, welche secundär in Folge einer Otit. media purulenta zur Beobachtung und Operation kamen, was bei der Rubricirung: „Abscesse am äusseren Ohre“ nicht zum Ausdruck kommt.

Von besonderem Interesse war ein Fall von chronischer eitrigem Mittelohrentzündung, bei dem ich als junger Assistenzarzt der chirurg. Klinik die Aufmeisselung des Proc. mastoid. gemacht hatte. Danach war die Patientin 16 Jahre „gesund“ gewesen, d. h. hatte keinen eitrigen Ausfluss gehabt bis zum October 1894. Kurze Zeit nachdem sich wieder Eiter im Ohre gezeigt hatte, traten Schmerzen und Schwellung im Gehörgang und vor dem Ohre auf, die alte, tief eingezogene, mit dem Knochen fest verwachsene Narbe hinter dem Ohre und die Haut über dem Proc. mastoideus waren normal, auch war dort kein Druckschmerz vorhanden, während ein leiser Druck auf den Tragus heftige Schmerzen zur Folge hatte. Da am meisten das vordere Drittel der vorderen Gehörgangswand geschwollen und geröthet war, so machte ich dort mit dem Lanzennmesser eine tiefe Incision, obwohl Fluctuation nicht vorhanden war. Die Blutentleerung wirkte wohl insofern antiphlogistisch, als die Schmerzen etwas nachliessen und auch die Schwellung im Gehörgang, aber nicht in der Regio parotidea und unter und hinter dem Ohrläppchen geringer wurde. Dort blieb die Haut prall gespannt, glänzend, tief roth, die ganze Gegend äusserst schmerzhaft, aber nirgends war Fluctuation nachzuweisen. Da

<sup>1)</sup> Die übrigen 13 in der Tabelle der Krankheitsformen aufgeführten Fremdkörper wurden durch Ausspülung entfernt.

auch hydropathische Umschläge mit Sol. Burow keine Linderung brachten, so machte ich in der Narcose eine tiefe, ca. 3 Ctm. lange Incision über der prominentesten Parthie, etwa 1 Ctm. vor dem Tragus nach der vorderen Gehörgangswand hin. Es entleerte sich aus der Wunde nur wenig dickflüssiger Eiter und bei der Ausspülung zeigte sich, dass eine Communication mit dem äusseren Gehörgang durch die früher gemachte Punctionswunde bestand. Bis zur vollständigen Abschwellung der Weichtheile um das Ohr herum und der Auskleidung des Gehörganges vergingen noch mehrere Wochen, jedoch sind Schmerzen nicht mehr aufgetreten. Die Otitis media purulenta ist geheilt, die Hörweite für die Uhr ist gleich  $\frac{5}{200}$  für die Flüstersprache beträgt sie 50 Ctm., der Rinne'sche Versuch fällt negativ aus, Weber lateralisirt nach der kranken Seite.

Ein zweiter, bezüglich seines Verlaufes gleichfalls sehr interessanter Fall betraf einen Kutscher, der am 31. December v. J. operirt wurde.

Pat. stellte sich vor mit Klagen, welche auf Hirn-Reizung schliessen liessen. Gleichzeitig mit heftigen Schmerzen und harter Schwellung der Bedeckung des Proc. mastoid. waren Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und Erbrechen eingetreten, nachdem sich in Folge heftigen Schnaubens während eines Schnupfens unter Schmerzen im Ohre ein eitriger Ausfluss aus demselben eingestellt hatte.

Bei der ersten Untersuchung wurde eine Otitis media purulenta mit Perforation im vorderen unteren Quadranten constatirt; auf dem Eiter dicht vor dem Trommelfell lag ein stark pulsirender Reflex. In der Nacht vorher, die Pat. schlaflos zugebracht hatte, empfand er angeblich krampfartige Zuckungen in den Beinen. Die Temperatur betrug 38,6°, die Pulsfrequenz 96 Schläge in der Minute.

Obwohl hier unzweifelhafte meningeale Reizerscheinungen vorlagen, schritt ich doch nicht zur Aufmeisselung des Proc. mastoideus, sondern behandelte expectativ. Der Patient wurde zu Bett gebracht, erhielt eine Eisblase auf den Kopf, einen hydropathischen Umschlag auf die Regio mastoidea mit Burow'scher Lösung und Abführmittel; gegen das Erbrechen wurde Schlucken von Eisstückchen verordnet. In den nächsten zwei Tagen besserte sich der Zustand sehr wesentlich, es war kein Erbrechen mehr erfolgt, die Kopfschmerzen liessen nach, nur über zeitweise auftretende Schwindelerscheinungen wurde noch geklagt; aus dem Ohre floss reichlicher Eiter. Zwei Wochen nach der Aufnahme wurde eine Abscedirung auf dem Proc. mastoid. constatirt und dieselbe sofort breit eröffnet. Es entleerte sich wenig Eiter, der Knochen wurde ganz gesund gefunden, das Periost war im Bereiche des Abscesses abgehoben. — Heute — 5 Wochen nach der Operation — ist Patient vollkommen von seinem Eiterungsprocess geheilt, die Wunde hinter dem Ohre ist vernarbt, die Mittelohreiterung gleichfalls verschwunden, die aber noch bestehende hochgradige Schwerhörigkeit für Uhr, Stimmgabeltöne und Flüstersprache beweist, dass der schalleitende Apparat noch lange nicht zur Norm zurückgekehrt ist, der schallempfindende Apparat ist jedoch nach Ausfall des Rinne'schen und Weber'schen Versuches gesund, denn die Knochenleitung leistet mehr wie die Luftleitung und der „Weber“ lateralisirt prompt nach der kranken Seite auch vom entgegengesetzten Schläfebeine aus.

Im Anschluss an diesen Krankheitsfall möchte ich darauf hinweisen, dass ich bei allen Periostitiden des Processus mastoid. in Folge von Mittelohreiterungen zunächst stets die Wilde'sche Incision gemacht habe und damit auch sehr oft Heilung der Mittelohreiterung erzielt habe. Eine soeben erschienene Dissertation<sup>2)</sup> giebt genaueren Aufschluss über eine Anzahl durch Incision geheilter Fälle. Nur wenn ich den Knochen bereits cariös fand, liess ich ein Ecrasement folgen, oder wenn eine bläuliche livide Verfärbung des Knochens sein Erkranktsein deutlich machte, griff ich zum Meissel, um das Antrum mast. zu eröffnen. Ich kann mich nach meinen Erfahrungen daher auch nur ganz auf die Seite derjenigen Ohrenärzte stellen, welche nicht sofort mit der Aufmeisselung des Antrum mastoideum bei der Hand sind und kann nur vollkommen dem beistimmen, was Knapp<sup>3)</sup> und Victor Lange<sup>4)</sup> ausgesprochen haben, dass man auf dem besten Wege ist, die Wilde'sche Incision zu unterschätzen, dass die Bereitwilligkeit, die Warzenzellen und den Schädel zu eröffnen, eine zu grosse ist.

Anders verhält sich die Sache, wenn sich nach der Wilde'schen Incision zeigt, dass bereits eine Knochenfistel besteht und dass bei der Ausspülung der Wunde die Spülflüssigkeit durch das Mittelohr und den Gehörgang abfließt. In solchem Falle wird man natürlich eine Auskratzung der Fistel und wahrscheinlich auch immer des Antrum mastoid. stets folgen lassen, um freien Abfluss des Eiters zu ermöglichen und freie Durchspülung machen zu können, um die der Vernarbung ungünstigen schwammigen Granulationen aus dem Antrum zu entfernen und gesunder Granulationsbildung die Wege zu bahnen.

Wenn ich ferner auch durchaus davon überzeugt bin, dass uns die Untersuchung des Augenhintergrundes wichtige Anzeichen geben wird über eine Fortpflanzung der Augenhöhlenentzündung auf die Meningen, worauf Zaufal<sup>5)</sup> und Barnik<sup>6)</sup> hingewiesen haben, so kann ich diesen Autoren doch nicht so weit folgen, dass darin stets eine Indication zur Feststellung der Trepanation des Proc. mastoideus zu finden sei.

Bei dem oben näher mitgetheilten Falle, bei dem auch anderweitige deutliche Hirnsymptome, wie Schwindel und Erbrechen vorhanden waren, bestand ausgeprägte Schlängelung der Venen des Augenhintergrundes und die Contouren der Papille waren verwischt. Die Trepanation wurde nicht gemacht und der Patient ist nach einfacher Eröffnung des subperiostalen Abscesses auf dem Proc. mastoideus geheilt worden. Ich kann auch den Grund nicht einsehen, warum das Vorhandensein einer „intracranialen Affection“ oder „die ersten Zeichen der Hyperämie der Papille“ als Indication für die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes angesehen werden müssen.

Bei meinem genannten Patienten bestand jedenfalls eine intracraniale Affection und Hyperämie nicht nur der Papilla optica, sondern auch der

---

<sup>2)</sup> Frankenstein: „Ueber periauriculäre Entzündungen und Abscessbildungen bei Otitis med. purul. Dissertation. Königsberg 1895.

<sup>3)</sup> Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XXIV.

<sup>4)</sup> Langenbeck's Archiv, Bd. XLVII.

<sup>5)</sup> Prager med. Wochenschrift No. 45, 1881.

<sup>6)</sup> Inaug.-Diss. Halle 1892.



Retinalgefäße überhaupt. Was hätte ihm eine Trepanation mehr genützt, als die conservative antiphlogistische Behandlung bis zu dem Zeitpunkt, wo sich ein subperiostaler Abscess auf dem Warzenfortsatz bildete, nach dessen Eröffnung sich zeigte, dass der Knochen ganz gesund war? — Wenn ich in der Lage bin, einen intracraniellen Abscess zu diagnostizieren, dann werde ich allerdings auch sofort den Schädel eröffnen und dies nach Lage der ätiologischen Momente wohl auch meist vom Antrum mast. aus thun, aber in jeder intracraniellen Affection und Papillen-Hyperämie kann ich keine Indication zur Eröffnung des Antr. mastoideum sehen.

Was die Beschaffenheit des Knochens anlangt, so glaube ich, dass darin nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen ein Criterium zu finden sein dürfte, ob eine Eiterung im Antrum mastoid. besteht oder nicht. Manchmal findet man wohl den Knochen blau verfärbt, ja vielleicht die Corticalis schon so verdünnt, dass der Druck des Meissels durch die Hand allein genügt, sie zu durchstossen, worauf sich der Eiter entleert. In anderen Fällen ist aber das Aussehen des Knochens ein ganz normales, und zwar, wie Lange (l. c.) hervorhebt, am öftesten bei den acuten Affectionen. Auch die schwerere oder leichtere Ablösung des Periosts mit dem Elevatorium giebt keinen sicheren Anhaltspunkt für das Erkranktsein der tieferen Theile.

Das Facit, das ich aus meinen Erfahrungen ziehen muss, lautet demnach, dass die Wilde'sche Incision bei allen Periostitiden des Proc. mastoideus in Folge von acuter oder chronischer Mittelohreiterung jeder Zeit der erste operative Eingriff sein muss. Er genügt oft zur Heilung selbst dann, wenn der Augenhintergrund und die bekannten Allgemeinsymptome eine meningeele Reizung bereits sicher annehmen lassen. Zeigt sich die Corticalis macroscopisch verändert, besonders blau verfärbt und vielleicht schon elastisch federnd, was in ausgesprochener Weise nur bei chronischen Mittelohreiterungen vorkommt, so soll man das Antrum eröffnen, sonst abwarten, ob sich nicht innerhalb der nächsten 8 bis 10 Tage der ganze Zustand wesentlich bessert, und wenn das nicht der Fall ist, ja wenn vielleicht schon am Tage nach der ersten Operation sich die Symptome verschlimmern, dann sofort zur Aufmeisselung schreiten.

Die Frage ist doch die, ob man dem Kranken schadet, wenn man nicht sofort die Aufmeisselung macht, und diese Frage ist nach meinem Dafürhalten zu verneinen. Wenn man andererseits bedenkt, welche Gefahren eine Aufmeisselung event. mit sich bringen kann, so wird man ohne allen Zweifel besser thun, die eingreifendere Operation erst zu machen, nachdem der Wilde'sche Schnitt erfolglos geblieben ist. — Ich schliesse diese kurze Besprechung mit den Worten Lange's (l. c.), von denen ich wünschte, dass sie recht weite Verbreitung und Nachachtung finden möchten: „Abgesehen von der Gefährlichkeit oder Nichtgefahrlichkeit der Operation muss man dazu übergehen können mit voller Ueberzeugung von der Berechtigung und Nothwendigkeit derselben. Es darf nicht als eine gleichgiltige Sache betrachtet werden, ob man eine Aufmeisselung macht oder nicht, selbst wenn man eine entwickelte Technik, Antisepetik und ähnliche gute Verbündete hat.“

Von besonderem Interesse ist die operative Entfernung eines Fremdkörpers gewesen, den sich ein Mädchen von 8 Jahren in das Ohr ge-

steckt hatte. Es handelte sich um einen pyramidenartig geformten, sehr glatten Stein von der Grösse einer Erbse. Durch ungeschickte Extractionsversuche war der Stein durch das Trommelfell in das Mittelohr gestossen worden, und als ich das Mädchen zum ersten Male sah, fand ich die Gehörgangswände blutig, die Haut lappig eingerissen, vor dem Trommelfell Eiter. Nach Ausspülung und sorgsamer Reinigung konnte man den grauweissen, glänzenden Stein (Quarz) im Mittelohr liegen sehen.

Bei der tiefen Lage des Fremdkörpers und bei der Enge des Gehörganges war es von vornherein klar, dass eine Entfernung vom Gehörgang aus nicht gelingen würde. Ich bahnte mir nach der von Gruber angegebenen Methode von hinten her durch Aufmeisselung und Entfernung der hinteren Wand des Gehörganges einen Weg zum Mittelohr, ging dann mit einem kleinen scharfen Löffel hinter den Stein und hebelte ihn so heraus. — Die Patientin blieb zur Nachbehandlung noch 14 Tage in Königsberg. — Bei ihrer Abreise war das Ohr trocken, aber vom Hammer und Ambos nichts zu sehen, die Perforation nahm fast das ganze Trommelfell ein, die Hörfähigkeit betrug kaum  $\frac{1}{8}$  der normalen. Der Arzt, in dessen Behandlung das Kind in seiner Heimath überging, hat mir leider auf meine Anfrage, wie es dem Kinde zur Zeit geht, nicht geantwortet, so dass ich über die augenblickliche Gehörsfunction keine Angaben machen kann.

Die Paracentese des Trommelfells wurde ausgeführt, um Exsudaten aus dem Mittelohr Abfluss zu verschaffen. Ich will hierbei die Thatsache nicht unerwähnt lassen, dass bei einem Mädchen von 8 Jahren, welche in Folge von Diphtheritis auf beiden Seiten eine acute Media bekommen hatte, die Seite, auf der ich noch gerade zur rechten Zeit die Paracentese machen konnte, mit voller Hörfähigkeit glatt in ca. 3 Wochen ausheilte, während auf der anderen Seite, auf welcher bereits ein Spontandurchbruch des Eiters erfolgt war, ehe ich die Patientin sah, beinahe das Doppelte an Zeit verging, bis die Eiterung verschwunden war, und ein wenn auch geringer Defect der Hörweite zurückblieb. Wenn ich mir das Krankheitsbild des Ohres jetzt recapitulire, dessen Trommelfell ich discidirte und dabei an den späteren jedenfalls günstigeren Verlauf denke als auf der nicht paracentesirten Seite, so muss ich bedauern, dass die genannte Operation nicht von den practischen Aerzten ausgeführt wird und dass während des Universitätsstudiums noch nicht überall die Gelegenheit gegeben ist, dass die Studirenden sich in der Ohrenheilkunde ausbilden können. — Nur ein ganz klein wenig im Sehen geübtes Auge hätte bei dem in Rede stehenden Kinde es bemerken müssen, dass eine Eiter- resp. Exsudatansammlung hinter dem Trommelfelle sich befände, denn dasselbe war im Bereiche des hinteren unteren Quadranten so auffallend blasenartig vorgewölbt, so verdünnt, dass man bereits deutliche Pulsation der Geschwulst sah, dass nur geringste technische Fertigkeit dazu gehörte den Abscess zu eröffnen, aus dem sich sofort eine relativ grosse Menge Eiter entleerte.

Die Resultate der medicamentösen Behandlung, insonderheit der eitrigen Ohrentzündungen habe ich im II. Heft der „Arbeiten aus dem Ambulatorium“ <sup>7)</sup> niedergelegt und will hier nur darauf hinweisen, dass

<sup>7)</sup> Königsberg i. Pr.: Thomas & Oppermann, 1895.

ich den Sozjodol-Präparaten treu geblieben bin und dass ich ihre Anwendung successive weiter auch auf Erkrankungen der Nase, des Nasenrachenraumes und des Halses ausgedehnt habe. — Das Natron tetraboricum und die Borsäure sind nicht in Anwendung gekommen; zur Ausspülung habe ich auch im letzten Jahre Lysol-Lösungen gebraucht und habe keinen Grund davon abzugeben. Ueber die Behandlung acuter externer Otitiden mit Lysol-Alcohol habe ich mich auch in dem obengenannten II. Heft der „Arbeiten“ näher ausgesprochen, ebenso über die Verwendung desselben Mittels gegen Granulationswucherungen.

## 37 Fälle von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle.

Von

Dr. H. Noltenius, Bremen.

Zum ersten Male im October 1891 und seither bis Anfang August 1894 in weiteren 36 Fällen hatte ich Gelegenheit, eine mir bis dahin unbekannte Erkrankungsform der Oberkieferhöhle zu constatiren. Da ich durch gelegentliche Umfrage bei einigen Specialcollegen erfuhr, dass sie gleiche Beobachtungen bis dahin nicht gemacht hatten, so möchte ich kurz Folgendes darüber berichten.

Es handelt sich in meinen 37 Fällen, die ich an 35 Patienten beobachtete, da zwei derselben an doppelseitiger Affection litten, um eine seröse Erkrankung der Oberkieferhöhle, die sich durch eine Ansammlung zumeist ganz klarer, schwach bernsteingelber Flüssigkeit documentirte. Die Entdeckung war anfänglich manchmal eine zufällige, insofern ich, nach den Klagen des Patienten zu urtheilen, eher eine eitrige Erkrankung der Highmorshöhle zu finden erwartet hatte. Machte ich in solchen Fällen die Probepunction — denn nur mit diesem Hilfsmittel kann man nach meiner Erfahrung eine seröse Erkrankung der Highmorshöhle entdecken; ja, dasselbe gilt auch für manche Fälle von Empyem — so füllte sich der Cylinder der Punctionsspritze anstatt mit Eiter mit der schon oben erwähnten, zumeist ganz klaren, nur selten einige Schleimflocken enthaltenden, rasch in der Spritze gerinnenden, gelblichen Flüssigkeit. Es war also kein Zweifel, es handelte sich um eine seröse Erkrankung der Schleimhaut mit Erguss in die Höhle selbst.

Wenn ich oben sagte, ich hätte in manchen Fällen, wenn ich eine seröse Erkrankung fand, nach den Symptomen, die der Patient darbot, eher an ein Empyem gedacht, so geht daraus hervor, dass die Diagnose zunächst überhaupt nicht sicher zu stellen war. Ich muss dabei bemerken, dass nach Erfahrungen, die ich bei der Behandlung von 156 Empyemen der Highmorshöhle gesammelt habe, die häufig beschriebenen Symptome, wie z. B. einseitiger eitriger Nasenausfluss, besonders beim Vornüberbeugen, Schmerzhaftigkeit oder gar Auftreibung der erkrankten Seite, Vorwölbung der Wand im Bereich des mittleren Nasenganges u. s. w., in einer grossen Zahl von Fällen gänzlich fehlen können. Natürlich lässt sich manchmal auch ohne Punction eine so gut wie sichere Diagnose auf Empyem stellen. Ich entsinne mich eines Patienten, dessen Bulbus

offenbar durch den Druck des Eiters beträchtlich vorgetrieben war. Bei der sofortigen Eröffnung der Highmorshöhle mittelst des weiter unten zu beschreibenden Troicarts quoll der Eiter in solcher Menge hervor (ich schätzte dieselbe auf mindestens zwei Esslöffel), dass ich schwer begreiflich finde, wo derselbe Platz gefunden hatte. Auffallend war mir dabei auch der Umstand, dass, als ich die Clysopompe mit der Hülse des Troicarts in Verbindung setzte, um den letzten Rest des Eiters zu entfernen, ein Theil desselben am inneren Augenwinkel hervorquoll und über die Backe abfloss. Man muss wohl annehmen, dass der Eiter nach dem Thränennasencanal durchgebrochen war.

Ist in solchem Falle die Diagnose so gut wie sicher, so giebt es doch andere Fälle von Empyemen, die nach meiner Meinung auch nicht annähernd mit Sicherheit zu erkennen sind, bevor die Probepunction die Frage entschieden hat. In solchen Fällen sind die Klagen des Patienten sehr unbestimmter Natur. Dann und wann auftretende, manchmal einseitige Kopfschmerzen, Verschleimung, vielleicht einmal schlechter Geschmack und unangenehmer Geruch ist Alles, was man erfahren kann. Wird man schon beim Verdacht auf Empyem so wenig durch die Aufnahme der Anamnese unterstützt, so trifft das noch in erhöhtem Maasse zu, wenn man einer etwaigen serösen Erkrankung auf die Spur kommen will. Hier hören wir eigentlich nur über manchmal auftretende, unmotivirte Kopfschmerzen klagen, die häufig in das Gebiet des Supraorbitalis verlegt werden. Ganz vereinzelt wussten die Patienten auf Befragen von einem plötzlich auftretenden und ebenso rasch verschwindenden wässrigen Schnupfen zu erzählen. Schon häufiger klagte ein solcher Patient über Nasenverstopfung. Lag in solchem Falle keine hypertrophische Rhinitis vor oder hatte ich gar vor Kurzem die verdickten Schleimhäute galvanocaustisch gründlich geätzt, so machte mich diese Klage besonders stutzig. In solchen Fällen griff ich stets zur Probepunctionsspritze und auf diese Weise habe ich später die meisten meiner Fälle entdeckt.

Freilich ist es mir häufig passirt, dass die Probepunction ein negatives Resultat hatte, aber nie habe ich bis jetzt eine nachtheilige Folge für den Patienten daraus entstehen sehen. Natürlich gebrauche ich die Vorsicht, die vernickelte, in Messing gefasste Canüle nach jedesmaligem Gebrauche in Sodalösung auszukochen und sie vor der Anwendung durch Lysollösung noch besonders zu desinficiren. Zudem ist der Eingriff nach vorheriger Pinselung mit 10procentiger Cocainlösung in den meisten Fällen ein so leichter, dass er von den Pat. nicht als schmerzhaft bezeichnet wird. Manchmal freilich ist die Wandung des unteren Nasenganges auch an der notorisch dünnsten Stelle mitten unter der unteren Muschel, aber dicht unter der Ansatzstelle ziemlich stark, so dass man einen kräftigen Druck ausüben muss, um hindurchzudringen. Nur gebrauche man dabei die Vorsicht, die Spritze an dem Ende anzugreifen, das mit der Spitze in Verbindung gesetzt wird, da andernfalls ein nicht ganz exact eingeschraubter Glaszylinder den Druck nicht aushält, sondern an der Verbindungsstelle mit der Metallfassung abbricht. Neuerdings gebrauche ich eine Spritze mit zwei Metallschienen, die dem Glaszylinder seitlich anliegen, um ein Zerbrechen desselben möglichst zu verhüten. Dies ist mir anfänglich mehrfach passirt. Nur zwei Mal, soweit ich mich

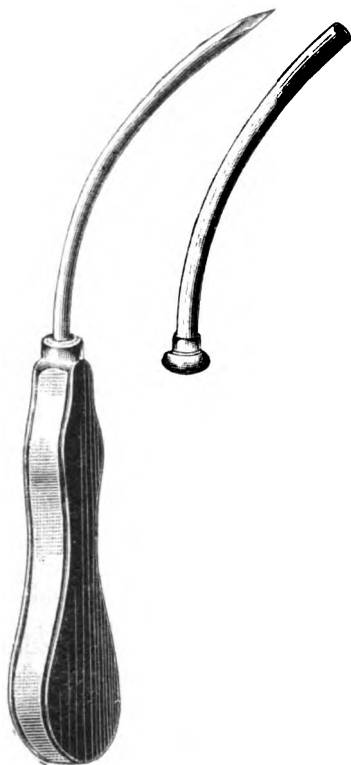
entsinne, ist es vorgekommen, dass auch ein starker Druck den Widerstand der Wandung nicht überwand und ich von meinem Vorhaben Abstand nehmen musste.

Freilich muss das Material des Spritzenansatzes ein vorzügliches sein. Die Spitze muss eine kräftige Wandung besitzen und mehr stumpf als schräg abgeschnitten sein, sonst biegt sich dieselbe leicht um und wird unbrauchbar. Ansätze mit lang ausgezogener oder gar hohlgeschliffener Spitze, wie ich sie kürzlich bei einem Instrumentenmacher sah, sind für unsere Zwecke überhaupt nicht zu verwerthen. Ist nun die Durchbohrung der Wandung gelungen, so sind wir damit noch nicht immer am Ziel. Ziehen wir den Kolben der Spritze an, so bleibt der Cylinder entweder leer — dann war unsere Vermuthung, die Highmorshöhle sei erkrankt, eine irrig —, oder es dringt eine klare resp. eitrige Flüssigkeit nach. In diesem Falle entfernen wir die Spritze und lassen die Eröffnung der erkrankten Höhle nachfolgen. Es kommt aber auch vor, dass der Kolben beim Aufhören des Zuges sofort in seine ursprüngliche Lage zurückfedert. Das könnte vielleicht einmal darin seinen Grund haben, dass die natürliche Oeffnung der Oberkieferhöhle im mittleren Nasengange verwachsen ist, doch wird sich, falls die Höhle überhaupt pathologischen Inhalt birgt, auch in diesem Falle wohl meistens ein Theil derselben in den Cylinder entleeren. Es kann aber der Fall eintreten, dass die Spitze nach Durchbohrung der knöchernen Wandung die Lichtung der Höhle passirt und sich in der gegenüberliegenden Wand eingespiesst hat. Alsdann ziehe man die Spritze etwas zurück und der Cylinder füllt sich sofort mit der pathologischen Flüssigkeit, wie ich einige Male beobachtete. Federt aber der Kolben beim Nachlassen des Zuges auch jetzt noch zurück, so ziehe ich die Spritze ganz heraus und punctire dicht daneben ein zweites Mal, dann wird sich meistens die Frage nach der einen oder anderen Seite entscheiden. Nothwendig ist aber auch, dass die Spitze ein genügend weites Lumen besitzt, denn der eventuell vorhandene Eiter kann so eingedickt sein, dass er eine enge Canüle nicht passirt und ein Empyem übersehen wird. Für die fragliche seröse Flüssigkeit hat dieses Bedenken freilich keine Bedeutung. Hat nun die Probepunction die Anwesenheit seröser Flüssigkeit in der Highmorshöhle ergeben, so lasse ich sofort die Eröffnung derselben folgen.

In der ersten Zeit machte ich die Eröffnung manchmal nach der Hartmann'schen Methode, indem ich die dazu angegebene Canüle durch ein etwa vorhandenes Foramen accessorium einführte oder auch einfach an der bekannten Stelle des mittleren Nasenganges die membranöse Wandung mit der Canüle durchstieß und die Höhle durchspülte. Dann bediente ich mich in einigen Fällen des Krause'schen Troicarts. Da mir schien, dass dieses Verfahren mitunter recht schmerzhaft und gewaltsam sei, so liess ich mir einen Troicart anfertigen, der, wie Figur zeigt, in einigen Punkten von dem Krause'schen Modell abweicht.

Der von mir gebrauchte Troicart ist erheblich dünner und wesentlich stärker gekrümmt, als sein Vorbild. Das hat den Vortheil, dass man auch in räumlich beengten Nasen mit demselben manipuliren kann, ohne erheblichen Schmerz zu machen. Ich habe seit länger als einem Jahre mit solchem Instrument gearbeitet und bin damit, wie ich meine,

stets rasch und gut zum Ziele gekommen, vorausgesetzt, dass die Wandung nicht so stark war, dass dieselbe auch bei Anwendung beträchtlicher Gewalt nicht zu durchbrechen war. Das ist mir, irre ich nicht, im Ganzen zwei Mal passirt. Ist die Einführung des Troicarts gelungen und derselbe aus seiner Hülse zurückgezogen, so gelingt es leicht, die Höhle durch die Hülse hindurch auszuspritzen. Ich bediene mich dazu einer Clysopompe, die ich mittelst eines schlanken, in die Hülse gut hineinpassenden Hartgummiansatzes fest mit derselben verbinde, um so lange lauwarmes Wasser hindurchzutreiben, bis aller Eiter aus der Höhle entleert ist — falls es sich um ein Empyem handelt — und das Wasser ganz klar aus der Nase abfließt. Soll am nächsten Tage die Durchspülung wiederholt werden, so bedient man sich statt des Troicarts des wie üblich gleichmässig geformten Obturators. Ich bemerke dabei, dass meine Hülsen für Troicart und Obturator nicht wie beim Krause'schen und bei anderen Modellen, am Ende federn, um hinter dem verdickten Ende von Troicart oder Obturator einen Halt zu finden. Dieselben sind vielmehr so verfertigt, dass sie spielend leicht auf und ab gleiten. Da-



$\frac{1}{2}$  der natürlichen Grösse.

**23.** Die offenbar ungleiche Krümmung von Troicart und Hülse ist ein Fehler in der Zeichnung und entspricht nicht der Wirklichkeit.

durch wird dem Patienten Schmerz erspart, da jeder Ruck an dem eingeführten Instrument, wie beim Zurückziehen der üblichen Modelle wohl unvermeidlich ist, von dem Patienten unangenehm empfunden wird. Ein kleiner Uebelstand ist freilich mit einer nicht durch die Sperrvorrichtung fixirten Hülse verbunden, nämlich der, dass die Hülse beim Manipuliren leicht vom Obturator abgleitet und hinfällt, doch hilft eine geringe Aufmerksamkeit leicht darüber hinweg. \*)

Anfänglich habe ich nach Analogie der Empyembehandlung auch die serös erkrankten Highmorshöhlen mit mehrfachen Durchspülungen behandelt. Ich bin aber bald davon zurückgekommen, da ich beobachtete, dass die einfache Eröffnung vom unteren Nasengange und das Ablassen der Flüssigkeit genügte, um die Beschwerden des Patienten gänzlich und definitiv zu beseitigen. Ich sah mich umsomehr dazu veranlasst, als sich zwei Mal eine vorübergehende (2 resp. 4 Wochen anhaltende) Verschlimmerung des Leidens an die mehrfache Durchspülung der serös erkrankten Highmorshöhle anschloss.

Freilich waren diese beiden Fälle insofern nicht ganz einwandfrei, als gleich bei der Probepunction in der sonst ganz klaren Flüssigkeit einige Schleimflocken suspendirt waren. Andererseits habe ich später auch solche Fälle lediglich durch die Eröffnung und Abzapfung des leicht getrübbten Inhalts glatt heilen sehen.

Auffallend war mir lange Zeit die Beobachtung, dass seröse Erkrankungen nur einseitig vorzukommen schienen, während ich mich bei Empyemen häufig von doppelseitiger Affection überzeugen konnte. Erst der 29. und dann auch der 33. Fall belehrten mich, dass, wie ja von vornherein anzunehmen war, auch doppelseitige seröse Erkrankungen der Highmorshöhle vorkommen.

Zu weiterer Erläuterung füge ich einige kurz gefasste Krankengeschichten hinzu:

Fall No. 2. Herr P., ca. 35 Jahre, Lloydofficier, leidet an Nasenbluten und chronischem Nasen-, Rachen- und Kehlkopfcatarrh. 14tägiges Pinseln mit 2 $\frac{1}{2}$ procentigem Arg. nitric. lässt keine wesentliche Besserung erkennen. Probepunction der linken Highmorshöhle ergiebt seröse, leicht blutig gefärbte Flüssigkeit. Eröffnung mit Krause's Troicart. Nach sieben weiteren Durchspülungen mit lauwarmem Wasser ohne Zusatz wird Patient, von seinen Beschwerden geheilt, entlassen.

NB. Nachdem ich lange Zeit die verschiedensten Desinficientien und Adstringentien, auch Aetzmittel der Spülflüssigkeit zugesetzt hatte, ohne von einem dieser Mittel eine wesentlich heilfördernde Wirkung gesehen zu haben — auch die Trockenbehandlung führte nicht immer zum Ziel —, bin ich auch bei der Empyembehandlung zu Durchspülungen mit reinem lauwarmen Wasser übergegangen. Denn ich habe den Eindruck gewonnen, dass die tägliche mechanische Fortschaffung des Eiters die beste Heilwirkung auf die erkrankte Schleimhaut ausübt und nur bei fauliger Zersetzung und starkem Foetor pflege ich einige Tropfen Creolin dem Spülwasser zuzusetzen.

---

\*) Der oben beschriebene Troicart ist von dem Instrumentenmacher J. Fehrmann. Bremen, Sögestrasse No. 7, angefertigt worden und bei diesem, sowie bei H. Pfau, Berlin, erhältlich.

No. 4. Herr R., 40 Jahre, Kaufmann aus Bg., klagt über Nasenbeschwerden. Am knöchernen Rachendach rechts eine circumscrippte, mehrere Mmtr. dicke Schwellung. Probepunction der rechten Highmorshöhle vom unteren Nasengang führt nicht zum Ziel, da der Stempel der Spritze beim Nachlassen des Zuges beständig zurückfedert. Am nächsten Tage erneute Probepunct. entleert seröse, leicht zu Gallerte erstarrende Flüssigkeit. Eröffnung mit Krause's Troicart. Nach siebenmaliger Durchspülung wird Patient geheilt entlassen.

No. 6. Herr P., 35 Jahre, Kaufmann aus B., klagt über Druck in der Gegend der Nasenwurzel und über dem linken Auge. In der Nase nichts Abnormes. Daher Probep. der linken Highmorshöhle, die klare seröse Flüssigkeit entleert. Eröffnung mit meinem Troicart. Nach drei weiteren Durchspülungen bleibt Patient fort, erzählt mir nach Monaten auf Befragen, dass er seither völlig frei von Beschwerden geblieben sei.

No. 9. Fr. M., 30 Jahre, aus B., leidet seit langer Zeit an Kopfschmerzen, klagt über Tröpfeln der Nase beim Vornüberbeugen. Bei der Untersuchung fanden sich adenoide Vegetationen und chronische hypertrophische Rhinitis. Probep. und Durchspülung ergaben am ersten Tage fast klare, nur wenige Schleimflocken enthaltende seröse Flüssigkeit, die in der Folge sich trübte, dann eitrig wurde, um bei weiteren Durchspülungen (im Ganzen 23 Mal) erst schleimig und dann wieder völlig klar zu werden. Mittlerweile beseitigte ich die Adenoiden und cauterisirte die hypertrophische Nasenschleimhaut. Nach 4 Wochen wurde Patientin geheilt entlassen.

No. 12. Fr. M., 35 Jahre, sehr nervöse Dame, klagt über neuralgische Schmerzen der rechten Kopfhälfte, und zwar besonders über dem rechten Auge. Befund: Mässige chronische hypertrophische Rhinitis und Pharyngitis, sonst nichts von Belang. Da die Probep. positiv ausfiel, so eröffnete ich mittelst Troicart, was einen fast momentanen Nachlass der halbseitigen Schmerzen zur Folge hatte.

No. 15. Herr H., 18 Jahre, Commis, war vor einem halben Jahr von mir an chronischem Nasen- und Rachencatarrh behandelt und damals anscheinend geheilt entlassen worden. Bei erneuter Vorstellung findet sich in Nase und Rachen keine Ursache für die Fortdauer der Klagen. Daher Probep., die die Anwesenheit klarer seröser Flüssigkeit ergibt. Eröffnung mit Troicart. Patient nach 10 Tagen ohne weitere Durchspülung geheilt entlassen.

No. 18. Herr J., 25 Jahre, Zeichner, leidet an Verschleimung. Befund: starke chronische hypertrophische Rhinitis, chronische Pharyngitis und Laryngitis. Die eingeleitete und mit Unterbrechungen durchgeführte Behandlung lindert die Beschwerden, aber beseitigt sie nicht. Daher nach neun Wochen Probepunction beider Highmorshöhlen. In der rechten kein Inhalt, links seröse Flüssigkeit. Ohne weitere Durchspülung wird Patient nach ferneren acht Tagen, von seinen Beschwerden geheilt, entlassen.

NB. Bei Verdacht auf Erkrankung auch nur einer Oberkieferhöhle habe ich fast stets beide punctirt; ist nichts Besonderes erwähnt, so wurde die eine stets leer befunden.

No. 19. Herr W., 45 Jahre, Kaufmann, leidet seit Jahren an Nasen-



polypen beiderseits. (Bei Nasenpolypen fahnde ich stets auf etwa vorhandenes Empyem, da hierin wohl zumeist die Ursache für hartnäckig recidivirende Polypen gesucht werden muss und gefunden wird.) Die Probep. ergab rechterseits klare seröse Flüssigkeit, in der linken Highmorshöhle jedoch eingedickten, entsetzlich stinkenden Eiter. Beiderseits Eröffnung mittelst Troicart. Durch 51 Ausspülungen bei gleichzeitiger gründlicher Ausrottung der Polypen gelang es, das Empyem zur Ausheilung zu bringen; die rechte Highmorshöhle wurde nicht wieder ausgespült und blieb gesund.

No. 22. Herr G., 48 Jahre, Kaufmann, leidet seit altersher an Stockschnupfen und dumpfem Druck über Stirn und Augen. Befund: Beiderseits starke chronische hypertrophische Rhinitis und rechts einige Schleimpolypen. Probep. ergibt klare seröse Flüssigkeit in der rechten Highmorshöhle. Eröffnung mittelst Troicart, keine weitere Durchspülung. Die gleichzeitig eingeleitete Nasenbehandlung führt innerhalb 3 Wochen zur Heilung.

No. 27. Herr B., 40 Jahre, Baumeister aus Bk., vor einem halben Jahr an chronischer hypertrophischer Rhinitis behandelt, kehrt wieder mit den Klagen über eingenommenen Kopf. Nasenschleimhaut nicht geschwollt, liegt straff auf dem Knochen. Probep. der rechten Highmorshöhle fällt positiv aus, die Eröffnung mittelst Troicart sorgt für Abfluss. Nach drei Tagen wird Patient frei von Beschwerden entlassen.

No. 29. Diese interessante und charakteristische Beobachtung gebe ich ausführlicher.

Frau Geheimrath K. aus P., 58 Jahre, leidet seit Jahren an allershand nervösen Beschwerden. Bevor ich mich zum ersten Male zu der Patientin begab, erhielt ich eine längere, eigenhändig verfasste Anamnese. Aus derselben citire ich Folgendes: Vor etwa 3 Jahren platzte mir oben in der rechten Nasenseite anscheinend eine kleine Geschwulst, die mir aber keine Schmerzen, sondern nur Druck in der Stirn verursacht hatte. Nachdem durch die Nase ziemlich viel gelbes Wasser abgeflossen, war der Druck verschwunden. — Im Februar 1893 versuchte ich vorsichtig, den Kopf kalt zu waschen, da ich denselben bei meinen vielen rheumatischen und nervösen Kopfleiden durch wollene Tücher, Mützen etc. sehr verwöhnt hatte. Nach diesen Waschungen stellte sich starkes Kopfweh ein, das sich bis jetzt (Anfang Mai 1894; der Verf.) noch immer nicht wieder verloren hat. Weihnachten, wie der Schmerz unerträglich war, entdeckte ich, dass Warmhalten der Stirn den Schmerz linderte — (Seit dieser Zeit trug Patientin Tag und Nacht ein Tuch vor der Stirn; der Verf.). Sind die Kopfschmerzen recht heftig, so ist mir oben hinter den Nasenlöchern der Schlund geschwollen — ich kann den Mund nicht weit öffnen, kann z. B. nicht gähnen oder einen grösseren Bissen ohne viel Schmerz in den Mund einführen. Das Kopfweh zieht sich, von der Stirn ausgehend, durch den ganzen oberen Kopf in den Hinterkopf und Nacken. Am schlimmsten ist es in der linken Kopfhälfte, die rechte ist seit einiger Zeit besser geworden. Die Kopfschmerzen treten periodisch schlimmer auf, namentlich sind sie im Bett am schlimmsten und kann ich sie dann nur dadurch lindern, dass ich vornübergebeugt im Bette sitze. Auch Schwin-

del, so dass ich mitunter beim Gehen taumele wie ein Betrunkener, sind Folge von heftigen Schmerzen.“

Bei meinem ersten Besuch fand ich Patientin in schlechtem Zustande, das oben erwähnte Tuch um die Stirn geschlungen. Pat. klagte auch besonders darüber, dass sie fast gar nicht lesen oder schreiben könne. Die Untersuchung des Naseninneren ergab absolut nichts Abnormes, insbesondere keine hypertrophisch geschwollene Schleimhaut. Ich hatte wenig Hoffnung auf Erfolg, griff aber doch zur Probepunctionsspritze, um bei den lebhaften Klagen der Patientin Nichts unversucht zu lassen. Auch dem Hausarzt gegenüber, Herrn Kreisphysicus Dr. Tholen, der mich bei der Untersuchung unterstützte, machte ich kein Hehl daraus, dass meine Vermuthung, es könnte eine seröse Erkrankung der Highmorshöhle vorliegen, auf schwachen Füßen stehe. Um so freudiger waren wir überrascht, als die Probep. ergab, dass die linke Highmorshöhle eine reichliche Menge völlig klarer seröser Flüssigkeit enthielt. Noch angenehmer war die Entdeckung, dass die Patientin fast unmittelbar im Anschluss an die Eröffnung mittelst Troicart sich wesentlich erleichtert fühlte und gern auf das seit Monaten getragene Kopftuch verzichtete. Zur Vorsicht punctirte ich auch die rechte Seite, fand dieselbe aber völlig leer; der Stempel liess sich mit Leichtigkeit hervorziehen, ohne dass Flüssigkeit in den Glaskolben eindrang. Ich möchte hierauf speciell hinweisen. Frau Geheimrath K. schrieb nach 2 Tagen: „— dass Sie mich in so rascher, möglichst schmerzloser Weise von meinen quälenden Kopfschmerzen befreit haben. Seit Sonntag kann ich schlafen, wie wohl nicht in  $\frac{3}{4}$  Jahren. Sonst ist mir jetzt die linke Kopfhälfte viel leichter und freier als rechts, so dass ich auch gar nicht mehr so schwindlig und taumelnd beim Gehen bin, wie früher ——. Die Behinderung beim Schlucken ist seit gestern auch ganz verschwunden —.“

Aber schon nach 14 Tagen klagt Pat. von Neuem über „Dumpfheit und Schwere im Kopf“, so dass ich 4 Wochen nach der ersten Untersuchung eine zweite vornahm. Die Patientin hatte sich sichtlich erholt, auch hatten die Schmerzen bei Weitem nicht den früheren Grad der Heftigkeit erreicht. Die Besichtigung des Naseninneren war wieder völlig ergebnisslos. Ich punctirte zunächst die linke Highmorshöhle in dem Gedanken, es könne sich wieder Flüssigkeit angesammelt haben, doch fanden wir dieselbe leer. Fast, möchte ich sagen, zum Ueberfluss punctirte ich auch die rechte Seite, die doch vor 4 Wochen völlig leer befunden war. Daher waren wir einigermassen erstaunt, jetzt in der rechten Oberkieferhöhle reichliche Menge seröser Flüssigkeit zu finden.

Die Eröffnung hatte denselben Erfolg wie das erste Mal, d. h. die Beschwerden waren fast momentan so gut wie verschwunden. Wegen intercurrenter Erkältung schrieb Patientin erst nach 14 Tagen: „Jetzt ist mit der Erkältung der Kopfschmerz fast verschwunden... Wenn nur das Kopfweh, von dem Sie mich befreit haben, nicht wiederkehrt, muss ich diese Unbequemlichkeit (scil. Trockenheit der Nase der Verf.) ertragen!“ Seither habe ich keinen weiteren Bericht erhalten.

Ich glaube, dieser Fall verdient unsere besondere Beachtung ein Mal wegen der Heftigkeit der Beschwerden bei dem Fehlen jeder sichtbaren Grundlage für dieselben; sodann wegen des momentanen und eclatanten

Erfolges des Eingriffes und drittens wegen des eigenthümlichen Umstandes, dass die anfänglich gesunde Oberkieferhöhle sich nach 4 Wochen ebenfalls als krank erwies.

Es wäre ja an sich wohl denkbar, dass die bei der ersten Consultation mit negativem Resultat vorgenommene Probep. der rechten Highmorshöhle den Reiz gesetzt habe, der zu der Ansammlung der 4 Wochen später entdeckten serösen Flüssigkeit Veranlassung gab. Allenfalls könnte man auch an eine septirte Oberkieferhöhle denken. Dagegen spricht der Umstand, dass Pat. sich kurz nach der ersten Operation anscheinend völlig frei von Schmerzen fühlte. Ich glaube vielmehr, dass bei der Patientin eine Neigung zur Ansammlung seröser Flüssigkeit bestand und dass zufällig kurz nach der Eröffnung der linken Seite die rechte spontan erkrankt ist. Dafür spricht die Thatsache, dass, wie aus der treffend geschilderten Anamnese der Pat. ersichtlich, offenbar schon vor 3 Jahren eine Ansammlung in der rechten Highmorshöhle stattgefunden hatte und spontan zur Entleerung gekommen war. Dass übrigens auch gleichzeitig beide Highmorshöhlen seröse Flüssigkeit bergen können, lehrte mich

Fall 33/34. Herr St., 40 Jahre, Kaufmann, litt seit Jahren an Nasen-Polypen. Hier constatirte die am selben Tage vorgenommene Probep. in beiden Highmorshöhlen seröse gelbliche Flüssigkeit. Nachdem die Eröffnung mittelst Troicart stattgefunden hatte und die Polypen entfernt waren, konnte Patient ohne weitere Durchspülung nach kurzer Zeit geheilt entlassen werden.

Soweit war die Arbeit gediehen, als mir vor einigen Tagen zwei neue Fälle zuzingen, von denen der eine wieder sehr charakteristisch war.

Fall 37. Marie A., 17 Jahre, litt seit zwei Jahren an fortwährenden Kopfschmerzen, besonders über dem linken Auge. Ich fand hochgradige chronische hypertrophische Rhinitis. Der Umstand, dass Patientin vorwiegend über linksseitigen Kopfschmerz klagte, veranlasste mich, die Probep. vorzunehmen. In der That füllte sich der Glascylinder mit einer zwar klaren, aber stark glitzernden Flüssigkeit. Es sah aus, als ob lauter feinste Partikel von Stanniol in der Flüssigkeit suspendirt waren. Ich liess die Eröffnung der Höhle mit dem Troicart folgen, und hatte die Hülse noch nicht wieder entfernt, da erfreute mich die Pat. durch den Ruf: „Jetzt bin ich die Kopfschmerzen los!“ Ich habe Pat. in den nächsten Tagen noch zwei Mal gesehen, die Kopfschmerzen waren nicht wieder aufgetreten.

Herr Dr. Kurth, Director des hiesigen bacteriologischen Instituts, hatte die Freundlichkeit, die in dem Glascylinder enthaltene Flüssigkeit microscopisch und bacteriologisch zu untersuchen. Leider hatte ich versäumt, die zur Desinfection des Cylinders und Stempels verwandte Lysollösung vor der Benutzung der Spritze durch gekochtes Wasser gänzlich zu entfernen, so dass sich der in der Spritze zurückgebliebene Rest mit der pathologischen Flüssigkeit vermischte und einerseits bewirkte, dass etwa anwesende Bacterien getödtet wurden, andererseits zur Folge hatte, dass neben rothen Blutkörperchen zahlreiche kleine und grössere Fettkügelchen unter dem Microscop erschienen.

In dem microscopischen Präparat zeigten sich keine Bacterien, auch die Nährböden blieben gänzlich steril. Cholestearincrystalle, die ich,

ohne microscopisch untersucht zu haben, als die Ursache für das Glitzern der frisch entnommenen Flüssigkeit vermuthete, fanden sich nicht. Uebrigens war das Glitzern schon etwa eine halbe Stunde nach Entnahme der Flüssigkeit, während welcher Zeit dieselbe ruhig gestanden hatte und zum Theil geronnen war, auch macroscopisch völlig verschwunden.

P. S. Während des Druckes kam ein weiterer, typischer Fall von seröser Erkrankung der Highmorshöhle in meine Behandlung. In diesem Falle, wie jetzt immer, gebrauchte ich die Vorsicht, die zuvor gekochte und desinficirte Spritze unmittelbar vor dem Gebrauch durch frisch gekochtes Wasser zu sterilisiren. Die der Oberkieferhöhle entnommene Flüssigkeit war absolut klar.

Zwei Tropfen dieser Flüssigkeit wurden in Petri'scher Schaaale auf Agar-Agar mit Zusatz von  $\frac{1}{4}$  Blutserum ausgesäet und 24 Stunden bebrütet. Nur zwei Colonien waren gewachsen, die nach Herrn Director Dr. Kurth sicher als Verunreinigung aufzufassen sind. Wir sind also zu der Annahme berechtigt, dass die in der Highmorshöhle sich ansammelnde Flüssigkeit völlig steril war.

Die Beobachtung am Lebenden zeigt uns, dass die Oberkieferhöhle sich lange Zeit trotz der gefährlichen Nähe der Nasenhöhlen vor dem Eindringen der Microorganismen zu schützen vermag. Immerhin möchte ich die Vermuthung aussprechen, dass manches Empyem auf dem Wege einer serösen Erkrankung durch nachträgliche Einwanderung der Microorganismen entstanden sein dürfte.

**Zusatz.** Soeben geht mir ein weiterer Fall von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle zu, der sich wie der oben erwähnte durch starkes Glitzern der frisch entnommenen Flüssigkeit auszeichnet. Die diesmal sofort vorgenommene microscopische Untersuchung der Flüssigkeit bestätigt meine oben ausgesprochene Vermuthung insofern, als massenhafte typische Cholestearincrystalle in derselben suspendirt sind.

---

## Gesellschaft der ungarischen Ohren- u. Kehlkopfarzte.

Sitzung vom 25. Januar 1894.

Vorsitzender: Emerich Navratil.

Schriftführer: Ludwig Polyák.

Der Vorsitzende bringt den Anwesenden zur Kenntniss, dass die Gesellschaft bis jetzt 25 Mitglieder zählt.

1) Ernest Váli demonstrirt einen aus dem äusseren Gehörgange entfernten Fremdkörper, welcher in dem ausgespritzten Cerumen eingebettet war und sich bei näherer Untersuchung als die Frucht der Kornblume erwies. Reactive Symptome sind niemals vorgekommen und der Befund wurde bei einer Influenza-Otitis gemacht. Ein Beweis mehr, dass Fremdkörper zuweilen Jahre lang ohne Reaction im äusseren Gehörgang stecken.

Julius Böhe, Karl Morelli, Samuel Guth und Sigmund

Szenes berichten über mehrere Fälle von Fremdkörpern. Letzterer betont, dass bei der Entfernung zumeist das Ausspritzen genügt.

2) Emerich Navratil stellt zwei Fälle von syphilitischer Larynxstenose vor.

Der erste Patient, 27 Jahre alt, wurde vor einem Jahre in der Provinz operirt, es wurde die Laryngo-Tracheotomie gemacht und dann die Schmierkur angewendet, doch die Stenose änderte sich nicht. Auf die Abtheilung des Vortragenden aufgenommen (25. Juli 1893), zeigte der Kehlkopfspiegel den Kehldeckel stark nach rückwärts gebeugt, injicirt, verdickt und unbeweglich; beide Crico-arytaenoidgelenke steif, den Kehlkopfeingang sehr verengt. Der Pat. bekam Jodkali und die entzündliche Schwellung besserte sich zwar, doch war das Athmen bei verstopfter Canüle nur tagüber möglich. Die Crico-arytaenoidgelenke blieben unverändert, unbeweglich. Als dieser Zustand über 10 Wochen anhielt, führte Vortragender am 9. November die tiefe Tracheotomie aus, um die Canüle, welche ohne Zweifel den unteren Theil des linken Crico-arytaenoidgelenkes drückte, tiefer zu stellen. Die Operation war dadurch erschwert, dass die ganze vordere Wand der Trachea in ein sehr festes Narbengewebe umgewandelt war, so dass eine Oeffnung nur seitwärts links am zweiten Trachealring zu bilden war. Die hier eingesetzte Canüle rutschte aber in Folge von frischen Ulcerationen um einen Ring höher und wurde dort nach Beginn der Granulationen mit einer Naht fixirt. Der Kranke bessert sich zusehends und will jetzt Vortragender, da der luëtische Process abgelaufen ist, die Dilatation der Larynxstenose mit seinem eigenen Kehlkopfdilatator vornehmen.

Der andere Patient, ein 48 Jahre alter Setzer, ist seit 20 Jahren luëtisch und leidet seit März 1893 an Schlingbeschwerden und schwerem Athmen. Am 9. September fand Vortragender die Epiglottis verdickt, injicirt, schwer beweglich, ein Einblick in das Larynxinnere war nicht möglich, das linke Crico-arytaenoidgelenk unbeweglich. Am 20. Novbr. wurde die tiefe Tracheotomie gemacht, Pat. bekam Jodkali und kann heute bei verstopfter Canüle gut athmen, die Stimme ist rein. Votr. erklärt den günstigen Verlauf in diesem und in seinen anderen Fällen daraus, dass er niemals die Laryngotomie, wodurch die Unbeweglichkeit der Crico-arytaenoidgelenke hervorgerufen werden kann, sondern immer die tiefe Tracheotomie macht und empfiehlt den Operateuren ein ähnliches Verfahren.

Arthur Irsai hat im verlaufenen Jahre im St. Johannes-Spital mehrere Fälle von Stenose in Folge luëtischer Perichondritis gesehen und versuchte, anstatt Tracheotomie zu machen, die intramusculären Sublimat-Injectionen 0,05 pro dosi nach Lukasievich. Die Injectionen waren wöchentlich ein Mal gemacht, und zwar mit sehr gutem Erfolge, da die Stenose sich bald nach der ersten Injection besserte und nach der zweiten die Patienten schon gut athmen konnten, so dass die weitere Behandlung ambulanter gemacht wurde. Speichelfluss oder Stomatitis sind dabei nie vorgekommen. Auf diese Weise lässt sich die Tracheotomie zuweilen umgehen, muss man aber operiren, so ist er auch für die Tracheotomia inferior. Zur Dilatation benützt er die Schrötter'schen Bolzen; die Hartkautschukröhren leisten seiner Ansicht nach keine so guten Dienste, wie die O'Dwyer'schen Tuben.

Karl Morelli hat in 10 Jahren bei Navratil 84 Tracheotomien gesehen und selbst 20 gemacht; er fand, dass die Fälle gewöhnlich so dringend sind, dass an Quecksilbercuren nicht mehr zu denken ist. Haben wir zur Tracheotomie keine Assistenz, so können auch Blutegel zuweilen helfen. In einem Falle von Lungen- und Kehlkopfsyphilis bildete sich die hochgradige Stenose auf zwei Blutegel zurück. Von den Dilatoren giebt er dem Navratil'schen den Vorzug.

Egmont Baumgarten meint, dass bei acuten Stenosen die anti-luëtische Behandlung und Intubation am Platze sind, bei chronischen aber die Behandlung vom Sitze der Stenose abhängt. Zur Dilatation nach der Tracheotomie sind die Schrötter'schen Bolzen gut, wenn die Stenose im Larynx oder im oberen Theil der Trachea sitzt. Die Hartkautschukröhren sollen nicht im Anfang, sondern später, bei einigermaßen dilatirten Stenosen angewendet werden und haben den Vortheil, dass sie die Patienten selbst einführen können.

Emerich Navratil entgegnet, dass er gewöhnlich so hochgradige Stenosen sieht, wo die Operation sehr dringend ist, will aber in beginnenden Fällen die intramusculären Injectionen gern versuchen.

Sitzung vom 8. Februar 1894.

1) Ludwig Polyák: Ein Fall von Tonsillitis praepiglottica follicularis.

Patient, ein 26 Jahre alter Gerber, meldete sich am 5. Februar mit der Klage, dass in der vergangenen Nacht an der Zungenbeingegend starke stechende Schmerzen, welche sich besonders bei dem Schluckakt steigerten, in Begleitung von Schüttelfrost und hohem Fieber auftraten, so dass er jetzt gar nicht schlucken kann und auch das Athmen erschwert ist. An diesem Tage (Montag) war die Tonsilla praepiglottica stark geschwollen, bordeauxroth, mit schleimig-eitrigem Belage bedeckt und sehr empfindlich; die stark nach rückwärts gebeugte Epiglottis hochgradig ödematös, die Stimme rein. Am nächsten Tage waren Dyspnoe und Schluckschmerzen unverändert, die Follikel der Tonsilla praepiglottica aber mit weissen Pfröpfchen bedeckt — das Bild der typischen folliculären Tonsillitis. Am Donnerstag hat sich der Zustand schon gebessert, die weissen Pfröpfe sind schon geschwunden, indessen bestehen noch mässige Schmerzen beim Schlucken, die Tonsilla praepiglottica ist noch mässig angeschwollen, das Oedem der Epiglottis ist ebenfalls geschwunden und es ist nur eine leichte Schwellung sichtbar. Aehnliche Fälle sind in der Literatur ziemlich selten, die meisten wurden von Hagen, Fleischmann, Michelson und Gurowitsch mitgetheilt. Die Krankheit wird kaum so selten sein, da aber die practischen Aerzte bei Kranken, welche über Halsweh klagen und nicht heiser sind, gewöhnlich nur die Gaumentonsillen untersuchen, so bleiben ihnen die Krankheiten der Zungentonsille verborgen. Dass die folliculäre Zungentonsillitis mit Epiglottisödem complicirt gewesen wäre, ist bis jetzt nicht beschrieben.

#### Discussion:

Baumgarten bedauert, den Fall nicht früher gesehen zu haben; er hält für wahrscheinlich, dass eine stärkere Entzündung vorangegangen ist, sie ist aber heute sehr mässig; diese Entzündungen recidiviren häufig und führen zu Hypertrophien, welche galvanocauterisirt werden müssen.

Bei der acuten Entzündung bietet das Schlucken von kleinen Eisstücken die schönsten Erfolge.

Onodi hat es auch öfters erfahren, dass die practischen Aerzte die Gegend der Zungentonsille nicht berücksichtigen. Die hier aufgetretenen Entzündungen verlaufen gewöhnlich ohne Nachtheil. In einem sehr acuten Falle bildeten sich die Symptome bei antiphlogistischer Behandlung und Cocain in 8 Tagen zurück. Die Hypertrophien der Zungentonsille sollten häufiger behandelt werden, wie bisher; hier sind Jod, Lapis und Galvanocauterisationen an der Stelle.

Zwillinger sieht an der Epiglottis heute kein Oedem, sondern nur eine Anschwellung. Die Schwellung der Zungentonsille bei acuter Entzündung ist sehr variable, in diesem Falle ist sie jetzt so gering, dass man es kaum noch als eine Entzündung auffassen kann. Die erwähnten subjectiven Symptome bestätigen zwar die Diagnose, das heutige Bild ist aber nicht characteristisch.

Polyák bedauert sehr, dass die Symptome der folliculären Entzündung heute schon geschwunden sind, doch habe er dies in seinem Vortrage schon betont. Die einfache acute Entzündung der Tonsilla prae-epiglottica ist keine Seltenheit; was den jetzigen Fall beachtenswerth macht, ist, dass vorgestern (am dritten Krankheitstage) die Follikel durch weisse Pfröpfe bedeckt waren und dass zur selben Zeit Epiglottis-Oedem bestand. Heute sind freilich keine weissen Pfröpfe mehr sichtbar und die Epiglottis auch nur mässig geschwollen, doch bleibt der Fall auch weiter interessant, da eine nachträglich kommende phlegmonöse Entzündung nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

2) Ludwig Polyák: Ein Fall von Larynxstenose, durch ein Gumma verursacht.

Patientin erschien in Begleitung ihres Gatten am 1. Februar in der Wohnung des Vortragenden mit einem solch' hochgradigen Stridor, dass man auf eine sofortige Tracheotomie denken musste. Neben dem Stridor war ein eigenartiges klapperndes Geräusch hörbar, wie wenn in dem Kehlkopf etwas sich klappenartig bewegt hätte. Der Gatte der in Neu-Pest wohnenden Patientin gab an, dass die Frau, die schon seit Monaten heiser und drei Wochen aphonisch ist, seit der letzten Zeit an zunehmenden Athmungsbeschwerden und an mässigen Schlingenschmerzen leidet.

Im Kehlkopfspiegel zeigten sich Epiglottis und Kehlkopfengang intact; im Kehlkopf selbst sass ein typisches riesengrosses Gumma unter dem in toto ulcerirten linken Stimmbande. Das Gumma hatte in seiner Mitte ein kraterartiges, grosses, scharfgerändertes Geschwür und verschloss den Einblick in die Luftröhre vollständig. Aryknorpel und Kehlkopfmotilität waren intact. Das erwähnte Nebengeräusch war durch ein necrotisches Gewebestück verursacht, welches an dem unteren Rande der ulcerirten Gumma sass und sich bei dem Athmen auf und ab bewegte, wodurch der ohnedies sehr enge Luftweg noch mehr beengt wurde.

Die Diagnose des Gumma war schon allein aus dem Spiegelbilde gesichert. Andere Zeichen der Syphilis waren weder bei der Frau, noch bei ihrem Manne zu finden; doch hatte die Frau bisher schon fünf todt geborene Kinder geboren.

Vortragender wollte die Pat. wegen der drohenden Erstickungsgefahr

in's Krankenhaus schicken und nur dann, als dies die Pat. entschieden verweigerte, übernahm er die verantwortungsvolle Cur. Glücklicher Weise war die Wirkung einer Schmiercur (3 Grmm. Ung. ciner. pro die) sehr zufriedenstellend, die Athembeschwerden linderten sich schon am dritten Tage, und heute, am Ende der ersten Tour, ist das Athmen nur wenig erschwert, das Gumma hat sich um die Hälfte verkleinert und die Geschwüre beginnen auch schon zu verheilen.

3) Arthur Irsai: Ein Fall von geheilter Rachen- und Kehlkopftuberculose.

4) Emerich Navratil: Ein Fall von perichondritischer Kehlkopfstenose nach Tracheotomie spontan geheilt.

Wir kommen auf diese Vorträge noch zurück.

Sitzung vom 22. Februar 1894.

1) Navratil: Ein Fall von perichondritischer Larynxstenose, spontan geheilt nach Tracheotomie (Kranken-Vorstellung).

K. J., 40 Jahre alt, Wirthsgattin, stand wegen Heiserkeit und Schlingenschmerzen schon im Herbst 1891 unter ärztlicher Behandlung, doch ohne Erfolg. Am 3. Septbr. 1892 hat ein Kehlkopfspecialist im Larynx Incisionen und Excisionen gemacht. Bei uns meldete sie sich ambulant erst im August 1892; wir fanden beide Aryknorpel perichondritisch erkrankt und stellten wegen der vorhandenen Larynxstenose eine Operation in Aussicht. Die Anamnese war auf Tuberculose negativ, über den Lungen hörten wir nur rauhes Exspirium, so dass die Diagnose auf Tuberculose nur mit Wahrscheinlichkeit gemacht wurde. Da die Localtherapie erfolglos blieb, wurde Pat. in die Abtheilung für Kehlkopferkrankte des St. Rochusspitals am 22. October 1892 mit dem folgenden Zustande aufgenommen:

Die blasse, mehr cyanotische Patientin atmet schwer, geräuschvoll. Mund- und Rachenschleimhaut, sowie der mässig rückwärts gebeugte Kehldeckel auffallend blass. Schleimhaut der Aryknorpel besonders links stark geschwollen, injicirt, Glottis eng, Stimmbänder durch Anschwellung der Aryknorpel und Taschenbänder verdeckt. Am Tage der Aufnahme wurde die Tracheotomie gemacht. Untersuchung der Lungen und Sputa gaben in den nächsten Tagen keine Stützpunkte zur Annahme der Tuberculose.

Patientin verliess am 28. November 1892 das Spital, die Canüle wurde am 5. Mai 1893 entfernt. Momentan lässt sich — abgesehen von der mässigen Steifheit des rechten und geringer Atonie des linken Crico-arytaenoidgelenkes — keine pathologische Veränderung im Kehlkopfe mehr sehen. Das Spiegelbild ist normal, die Stimme ist stark und frei, das Athmen unbehindert.

Der Fall beansprucht das Interesse aus zwei Gründen: erstens in Bezug auf die Diagnose, da Luës zwar sicher ausgeschlossen werden konnte, doch konnte es weder bei der Aufnahme, noch später während und nach Verlauf der Krankheit mit Hilfe der klin. Beobachtungen und Untersuchungen festgestellt werden, ob die Perichondritis tuberculösen Ursprungs war? Wir fanden keine Veränderungen in den Lungen, trotz wiederholter Untersuchungen keine Bacillen im Auswurf, Fieber war



nur einige Tage lang nach der Operation vorhanden, die anderen Organe sind gesund und der Zustand der Pat. lässt heute nichts zu wünschen übrig. Vielleicht haben wir es mit dem äusserst seltenen Falle zu thun, wo bei hereditärer Anlage und bei Intactbleiben — oder zumindest nicht nachweisbaren Erkrankungen — der Lungen sich Larynxtuberculose entwickelt hat; sonst müssen wir das Leiden als eine Perichondritis — aus einfachem vernachlässigten Catarrh entwickelt — betrachten. Interessant ist der Fall auch von der therapeutischen Seite betrachtet, da ausser der absoluten Ruhe — bedingt durch die tiefe Tracheotomie — kein anderes Heilverfahren angewendet wurde.

Discussion:

Dr. Ludwig Polyak: Die Pat. stand vom 3. September bis zum 8. October 1892 auch unter meiner Behandlung und ich war schon damals in der Lage, die Diagnose sicher festzustellen. Ich fand damals stenotisches Athmen, bedingt durch die hochgradige Infiltration der Aryknorpel und aryepiglottischen Bänder. Die Stimmbänder zeigten das typische Bild der Chorditis desquamativa. Ulcera waren nicht vorhanden. Bei der Percussion fand ich Dämpfungen über beiden Lungenspitzen, besonders rechts, bei der Auscultation war indeterminirtes Athmen deutlich hörbar. Ich machte am anderen Tage wegen der Dyspnoe und Schlingenschmerzen Scarificationen an beiden Aryknorpeln, und da dies nur eine vorübergehende Erleichterung schaffte, schnitt ich am 8. Sept. mit der Krause'schen Doppelscurette grössere Stücke aus der infiltrirten Schleimhaut beider Aryknorpel aus. In den excidirten Theilen habe ich Riesenzellen, Tuberkelbacillen, mit einem Worte typische Tuberculose gefunden. Ich sah Patientin noch 14 Tage lang. Die Wunden nach dem Cürettement vernarbt in 8 Tagen, doch besserte sich Pat. nicht, was um so leichter erklärlich ist, da sie sich in Vertretung ihres bettliegenden Gatten den ganzen Tag über in dem vollgerauchten, gar nicht ventilirten Schanklocal aufhalten, die Gäste bedienen und fortwährend sprechen musste.

Interessant ist also der Fall wegen der Diagnose, da man dieselbe aus dem Krankheitsbilde nicht stellen konnte, und ohne die histologische Untersuchung möchte der Fall noch heute zu den unaufgeklärten gehören. Doch noch interessanter wird der Fall durch die ideale Heilung, welche auf die Tracheotomie gefolgt ist. Es giebt viele Skeptiker unter den Laryngologen, die in die definitive Heilung der Larynxtuberculose kein Vertrauen setzen, und sehr gering ist die Zahl Derjenigen, die der Tracheotomie eine Heilwirkung auf den Verlauf der Larynxtuberculose zusprechen. Die schönsten Erfahrungen hat in dieser Hinsicht Moritz Schmidt gemacht und ich werde heute die Annahme, dass die Tracheotomie einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Larynxtuberculose hat, nachdem ich in diesem Falle Gelegenheit hatte, eine hochgradige doppelseitige tuberculöse Perichondritis in solch' ideale Heilung übergeben zu sehen, gerne bestätigen.

Dr. Baumgarten hat diesen Fall nach dem Spiegelbilde als eine idiopathische Perichondritis oder als postrheumatische Ankylose des Cricarytaenoid-Gelenkes aufgefasst.

Navratil hat bei der Aufnahme nur an Perichondritis denken können. Im Auswurf waren keine Bacillen, Polyak hat sie auch nur

in den Schnitten gefunden. Es fragt sich, da N. die Lungen intact fand, ob ein geringes tuberculöses Infiltrat im Stande ist, eine solch' hochgradige doppelseitige Perichondritis hervorzurufen, dass dadurch Suffocation entstehen kann und die Tracheotomie gemacht werden muss. Aehnliche Fälle sah N. niemals. Es fragt sich weiter, ob in diesem Falle das Cürettement indicirt war, ob es nicht besser gewesen wäre, antiphlogistisch vorzugehen, ob die Entzündung nicht consecutiv war, befördert noch durch die Beschäftigung, durch Rauch, Sprechen etc. So viel steht fest, dass das Leiden vollständig geheilt worden ist. Heute ist der Fall nicht mehr tuberculös und N. fasst es eher als idiopathische, oder local entzündliche Perichondritis auf. Es ist auch möglich, dass die Tuberculose damals nur in einem kleinen Herde vorhanden war und durch das Cürettement vollständig entfernt wurde.

Dr. Polyák will in Bezug auf die Diagnose nicht all' das wiederholen, was er schon gesagt hat; die histologische Untersuchung genügt ja vollständig, da bei Riesenzellen und Tuberkelbacillen die Diagnose nicht angefochten werden kann. Im Auswurf fand er keine Bacillen, doch zeigte das Spiegelbild auf den ersten Blick ein solch charakteristisches Bild der tuberculösen Perichondritis, dass er gleich diese Annahme fasste, und zwar, wie die Untersuchung bewies, ganz richtig. Hochgradige Perichondritis und Suffocation können hier ganz gut von der Tuberculose erklärt werden, wir brauchen keine ferner liegenden Ursachen zu suchen. Es ist auch kaum anzunehmen, dass der Fall darum heilte, weil nur wenige tuberculöse Herde vorhanden waren und auch vollständig entfernt worden sind; dies ist nicht wahrscheinlich, doch wissen wir von Moritz Schmidt, dass der nach Tracheotomie in absolute Ruhe gesetzte Larynx gerade so heilen kann, wie die in Ruhe gesetzten tuberculösen Gelenke.

2) Dr. Onodi: Topographie der Nebenhöhlen der Nase auf Gefrierdurchschnitten. (Demonstration.)

Auf den Präparaten lässt sich das Verhältniss der einzelnen Nebenhöhlen zu einander und zu den benachbarten Theilen sehr gut durchsehen.

3) Dr. Polyák: Cyste auf dem linken Aryknorpel.

Es handelt sich um eine erbsengrosse Retentionscyste, welche keine Beschwerden verursachte und nur zufällig entdeckt wurde. Selten ist der Sitz, da die Cysten zumeist an der Epiglottis oder dem Sinus Morgagni vorkommen.

Sitzung vom 15. März 1894.

1) Onodi: Präparat einer ulcerösen Perichondritis des Ringknorpels. (Demonstration.)

O. wurde zur 37 Jahre alten Patientin wegen Athembeschwerden gerufen. Das linke Stimmband war angeschwollen und in der Medianlinie fixirt, bewegte sich weder bei der Phonation, noch bei der Respiration. Das rechte Stimmband bewegte sich normal. Diese Verengung der Glottis bei bestehendem Herzleiden und Emphysem hat die Dyspnoe verursacht. Pat. wurde in's Krankenhaus aufgenommen, wo sie gleich in der Nacht des Aufnahmetages während eines Erstickungsanfalls starb. Bei der Section fand man eine hochgradige Insufficienz der Bicuspidal-

klappen und hochgradiges Emphysem. Die Fixation des Stimmbandes wurde durch Gelenkankylose und entzündliche Infiltration der Umgebung verursacht. Verdeckt durch das fixirte Stimmband, ungefähr 8 Mm. abwärts, sass ein 2 Ctm. langes und 1 Ctm. breites, ovales Geschwür, an dessen Grunde der nackte Ringknorpel und blutreiche Granulationen zu sehen waren. — Die Granulationen zeigten unter dem Microscop einen bindegewebigen Character. — Luës und Tuberculose konnten ausgeschlossen werden, und so haben wir zur Erklärung dieses Geschwürs keine Stützpunkte.

2) Böke: Anwendung des kalten Wassers bei Ohrenleiden.

Vortragender wendet die Kälte in Form von Eisumschlägen oder als Leiter'schen Apparat an: 1) in Fällen von Trauma, wo die äusseren Theile des Ohres gelitten haben, 2) bei entzündlichen Processen des äusseren Gehörganges, Trommelfells, der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes, 3) bei chronischen Eiterungen, wenn am Warzenfortsatze Empfindlichkeit, Schmerz oder sogar Oedem der Haut zu bemerken waren. Der Vortrag wird mit Krankengeschichten von Fällen illustriert, die auf der Abtheilung für Ohrenkranke des Rochusspitals behandelt wurden; darunter zwei Fälle von Trauma mit Gehirnsymptomen, ein Fall von chron. eiternder Mittelohrentzündung, wo nach Creolingebrauch Bewusstlosigkeit, Sopor und hohes Fieber auftraten, und ein Fall von eitriger Paukenhöhlenentzündung mit Facialisparalyse complicirt. In all' diesen Fällen hatte B. von dem kalten Wasser sehr schöne Erfolge gesehen; ausserdem bei Influenza-Ohrenleiden, besonders im ersten Stadium, wo die Erfolge auffallend rasch und schön sind.

3) Discussion über die Entfernung der hypertrophischen hinteren Nasenmuschelenden.

Onodi: Bei einem jungen Manne, der mich wegen Nasenpolypen consultirte, musste ich, nach Entfernung der Polypen, um die Nasenathmung herzustellen, das 2 Ctm. lange, polypös hypertrophische hintere Ende der linken unteren Muschel mit der kalten Schlinge entfernen. Die Blutung wurde mit der vorderen Tamponade gestillt. Die Erfahrung zeigt, dass die Störungen der Nasenathmung oft trotz der Localbehandlung so lange bestehen, bis die hypertrophischen hinteren Muschelenden entfernt werden. In mildereren Fällen kann auch die galvanocaustische Behandlung von Nutzen sein, doch bei grösseren Hypertrophien und polypösen Wucherungen kann nur die radicale Entfernung nützen. Ich opere die hinteren Muschelenden mit der durch die Nase eingeführten Schlinge. Die bimanuelle Einführung durch den Nasenrachenraum kann ich nicht empfehlen. Ich wende häufiger die kalte, als die Glühschlinge an, so sah ich niemals eine solche Blutung, welche ich mit der vorderen Tamponade nicht hätte stillen können. Ich empfehle daher bei den grösseren Hypertrophien oder polypösen Wucherungen der hinteren Muschelenden immer die radicale Operation, die Entfernung mit der Schlinge vorzunehmen.

Zwillinger: Bei Entfernung der Nasenpolypen müssen auch die hinteren Muschelenden entfernt werden, wenn sie hypertrophisch sind, besonders in solchen Fällen, wie der demonstrierte. Die Hypertrophie kann himbeerartig oder polypoid sein, doch nicht allein diese sind zu entfernen, sondern auch die mit Erectionen verbundenen Schwellungen

der Muschelenden. Ich operire mit der kalten Schlinge durch die Nase, niemals durch den Nasenrachenraum und niemals bimanuell, da das Betasten das Sehen nicht ersetzt. Ich glaube, dass das bimanuelle Verfahren überhaupt überflüssig ist, da die Muschelenden selbst dort gut zu fassen sind, wo die Hypertrophie nur mässig ist. Grössere Blutungen sah ich niemals. Blutungen pflegen gewöhnlich nach Aufhören der Cocainwirkung einzutreten, es ist daher rathsam, den Patienten noch eine Weile nach der Operation zurückzuhalten.

Baumgarten hat Blutungen bei jedem Verfahren beobachtet, mit und ohne Cocain. Er hat die Operation mit kalter und GlühSchlinge, auch mit Galvanocauter gemacht, doch wenn der Galvanocauter, was bei den Tauchbatterien keine Seltenheit ist, den Dienst verweigerte, dann war er gezwungen, mit der kalten Schlinge weiter zu operiren. Häufig war die Blutung nur unbedeutend, in anderen Fällen, besonders bei jungen Mädchen, musste er 3—5 Tage lang tamponiren. Er ist kein Freund der Amputation, gerade wegen der Blutungen, er wendet nur den Galvanocauter an. Hauptsache ist ein guter Strom; seitdem er Accumulatoren benutzt, kann er selbst grosse Tumoren in 2—3 Sitzungen abbrennen. Er benutzt in solchen Fällen einen seitwärts gebogenen Brenner.

Polyák: Interessant ist der Zusammenhang zwischen der einfachen, flach polypösen und der himbeerförmigen, sogenannten papillomatösen Hypertrophie der hinteren Muschelenden. Ich habe mich mit der Entstehung und Histologie dieser zwei Formen schon seit lange beschäftigt, ohne die verschiedene Entwicklung bei ganz gleicher histologischer Structur, abgesehen von den Epitheleinschnürungen an der Himbeerform, dieser zwei Formen erklären zu können.

Was die Behandlung betrifft, so möchte ich bei diesen zwei Formen nur die radicale Operation, die Amputation empfehlen, aber immer durch die Nase und nie durch den Nasenrachenraum. Ich wende gewöhnlich die kalte Schlinge an, da gegen Blutungen die GlühSchlinge auch keine Sicherheit giebt. Das kommt daher, weil wir bei Anwendung der GlühSchlinge den Strom zu einer grösseren Schlinge einstellen müssen, um die Geschwulst sicher fassen zu können. Bei der Abschnürung wird dann diese Stromstärke, welche die grössere Schlinge nur bis zum Rothglühen gebracht hatte, auf eine kürzere Schlingenlänge vertheilt, die Schlinge wird weissglühend, und die Wunde kann und wird gerade so bluten, wie bei der kalten Schlinge. Anstatt der reinen Schnittwunde haben wir eine verbrannte Wunde bekommen mit der lästigen Reaction und sind doch nicht gegen das Bluten sicher. Unter den kalten Schlingen halte ich die Krause'sche für die handlichste.

Nasenverstopfung kann aber auch durch einen einfachen Schwellungscatarrh der hinteren Muschelenden entstehen, und da können wir zuweilen die Schlinge deshalb nicht anwenden, weil das Muschelende nach der Cocainisirung ganz zusammenfällt. In solchen Fällen benutzte ich einen am Ende rechtwinklig gebogenen Spitzbrenner, welchen ich in das Muschelende einsteche, dort 1—2 Minuten lang glühen lasse, wodurch ich submucös das Schwellungsgewebe verbrenne. Die nachfolgende Narbe ist so solide, dass dadurch die Schleimhaut gut zum Knochen fixirt wird und keine Anschwellungen mehr auftreten können.

## II. Kritiken.

### Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde.

Nach den Ergebnissen meiner 24jährigen statistischen Beobachtung. Von Friedrich Bezold, Professor der Ohrenheilkunde in München.

Der Titel vorliegender Arbeit ist insofern berechtigt, als Verfasser nicht nur die Resultate seiner eignen Forschungen mittheilt, sondern auch vielfach die Arbeiten Anderer berücksichtigt.

An der Entwicklung der neueren Ohrenheilkunde ist Bezold theilhaftig: 1) durch seine Forschungen über „die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom anatomischen Standpunkte aus“, sowie durch die Feststellung des Krankheitsbildes nach Durchbruch der untern Wand des Warzenfortsatzes; 2) durch die Einführung der Borsäurebehandlung; 3) durch eine Reihe von Untersuchungen über den Werth der einzelnen Functionsprüfungsmethoden und die Einführung der continuirlichen Tonreihe.

Der statistische Bericht umfasst die Jahre 1872—1892 incl. Es wurden in dieser Zeit behandelt 20468 Kranke (incl. Privatpraxis) mit 21560 Ohrenerkrankungen. Der Bericht liefert ein schönes Uebersichtsbild über die Fortschritte, welche die Ohrenheilkunde in dieser Zeit gemacht hat, in Bezug auf unser diagnostisches wie auch therapeutisches Können. Es sind vor Allem anzuführen: 1) die Erkenntniss von der Bedeutung der Perforationen der Membrana Shrapnelli und die in Folge dessen eingeführten Operationsmethoden; 2) die Erkenntniss, dass viele der früher als Otitis externa diffusa registrirten Fälle durch Mittelohrleiden bedingt sind; 3) die bessere Trennung von Erkrankungen des mittleren und innern Ohres durch die Functionsprüfung.

Als sicheres Resultat der Functionsprüfung fand Bezold bei allen durch Inspection oder Auscultation erkennbaren Mittelohrerkrankungen (abgesehen von einigen Modificationen bei Flüssigkeitsansammlung im Mittelohre), sowie bei Sclerose:

- 1) Die untere Tongrenze ist mehr oder weniger hinaufgerückt.
- 2) Die Knochenleitungsdauer ist für alle Töne im untern Bereich der Scala von A an über die Norm gesteigert. Mit der Tiefe des Tones wächst seine Verlängerung für Knochenleitung. — Als Norm wurde die Knochenleitungsdauer des Untersuchers angesehen.
- 3) Der Rinne'sche Versuch fällt entweder stark verkürzt positiv oder negativ aus.

Bei Erkrankungen des inneren Ohres dagegen:

- 1) Eine Verkürzung für die Kochenleitung (mit A und a1 geprüft).
- 2) Eine sichere Perception für die tieferen Töne bis nahezu oder vollständig an die untere Tongrenze pr. Luftleitung.
- 3) Unverkürzter oder nur wenig verkürzter Ausfall des Rinne'schen Versuches.

Nicht selten waren ausserdem grosse Ungleichmässigkeiten im Verlauf der Scala, insbesondere grössere Defecte am obern Ende der Scala.

Alle Fälle von chronischer Schwerhörigkeit mit negativem Befund am Trommelfell (Trübung und Verdickung rechnet Verf. nicht zu den positiven Befunden), bei welchen nicht eine der beiden erwähnten Symptomgruppen rein vorhanden ist — ebenso die einseitigen hochgradigeren

Schwerhörigkeiten, bei welchen die gute Knochenleitung der gesunden Seite unsere Untersuchung behindert — die Fälle von sehr geringer Herabsetzung der Hörweite —, die Fälle, in welchen überhaupt nur mangelhafte Angaben zu erhalten waren, werden in die unbestimmte Rubrik „Dysacusis“ verwiesen.

Die Klasse der Dysacusen ist eine ziemlich beträchtliche.

Unter 17087 Patienten (seit 1881) fand sich:

- 1) Otitis med. simpl. chronica mit Einsenkungserscheinungen am Trommelfell 3,4 pCt.
- 2) Sclerose 7,0 pCt.
- 3) Erworbene nervöse Schwerhörigkeit ca. 6,5 pCt.
- 4) Nicht localisirbare Dysacusis 4,2 pCt.

\* \* \*

Es ist Bezold somit gelungen, für zwei grosse Gruppen der Erkrankungen des Ohres durch die Functionsprüfung je eine einheitliche Formel zu finden. Es ist das gewiss ein grosses und unbestreitbares Verdienst. Trotzdem glaube ich nicht, dass es berechtigt ist, nun alle Fälle, auf welche diese Formeln nicht passen, als nicht diagnosticirbare zu behandeln — ebensowenig, als ich an die wiederholt betonte Bedeutungslosigkeit der Trommelfellbefunde bei nicht vorhandener Einziehung glauben kann. Besonders halte ich die weissliche Trübung für ein wichtiges Symptom chronischen Catarrhs, auch wenn momentan keine Hörverschlechterung vorhanden ist. Solche Individuen leiden immer an Catarrhen der Nase und des Nasenrachenraumes, und werden meist schwerhörig, wenn die vorhandenen Catarrhe nicht bekämpft werden.

An der Untersuchungsmethode bei Functionsprüfungen habe ich auszusetzen, dass der Untersucher sein eignes Ohr als Normalohr benutzen soll. Meiner Ansicht nach sollte jede Stimmgabel, welche für derartige Untersuchungen verwendet wird, vorher an einer Reihe von Normalhörenden geprüft werden.

Die Formel für die erworbene nervöse Schwerhörigkeit umfasst ebensowenig alle mit Sicherheit diagnosticirbaren Fälle, wie die Formel für Affectionen des Schalleitungsapparats. Dass alle Fälle von Mittelohrerkrankungen mit Verkürzung der Knochenleitung —, alle Fälle von entschieden positivem Ausfall des Rinne'schen Versuches bei älteren Affectionen des Schalleitungsapparates — alle Fälle von Erkrankung des percipirenden Apparats mit Taubheit nur für die tiefen Töne zur Gruppe der nicht localisirbaren Dysacusis gerechnet werden sollen, will mir nicht einleuchten.

Bezold's Standpunkt bei der Diagnose von Erkrankungen des Schalleitungsapparates lässt sich nur durch seine Theorie erklären, dass die Anspannung des Schalleitungsapparates an und für sich die Perception für Knochenleitung verbessere. Daher stammt seine eigenthümliche Deutung der Resultate des Rinne'schen Versuches — daher die Ansicht, dass der Weber'sche Versuch, besonders bei doppelseitigen Erkrankungen, „nur ausnahmsweise als Criterium benutzt werden könne“, weil eben die Resultate des Weber'schen Versuches nicht zur Theorie passen. Wäre Bezold's Theorie richtig, so müsste bei reiner Sclerose die

a<sup>1</sup> Gabel vom Scheitel oder besser Nasenwurzel nach dem schlechteren Obre gehört werden — sie wird aber in der That nach dem für Sprache besseren Obre gehört. Ebensovienig lässt sich damit erklären, warum bei normalen Obren die Stimmgabel vom Scheitel nach dem leicht verschlossenen Obre gehört wird, während bei tieferem Einpressen des Fingers der Ton nach dem unverschlossenen Obre überspringt.

\* \* \*

Auf die Beschreibung aller einzelnen Krankheitsformen, ihrer Diagnose und Behandlung kann hier nicht näher eingegangen, sondern muss auf das Original verwiesen werden, welches eine Fülle guter Beobachtungen und treffender Schlussfolgerungen enthält. Von besonderem Interesse erscheint die Besprechung der Mittelohreiterungen, — der Nachweis, dass bei acuten Infectionskrankheiten die Flüssigkeitsansammlungen im Mittelohr denselben Character haben, wie bei perforirender Entzündung, — die Feststellung der günstigen und ungünstigen Bedingungen für die Resorption, — die Besprechung der tuberculösen Erkrankung, des Scharlachs und seiner Folgezustände, — und vieles Andere verdient im höchsten Grade die Beachtung weiterer Kreise.

Was die Behandlung der Otitis media purulenta betrifft, so habe ich seit einer Reihe von Jahren fast ausschliesslich die Borsäurebehandlung nach Bezold angewendet. Ich kann mich keines einzigen Falles entsinnen, der zu dem Verdacht hätte Veranlassung geben können, dass durch die Borsäurebehandlung schwerere Complicationen entstanden wären. Die Mittheilung, dass in allen Fällen von Mittelohreiterung eine exacte Austrocknung des ganzen Raumes, „auch der Paukenhöhle und ihrer Adnexa, soweit die Verhältnisse dies zulassen, mittelst wattenwickelter Sonden“ der Luftdouche folgen müsse, bezieht sich hoffentlich nur auf chronische Eiterungen.

Zu den Fällen von Empyem des Warzenfortsatzes mit Durchbruch nach der Incisura mastoidea möchte ich bemerken, dass ich bei tiefer liegenden Senkungsabscessen nie die von Bezold als characteristisch bezeichnete Anschwellung unterhalb des Warzenfortsatzes gesehen habe.

In Bezug auf die Ausgänge bei Perforation der Membrana Shrapn. stimme ich mit Verf. überein, dass vollständige Ausheilung auch ohne operativen Eingriff gar nicht so selten ist. Ich habe sogar wiederholt vollständigen Wiederverschluss gesehen. In diesen Fällen habe ich mich nicht der Bezold'schen Methode der Pulverinsufflation bedient, sondern mit Aetzmitteln und Adstringentien behandelt. Bei schweren Cholesteatomfällen operirt B. nach der Methode von Siebenmann. Es ist auch nach meiner Ansicht zum Mindesten überflüssig, den noch vorhandenen Epithelüberzug der Cholesteatomhöhlen zu zerstören — soviel ich weiss, hat übrigens Zaufal's Methode in dieser Beziehung nur wenige Nachahmer gefunden.

Bei der Besprechung der Ohrenleiden nach Influenza vermisste ich die Erwähnung der nervösen Schwerhörigkeit. Ich bemerke dies nur deshalb, weil die hier beobachteten Fälle genau Bezold's Formel für erworbene nervöse Schwerhörigkeit entsprachen.

Ich schliesse die Besprechung des in so vieler Beziehung hochinteressanten Buches mit dem Wunsche, dass es die verdiente Verbreitung finden und auch in weiteren Kreisen Interesse für die Bedeutung und die Fortschritte der Ohrenheilkunde erwecken möge.

Erlangen, den 16. März 1895.

Kiesselbach.

---

### III. Referate.

#### a) Otologische:

**Ueber die Otitiden bei Typhus abdominalis.** (Russisch.) Von Dr. E. J. Botkin. (Botkin's Hospitalzeitung No. 1, 2 u. 3, 1895.)

Verfasser beginnt seine lesenswerthe Abhandlung mit einer Uebersicht über die stattliche Literatur des Gegenstandes, wobei er hervorhebt, dass man bisher für die bei Typhus abdominalis auftretenden Mittelohrentzündungen nur die Tuba Eustachii und die Blutbahn als Invasionsweg in Betracht zog.

Verfasser hat nun im St. Petersburger Marienhospital im Sommer 1894 bei 26 an Typhus abdominalis Erkrankten 21mal Otitis externa diffusa acuta duplex und in einem Falle Otitis externa diffusa acuta dextra et otitis media purulenta chronica sinistra gefunden und spricht die Vermuthung aus, dass ein Theil der bei Abdominaltyphus auftretenden Mittelohrentzündungen durch Uebergreifen der Otitis externa auf Trommelfell und Paukenhöhle verursacht sein dürfte. Aus diesen Erwägungen ergebe sich die Nothwendigkeit einer vernünftigen Pflege auch des Gehörganges bei Typhuskranken.

Zum Schluss betont Verfasser, dass im Jahre 1893 im Marienhospital unter 357 Typhuskranken 19 mit eitriger Otitis behaftet waren. Von diesen seien fünf gestorben und zwar der eine an eitriger Pneumonie mit metastatischer eitriger Nephritis, der zweite an multiplen Leberabscessen, der dritte an Pyämie, ein vierter an Septicopyämie. Unter sämtlichen übrigen Typhusfällen (ohne Otitis) kam kein einziges Mal Pyämie vor.

Gorodecki.

---

**Zwei Fälle von hysterischer Taubheit.** (Deux cas de surdit e hysterique.) Von Dr. A. Cartaz. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 11, 1894.)

Nicht so selten, wie früher angenommen wurde, besonders seit der Arbeit von Gradenigo. Der eine Fall des Verf.'s betraf ein hysterisches Taubstummsein, der zweite Fall aber ein Blindtaubsein; beide wurden geheilt.

Dr. P. K.

---

**Taubheit und Verlust eines Auges durch Contusion und Schrecken.** (Surdit e unilatérale et perte d'un oeil par suite de contusion et d' motion.) Von Dr. Jouslain. (Bulletin et mémoires de la société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris No. 5, 1894.)

Der seitdem enthauptete Anarchist Henry wurde nach dem Attentate im Terminuscaf  in Paris auf seiner Flucht zuerst von dem betreffenden Patienten aufgehalten. Letzterer erhielt von dem Verbrecher aus



nächster Nähe einen Revolverschuss in die rechte Seite, welcher Schuss eben wegen allzugrosser Nähe und wegen der schlechten Waffe bloss eine starke Contusion hervorbrachte; nichtsdestoweniger fiel der Patient Mauric besinnungslos zu Boden, bekam eine Stirnwunde und Blutspeien. Nach 17 Tagen erst bemerkte er, dass er auf der rechten Seite taub und ebenfalls rechts blind war. Patient bot das Bild eines Neurasthenikers; die Untersuchung des Ohres ergab ein negatives Resultat; die Blindheit des rechten Auges schien theilweise nur von dem Fall auf die Stirne herzuführen. Verf. ist der Ansicht, dass man nervöse Störungen des Auges und des Ohres annehmen soll, ebenso wie die mit Contusionen und heftigen Gemüthsbewegungen verbundenen Eisenbahnunfälle die der Railway-spine eigenthümlichen functionellen Störungen hervorbringen.

Dr. P. K.

### b) Rhinologische:

**Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis.** Von Dr. L. Lichtwitz, Bordeaux. Vortrag, gehalten in der Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, am 4. November 1892. (Sonder-Abdruck aus der Prag. med. Wochenschr. 1893, No. 7—9.)

Verf. citirt erst eine grosse Anzahl von Publicationen über das einschlägige Thema und berichtet dann seine eigenen beiden Beobachtungen.

Die erste betrifft eine 50jährige Frau, die seit ihrer Jugend ohne nachweisbare Ursache Schleim, der von der Nase in den Rachen fiel, auswarf. Seit 29 Jahren bestand Druckgefühl in der Nase, Anfälle von profuser wässriger Secretion, die mit Zittern, Unbehagen, Anorexie, Schmerzen im Körper, namentlich den Nagelgliedern, heftigem Niesen, Thränenträufeln und Lichtscheu einhergingen. Die Anfälle dauerten 3—4 Tage, manchmal bestand Somnolenz. Seit 7 Jahren bestanden heftige Schmerzen in der Nasenwurzel, der Stirn und im Scheitel rechterseits, die bei der geringsten Bewegung angefacht wurden, ausserdem Jucken an verschiedenen Körpertheilen, besonders dem Druck ausgesetzten, grosse Schwierigkeit, die Augen nach dem Schläfe zu öffnen, eine Art vorübergehender, höchst sonderbarer Hemianopsie, bei welcher die Objecte durch eine von rechts oben nach links unten gezogene Diagonale halbirt waren, so dass die Kranke nur die obere linke Hälfte sah. Diese Hemianopsie dauerte 20—25 Min. Ausserdem kamen Convulsionen und Attacken mit Bewusstlosigkeit vor. Die Nasenuntersuchung ergab negatives Resultat. Da die Patientin ihr Leiden in die Gegend des rechten Sinus frontalis verlegte, wurde dieser von der Nase aus punkirt und die Punktion noch zweimal wiederholt, ohne dass Eiter entleert werden konnte, wohl aber trat bedeutende subjective Erleichterung auf, wenn auch die Anfälle nicht ausblieben. Nachdem in einem solchen grosse Mengen gelatinöser, safranfarbiger Massen durch Nasenrachen und Nase entleert wurden und diese Secretion 11 Tage angehalten hatte, war Patientin ganz geheilt.

Die wässrige Absonderung stammte aus der Nase, denn sie war von Niesanfällen und Thränenträufeln begleitet und ging am 4. Tage in eine schleimige über, wofür nur die Nase als Quelle angesprochen

werden kann. Chemische und macroscopische Untersuchungen konnten nicht gemacht werden. Die schleimige Secretion zwischen den Anfällen leitet Verf. von einer chronischen catarrhal. Affection der rechten Stirnhöhle ab, die wahrscheinlich Folge einer cystischen Geschwulst daselbst war. Das Auftreten der nervösen Symptome wird man sich aus dem Wachsthum der Cyste und der hierdurch bedingten Läsion des Sinus frontalis an einer zweifellos schon vorher neurasthenisch gewesenen Person erklären können, wofür auch die Besserung der Symptome nach der Punktion und ihr gänzlich Ausbleiben nach dem Platzen der Cyste und der Entleerung des reichlichen gelatinösen Schleimes sprechen.

In einem zweiten Falle handelt es sich um eine 24-jährige Frau, die seit zwölf Jahren an Kopfschmerzen namentlich über der Nasenwurzel und in der Schläfe litt. Seit 2—3 Jahren warf sie jeden Augenblick klebrige Massen aus, die ihr in den Rachen fielen. Die Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes und die Probeausspülung der Highmorshöhle ergaben negatives Resultat. Es wurde der rechte Sinus frontalis punktiert und aspirirt. Weder hierbei noch bei Carbolausspülungen wurde Eiter gefunden. Seither jedoch sind die Stirnkopfschmerzen ganz ausgeblieben, ebenso der Schleimauswurf durch 2 Monate, dann fing er wieder an; die Kopfschmerzen aber kehrten nicht wieder.

L. ist zwar der Ansicht, dass die Aetiologie wahrscheinlich für alle Fälle von Nasenhydrorrhoe nicht die gleiche ist, meint jedoch, man solle in Zukunft den Nebenhöhlen mehr Aufmerksamkeit schenken.

Dr. Hitschmann.

---

**Adenoide Vegetationen im Nasopharynx.** (Adenoid vegetations in the nasopharynx.) Von Kendal Franks, Dublin. (Lancet, 22. December 1894.)

Verf. besprach in der Royal Academie of Medecine in Irland die Wichtigkeit der genannten Gebilde und theilte mit, dass er die Operation mittelst des Gottstein'schen Schabers in der Chloroformnarcose mache und wenn die Gaumenmandeln gross seien, diese ebenfalls in derselben Sitzung mittelst der Guillotine entferne. Er macht die Operation am hängenden Kopfe und tamponirt den Nasopharynx nach der Entfernung der Vegetationen mittelst in Tanninlösung getauchter Wattetampons für kurze Zeit; er entfernt die Tampons, so lange der Kranke noch unter dem Einfluss des Chloroforms ist.

M. Schm.

---

**Temporäre Resection der Nase nach Ollier als vorbereitende Operation bei Entfernung von Tumoren aus der Nasen- und Nasenrachenhöhle.** Von Prof. W. J. Rasumovsky in Kasan. (Russkaja Medicina No. 3, 1895.)

Verfasser zieht die Methode, die bekanntlich in Mobilmachung der Nase an ihrer Wurzel und Herunterklappen derselben besteht, allen andern vor, und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) die Methode von Ollier giebt genügenden Zutritt zu den Tumoren; 2) die Tumoren selbst, speciell des Nasenrachenraumes seien am besten mit der galvano-

caustischen Schlinge zu entfernen; 3) bei grossen Tumoren sei auch die präliminäre Tracheotomie mit Tamponade der Trachea vorzuschicken; 4) die Nase braucht nicht sofort wieder angenäht zu werden, man kann mehrere Tage warten (zur Controlle wegen Nachblutungen); 5) das cosmetische Resultat sei vollkommen zufriedenstellend.

Gorodecki.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Adnex-Klinik der medicin. Facultät Bordeaux unter Leitung des Dr. E. J. Moure. Statistische Uebersicht über die Krankheiten des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase und Ohren.** (Clinique annexe de la faculté de médecine de Bordeaux. Service du Dr. E. J. Moure. Revue statistique des maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles.) Von Dr. R. Beausoleil, klin. Assistenten. Bordeaux 1893.

Der Ergänzungscurs der Klinik für Kehlkopf-, Ohren- und Nasenleiden wurde durch Ministerialerlass vom 22. September 1891 eingerichtet und am 15. November von Dr. E. J. Moure begonnen. Bis zu der von der Stadt Bordeaux dem Staate versprochenen Organisation der derselbe in einem zur Facultät gehörigen Local in St. Raphael, nahe dem St. André-Hospital abgehalten. Das nöthige Unterrichtsmaterial wurde in speciellen Sälen aufgehoben. Zur Beleuchtung dient je nach Bedarf Gas, Drummond'sches oder electrisches Licht, letzteres durch Accumulatoren geliefert. Mindestens 12 Kranke können gleichzeitig untersucht werden. Die Einrichtungen der, wenn auch jetzt nur provisorischen, Klinik stehen in nichts hinter denen in Wien und den deutschen Universitäten zurück. Die Behandlung findet 4mal wöchentlich statt, der Sonnabend-Vormittag ist der Untersuchung seltener Fälle gewidmet. Im ersten Jahre, d. h. vom 1. November 1891 bis 31. October 1892 wurden behandelt: Kehlkopfkranken 698, Nasenkranken 377, Ohrenkranken 782, zusammen 1857, davon 902 Männer, 955 Weiber. Eine Besprechung der nach verschiedenen Richtungen gruppirten Tabellen würde zu weit führen, erwähnt sei nur noch, dass 416 Operationen gemacht wurden. — Dem statistischen Theile folgt noch ein Bericht über seltene und interessante Beobachtungen.

Hypertrophia amygdalarum wurde bei Kindern wenn möglich mit dem Fahnenstock'schen Instrument, bei versteckten Tonsillen mittels galvanocaustischer Ignipunctur, bei Erwachsenen mit besonders gutem Erfolge namentlich ohne Blutung mit der rothglühenden galvanocaustischen Schlinge operirt.

Adenoide Tumoren an der hinteren Parthie der Zungenbasis wurden fast immer mittels galvanischer Ignipunctur behandelt. In einem Falle waren die Massen so stark entwickelt, dass sie mit der Schlinge abgetragen werden konnten. Zwei Fälle von Lues dieser Region wurden von M. Labit, Eleven der Klinik, publicirt.

Von Neoplasmen der Tonsillen wurden ein Lymphosarcom bei einem 65jährigen Manne und ein Epitheliom, das den Larynx ganz verdrängt hatte, beobachtet. Beide Fälle waren inoperabel.

*Mycosis* wurde meist in gewöhnlicher Ausdehnung und Art, einmal aber den ganzen Nasen-Rachen-Raum bis zu den Tuben-Ostien, den Zungengrund und die Plicae glosso-epiglotticae einnehmend beobachtet. Zur Zerstörung des Pilzes wurden die erkrankten Parthien mit einem in die Lösung von Nabias und Sabrazés getauchten Pinsel stark abgerieben (Chlorzink 95,0 Grmm., Aqu. destill. 50,0 Grmm., Jodkali 150,0 Grmm., Jod 7,5 Grmm.).

*Pharyngo-laryngitis sicca* trat immer Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes begleitend auf. In einem Falle fanden sich sogar in der Trachea Krusten: Ozaena trachealis. Sie wurde mit intratrachealen Einspritzungen von Menthol-Oel sehr rasch behandelt.

Nasenrachen-catarrh, Catarrh der Luschka'schen Bursa, Tornwald's Angina. Unter den zahlreich beobachteten Fällen von Nasenrachen-catarrh waren 17 auf Luschka's Bursa beschränkt. Die zur Beschränkung der Secretion vorgenommene Cauterisirung gab nicht zufriedenstellende, die Curettage (nach Kafemann und Lubet-Barbon) gab bessere Erfolge. Wirklich radicale Behandlung wird nur erzielt mit der Entfernung jeder Spur von adenoidem Gewebe durch die modificirte Gottstein'sche Curette. Hédon, Eleve der Klinik, hat hierüber publicirt (Thèse de Bordeaux 1892).

Adenoide Vegetationen wurden von Moure immer mit der Gottstein'schen Curette entfernt, solche in den Choanen mit der Curette von Hieguet (Brüssel), bei ungebärdigen Kindern wurde Bromäthylan-ästhesie angewendet. Die Operation war nur bei einem 9jährigen, während des Keuchhustens operirten Mädchen von einer dreimal auftretenden stärkeren Blutung gefolgt.

Fibröse und fibromucöse Polypen wurden 3mal beobachtet. Bei einem 60jährigen Mann machten sie durch Ausfüllung des ganzen Nasenrachenraumes die Athmung unmöglich. Die Entfernung geschah vom Rachen aus mit der kalten Schlinge, der am Keilbeinkörper haftende Stumpf wurde galvanocauterisirt. Es trat complete Heilung ein.

Hydrorrhoea, Reflex-Neurosen nasalen Ursprunges. Ein Fall mit sehr reichlicher Secretion zeigte Entfärbung und begrenzte Anschwellung der Schleimhaut in der Höhe der unteren Muschel. Cocain war ohne Einfluss, galvanische Behandlung beseitigte die Symptome. Die Sinus waren normal. Von den Reflex-Neurosen waren am häufigsten krampfhaftes Niesen, Gesichts-Neuralgien, Migräne, Larynxspasmen; alle wurden durch locale Behandlung geheilt, nur ein Fall vorübergehend gebessert.

*Coryza pseudo-membranacea*: 3 Beobachtungen: zweimal beiderseitig, einmal einseitig; die Affection breitete sich nicht auf die Gebilde des Rachens aus. Die Loslösung des Exsudates wurde erzielt durch Ueberstreichen mit Jod 0,10 Grmm., Jodkali 0,15 Grmm., Acid. carbol. 10 Grmm., Glycerin. pur. 45,0 Grmm.

*Coryza caseosa* wurde zweimal, einmal mit einem Polypen der mittleren und Hypertrophie der unteren Muschel und einmal mit einer Affection des Sinus maxillaris, Schleimhautschwellung und fleischigen Excrescenzen beobachtet.

*Coryza atrophica* wurde von Moure mit Insufflation von 5 bis 25% Nitras argenti oder Chlorzink von  $\frac{1}{30}$  oder  $\frac{1}{10}$  behandelt.

Herpes wurde mit Theer- oder Salicylsalbe behandelt.

Knochencyste der mittleren Muschel wurde einmal beobachtet und enthielt einen Schleimpolypen von Haselnussgrösse.

Deviation des Septum mit Sporenbildung. Ein mit dem Drillbohrer operirter Patient bekam eine abundante, schwer zu stillende und wiederkehrende Blutung, die anderen Fälle wurden nach Bergonié und Moure electrolytisch behandelt.

Empyeme des Antrum maxillare. Meist bestätigte die Durchleuchtung die Diagnose; war dieselbe zweifelhaft, so wurde eine Probe-punction vom unteren Nasengang oder einer Alveole aus gemacht, mehrmals ergaben die Probeausspülungen Anfangs nichts Abnormes, später aber eitrig Massen, was den Verdacht erweckt, es sei erst durch die Ausspülung Infection und Entzündung der Antrum-Schleimhaut entstanden. Um dies zu vermeiden, punktirt Moure oft mit einer zu diesem Zwecke construirten galvanischen Spitze. Meist wurde das Antrum von der Alveole aus breit eröffnet und dann verschiedentlich: mit Ausspülungen, Insufflationen, Tamponade behandelt, ohne dass eine Methode sich vor den anderen besonders bewährt hätte.

Laryngitis variolosa: Einmal wurde an einer Frau im Desquamationsstadium der Blattern eine oberflächliche Ulceration an der Kehlkopffläche der Epiglottis beobachtet. Die Kranke hatte nur leichte Schlingbeschwerden und Heiserkeit.

Laryngitis tuberculosa: Bei einer Kranken, welche an lebensgefährlicher Athemnoth litt, erklärte die oedematöse Schwellung der hinteren Kehlkopfregion nicht die Schwere der Erscheinungen. Die interne Untersuchung (Dr. Bitot) liess auf Entzündung der tracheo-bronchialen Drüsen schliessen. 48 Stunden nach der Tracheotomie starb die Kranke und die Autopsie ergab voluminöse Drüsen um die Trachea und grossen Bronchien, welche die Stenose erzeugten.

Leichtere Formen wurden mit Menthol-Oel, Guajacol, Jodoform, Creosot behandelt.

Lupus laryngis, epitheliomatöse Degeneration bei einem Mädchen von 15 Jahren. Ausgedehnte Ulcerationen bis zum Spatium interarytaenoideum, wo einige Excrescenzen die Glottis zum Theil verlegten. Nach mehrfachen erfolglosen Behandlungen entfernte M. die Excrescenzen mit der Scheere. Die histologische Untersuchung ergab den Bau eines Epitheliomes auf zweifellos lupöser Basis, wie man es mitunter auf der Cutis sieht. Die Kranke ist seither gesund geblieben.

Von Fremdkörpern wurden zwei, eine Fischgräte und ein Glasstück entfernt.

Eversion des Ventriculus Morgagni nach acuter Laryngitis an einem robusten, nicht syphilitischen Patienten beobachtet.

#### Ohrenkrankheiten.

Fremdkörper wurden ausnahmsweise wegen ihrer geeigneten Form mit der Pincette bei Beleuchtung des Gehörganges entfernt. Sonst ist die Ausspritzung mit warmem Wasser in Gebrauch.

Otitis media suppurativa chronica wurde verschiedentlich mit durchaus variablem Erfolge behandelt. Aristol bewährte sich nicht. Aspergillus nigricans kam immer in Begleitung eitrigar Mittel-

ohrentzündungen vor. Die beste Behandlung bestand in gründlicher Reinigung der Trommelhöhle und Eintropfen von Borspiritus.

Cholesteatome: drei Beobachtungen, zweimal lagen die Cholesteatome in der vorderen oberen Wand des Felsenbeines. Beim dritten Falle lag die Höhle in der oberen Gehörgangswand.

Trockene Mittelohrentzündungen wurden durch intratympanale Operationen wenig gebessert.

Mastoiditis, Abscesse des Warzenfortsatzes: Erst beginnende Fälle wurden mit Pointes de feu behandelt. Wurde der Process nicht begrenzt, so wurde der Wilde'sche Schnitt bis auf den Knochen gemacht. In einem Falle genügte einfacher Druck mit der Sonde, um die ganz erweichte äussere Lamelle zu durchbrechen und einen Warzenfortsatzabscess zu eröffnen. Bei einer fast in extremis befindlichen Patientin wurde der Processus mastoideus, der sich während der Operation als ganz eburnisirt erwies, trepanirt und Heilung erzielt.

Labyrinthaffectionen wurden nach den verschiedensten Methoden ohne bemerkenswerthe Resultate behandelt.

Dr. Hitschmann.

---

**Einsneiden der kalten, retropharyngealen Abscesse in der vorderen seitlichen Halsfläche.** (Incision des abcès froids rétropharyngiens par la région antérolatérale du cou.) Von Dr. J. Reverdin. (Huitième Congrès français de chirurgie, séance du 12 Octobre 1894.)

Der Burckhard'sche Schnitt wird am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus in der Höhe des Larynx geführt; er dringt in die Tiefe zwischen Carotis communis und Larynx; man kommt dann in den Eiterherd, indem man in das Bindegewebe, das an der äusseren Pharynxseite liegt, eindringt. Diese Operation ist leicht, man kann den Finger in die Abscesshöhle einführen, Sequester entfernen und kranke Wirbel behandeln. Antisepsis und Anästhesie können bequem angewandt werden. Verf., gestützt auf drei verhältnissmässig günstig verlaufene Fälle, rät dieses Verfahren an und zieht es dem Cheyne'schen Schnitte, welcher sich am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus macht, vor.

Dr. P. K.

---

**Ein Reflex der Mundschleimhaut, welche durch Schwefeläther gereizt ward.** (Un reflexe de la muqueuse buccale excitée par l'éther sulfurique.) Von Dr. Soulier. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Das acute Lungenödem kann bekämpft werden durch Einträufeln von Schwefeläther in den Mund; durch Reflex wird der Lungeninhalt ausgestossen (?). Verf. hat das Experiment bei einem agonisirenden Manne angewandt; doch war derselbe nach sechs Stunden todt (!).

Dr. P. K.

---

**Diverticulum der Mundhöhlenschleimhaut mit Concrementbildung.** Von Prosector N. Altuchoff. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 1, 1895.)

Das Diverticulum ging von der Basis des vordern Gaumenbogens aus und erstreckte sich bis zur Vorderfläche des 3. — 4. Halswirbels.

Das Concrement war eiförmig, wog 4,15 Grmm. und bestand aus Kalksalzen. In den Lungen fanden sich multiple Kalkablagerungen, sonst nirgendwo. Keine Arteriosclerose. Gorodecki.

**Besondere Pharyngitis, welche Albuminurie und Diabetes mellitus erkennen lässt.** (Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète ou l'albuminurie.) Von Dr. Garel. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Klagt ein Patient über ein Hinderniss, Ziehen, Verschleimung des Rachens, besteht Röthung nebst Anhäufung von klebrigem Schleim im Pharynx, so soll man den Urin untersuchen. Es besteht dabei fast nie gestörtes Allgemeinbefinden. Verf. hat 21 solche Fälle beobachtet, von welchen 10 Zucker, 11 Eiweiss, 3 abwechselnd Eiweiss und Zucker hatten. Dr. P. K.

**Ursache der Parotitis.** (Etiologie des parotidites.) Von Dr. E. Dupré und P. Claisse. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Die Infection kommt immer vom Munde aus, hat einen aufsteigenden Verlauf und geht den Canälchen nach. Alte und frische Erkrankungen des Parenchyms sind wohl zu beachten, weil selbe zur Abolition der Drüsenfunction führen. Die Infection ist mono- oder polymicrobiisch. Beim Beginn der secundären Parotitis besteht aseptische Speichelretention, welche der Hydronephrose ähnlich sieht und welche man mit dem Namen „Hydroparotiditis“ bezeichnen kann. Dr. P. K.

**Ueber die Tuberculose der Zunge.** Von Priv.-Doc. A. A. Wedenski. (Medicinskoe Obosrenje No. 3, 1895.)

Verf. beginnt seinen umfangreichen Aufsatz mit der Beschreibung zweier von ihm operirten Fälle von Zungentuberculose.

Im ersten Falle handelte es sich um einen, sonst gesunden, nicht syphilitischen 42jährigen Bauer, der an der Zungenspitze ein  $\frac{1}{2}$  Ctm. langes,  $\frac{1}{4}$  Ctm. breites Geschwür mit unregelmässigen, unterminirten Rändern zeigte. Excision der Zungenspitze in Form eines Keiles unter Cocainanästhesie. Heilung per primam.

Im zweiten Falle war der 35jährige Bauer Träger eines  $1\frac{1}{2}$  Ctm. langen Geschwüres am Zungenrücken. Es bestand Spitzencatarrh. Im Sputum geringe Mengen von Tuberkelbacillen. Die Umgebung des Geschwüres infiltrirt. Excision eines grossen Keiles in Chloroformnarcose. Heilung per primam.

Die histologische Untersuchung des Excidirten zeigte typische Tuberculose.

Verf. bespricht danach ausführlich die Pathologie und Therapie der Zungentuberculose, sich dabei auf 110 aus der Literatur zusammengestellte Fälle stützend.

Er gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

- 1) Die Zungentuberculose erscheint clinicisch in 2 Formen: der tuberosen und ulcerösen.
- 2) Beide Formen können sowohl primär, als secundär sein.

- 3) Die primäre Form ist die seltenere.
  - 4) Bei der Differentialdiagnose kommen hauptsächlich Carcinom und Syphilis in Betracht. Die genaue Diagnose ist nur auf Grund der microscopischen Untersuchung excidirter Stücke möglich.
  - 5) Die frühzeitige Diagnose ist sehr wichtig für die Behandlung.
  - 6) Die Operation ist eine rationelle Behandlungsmethode.
  - 7) Je früher die Operation besonders bei der primären Form ausgeführt wird, um so grösser die Chancen des Erfolges.
  - 8) Auch bei der secundären Form bringt die Operation Nutzen.
  - 9) Die Operation, aseptisch ausgeführt, verschlimmert nicht die Tuberculose der andern Organe.
- Gorodecki.

---

#### **Die Gaumenfissuren vom orthophonischen Standpunkt aus betrachtet.**

(Des fissures palatines au point de vue orthophonique.) Von Dr. Chervin, (Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Die Störungen der Sprache stehen nicht immer im geraden Verhältniss zur Ausbreitung des Uebels. Die Entfernung des weichen Gaumens von der hinteren Pharynxwand ist dabei maassgebend. Es besteht keine noch so kleine Fissur ohne orthophonischen Fehler. Die Operation ist dem prothetischen Apparat vorzuziehen, nur muss nach der Operation der Patient richtige Sprachstunden nehmen. Vom achten bis zehnten Jahr wird am besten operirt.

Dr. P. K.

---

**Ueber das Stottern.** (Sur le bégayement.) Von Dr. Poyet. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Die Behandlung kann kurz zusammengefasst werden wie folgt: Ein Stotterer muss wie alle nervösen Leute behandelt werden. Jeder von aussen herstammende Reiz muss modificirt werden, um dadurch die die Sprache hemmenden Reflexe aufzuheben. Man muss die Athmung verbessern, ohne jedoch die Aufmerksamkeit auf die Articulationsorgane zu leiten; man muss also gymnastische, Fecht-, Velociped-, Gesangübungen vornehmen lassen und später erst zu den orthophonischen Übungen übergehen.

Dr. P. K.

---

**Ueberbürdung der Stimme bei Sängern.** (Du surménage vocal chez les chanteurs.) Von Dr. Poyet. (Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1894.)

Nachdem Verf. den Hergang dieses fast unheilbaren Leidens erklärt hat, kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) das Leiden kann durch Ueberanstrengung des Larynx selbst entstehen, 2) es kann aber auch entstehen durch Ermüdung des Athmens, sei letzteres ungenügend oder schlecht geregelt, 3) sei es aus der einen oder aus der anderen Ursache entstanden, es kennzeichnet sich immer durch dieselben Symptome, welch' letztere immer aus vorübergehenden oder selbst bleibenden Veränderungen der Mucosa, der Muskeln, der Gefässe und Drüsen entstehen, 4) die gewöhnlichen Antiphlogistica und besonders die Ruhe bekämpfen das Leiden, 5) einmal chronisch geworden, ist das Leiden bei Sängern fast unheilbar.

Dr. P. K.



**Die klinische Bacteriologie der Diphtherie und deren Behandlung mit Antidiphtherieserum.** Von Dr. K. A. Rauchfuss. (Wratsch No. 3, 1895.)

Der bekannte Petersburger Laryngologe und Kinderarzt behandelt im Kinderspital des Prinzen von Oldenburg 40 Fälle, von denen bereits 30 als abgeschlossen zu betrachten sind. Sämmtliche Fälle waren bacteriologisch diagnosticirt. Es starben 11, doch kann kein Einziger davon als Beweis der Unwirksamkeit des Serum's gelten, da es sich entweder zur Zeit der Aufnahme in das Spital um bereits zu weit vorgeschrittene Fälle, oder um anderweitige complicirende schwere Erkrankungen handelte. Im Allgemeinen ist Rauchfuss Anhänger der Serumbehandlung; er zieht carbolfreies Serum vor, mit dem er nicht zögern würde sehr energisch vorzugehen. Gorodecki.

**Betrachtungen anlässlich einer Diphtherie-Epidemie in Schlüsselburg.** Von W. A. Moltschanow. (Wratsch No. 1, 1895.)

Moltschanow beobachtete vom 9. October bis zum 22. November 1894. Es erkrankten 39 Personen, darunter 12 Erwachsene. Microscopische Diagnose wurde in 3 Fällen gestellt, sonst auf Grund der clinischen Erscheinungen. Es starben im Ganzen 8, darunter 3 Erwachsene. Da dem Verf. noch kein Serum zur Verfügung stand, benutzte er die übliche Therapie (locale Desinfectantia und Analeptica). Verf. zieht den Schluss, dass die Resultate der alten Behandlung derjenigen mit Serum durchaus nicht nachstehen (20,5 % Sterblichkeit).

**Diphtherie mit Antitoxin behandelt.** (Diphtheria treated by Antitoxin.) Von I. M. Reid, Netley. (Lancet, 17. XI, 1894.)

11jähriges Mädchen behandelt mit 20 Ccctm. Ruffer's Antitoxin. Der Verlauf war der gewöhnliche ohne Complicationen. M. Schm.

**Ueber Serotherapie und antidiphtheritische Lymphe.** (De la sérothérapie et du vaccin antidiphthéritique.) Von Dr. Strauss. (Académie de médecine de Paris, 16. October 1894.)

Der französische Staatsminister fordert brieflich die Pariser medicinische Academie auf, ihm Bericht über die Anwendung des Serums zur Heilung und Verbütung der Diphtheritis zu erstatten. Zuerst werden in der Antwort die Resultate der klinischen und experimentellen Untersuchungen von Roux, sowie Letzterer sie auf dem Budapester Congress mittheilte, erwähnt: 300 wirklich diphtheritische Kinder ergaben statt der gewöhnlichen 50procent. Sterblichkeitsziffer blos 26 pCt. Als Vorsichtsmaassregel kann man das Impfen mittelst Serums an Erwachsenen und namentlich an in einer Epidemie lebenden Kindern nur empfehlen. Wir scheinen also jetzt im Besitze eines specifischen, unschädlichen Heilmittels zu sein. In Deutschland hat man übrigens dieselben günstigen Resultate erzielt. Die Aerzte Bergeron und Cadet de Gassicourt haben die Behandlung im Hôpital Trousseau genau verfolgt und ist ihnen dabei die schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, das rasche Sinken des Fiebers nach der Einspritzung, das Verschwinden der Blässe, der Trauer und der Abgeschlagenheit aufgefallen. Diese Behandlungsweise mit allen ihren Vortheilen ist das Verdienst Behring's; aber die Basis der

Behandlungsweise ist von Pasteur und seiner Schule gelegt worden. Mit Recht soll also das Studium und die Ausbildung des antitoxischen Serums in demselben Pasteur'schen Institut, wo nach der Bacteriologie auch die Toxicologie entstanden ist, fortgesetzt werden. Die Academie schlägt also vor, ein günstiges Gutachten über die Serumtherapie bei Diphtheritis abzugeben, sowie den Staat zu bitten, das Pasteur'sche Institut in den Stand zu setzen, allen Nachfragen nach Serum Seitens der Aerzte und der öffentlichen Anstalten nachkommen zu können.

Dr. P. K.

**Kehlkopf-Neurasthenie.** (Neurasthénie laryngée.) Von Dr. Castex. (Arch. internat. de laryngolog. etc., Bd. VII, No. 5. Septbr/Octbr. 1894.)

Fälle von kaum hörbarer Flüsterstimme, als deren Grund der Kehlkopfspiegel nur ein geringes Nachlassen der Stimmbänderspannung, nicht aber eine Asymmetrie der Glottis erkennen lässt, und bei der nur eine functionelle Trägheit, nicht eine Lähmung angenommen werden muss, welcher die Kranken durch Willensfestigkeit und Anstrengung wirksam zu begegnen vermögen, nennt C. Kehlkopfneurasthenie. Er macht uns mit zwei Fällen dieser Krankheitsategorie, einen 23jährigen Mann und ein 17jähriges Mädchen betreffend, bekannt. Beschorner.

**Die Ergebnisse der Radicaloperation bösartiger Erkrankungen des Kehlkopfs nach den Erfahrungen der Privatpraxis.** (The results of radical operation for malignant disease of the larynx from the experiences of privat praxis.) Von Prof. Felix Semon, London. (Lancet, 15. December 1894)

Verf. hat 103 Fälle aus den letzten 16 Jahren zusammengestellt und berichtet nun über seine Erfahrungen. Er unterscheidet zwischen den „extrinsic und den „intrinsic“ Fällen, zu den ersten rechnet er, nach Krishaber, die an der Epiglottis, der hinteren Fläche des Ringknorpels, an den aryepiglottischen Falten und in der interarytänoidalen Gegend wachsenden Krebse, zu den zweiten die an den Stimmbändern, in den Morgagni'schen Ventrikeln, an den Taschenbändern und in der subglottischen Gegend entspringenden. Er kann nach seiner Erfahrung nicht finden, dass die Krebse an Häufigkeit zugenommen hätten, ebenso wenig kann er einen Einfluss des Rauchens oder der Stimmanstrengungen erkennen. Seine 103 Fälle betrafen 79 Männer und 24 Frauen. Es ist ihm aufgefallen, dass bei den Männern etwa ein Viertel „äussere“ und bei den Weibern dagegen über die Hälfte „äussere“ Fälle waren. Der jüngste Kranke war ein Mann von 29 Jahren, der älteste einer von 83 Jahren. Bei den „äusseren“ überwogen die auf der hinteren Fläche des Ringknorpels entspringenen, bei den „inneren“ die an den Stimmbändern. Bei vielen war aber der ursprüngliche Sitz nicht mehr zu ermitteln. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle waren Epitheliome. Die Zeit zwischen dem ersten Auftreten von Erscheinungen, meistens Heiserkeit, wechselte in den Fällen von 2 Monaten bis zu 2 Jahren. Verf. war früher ein Gegner der radicalen Operation, bekehrte sich aber dann, nachdem ein Kranker von ihm mit ausgezeichnetem Ergebniss operirt worden war. Er hat dann in 12 Fällen die Operation von Freunden ausführen lassen oder selbst gemacht; es waren aber nur innere

mit Ausnahme eines besonders geeignet erscheinenden Falles von äusserem Krebs des Kehlkopfes. Er hat in 44 Fällen von innerem Krebs einen Fall mittelst der endolaryngealen Methode geheilt; unter den verbleibenden 43 Fällen empfahl er in 15 die Operation, bei den anderen war theils die Erkrankung schon zu ausgedehnt, theils waren die Kranken zu alt oder es bildeten andere Krankheiten die Contraindication. Verf. hat nie zu der Operation gerathen, wenn sich die ursprünglich innere Erkrankung über die eigentlichen Kehlkopfgrenzen ausgedehnt hatte oder die Geschwulst primär an der hinteren Fläche des Ringknorpels gelegen war oder wenn die cervicalen Drüsen schon geschwollen waren. Er sagt selbst, dass er in seinen Indicationen sich sehr eng beschränke, dass er aber damit Niemand das Recht bestreiten wolle, etwas weitere Indicationen aufzustellen. Die vorsichtige Indicationsstellung giebt sich denn auch in den Ergebnissen der Operationen kund. Es heilten 7 von 12 Kranken, also 58,3 pCt., und nur einer unter ihnen bekam einen Rückfall, während die anderen resp.  $6\frac{3}{4}$ ,  $5\frac{1}{2}$ ,  $3\frac{1}{2}$ ,  $2\frac{1}{2}$  Jahre ohne Rückfall waren.

Ebenso befriedigend war das Ergebniss in Bezug auf die Function. Inclusive zweier zweifelhaft bösartiger Fälle war die Stimme in 5 Fällen ganz vorzüglich, in zweien, in denen schon vorher Aphonie bestanden hatte, blieb dieselbe bestehen. Der Tod wurde in einem Falle durch das Eindringen von Milch in die Trachea und die dadurch hervorgerufene Pneumonie herbeigeführt, in einem zweiten durch eine ungeeignete Art der Anwendung von Aether zur Narkose, nämlich per Rectum. Diese beiden Ursachen rechnet Verf. zu den vermeidbaren. In den anderen Fällen war der Tod durch die grosse Ausdehnung der Operation bedingt oder durch das hohe Alter von 72 Jahren in Verbindung mit alter Bronchitis, in einem weiteren Falle blieb die Todesursache unklar, trotz genauer Section. Verf. bespricht sodann die zwei zweifelhaften operirten Fälle, deren einer, ursprünglich als Papillom diagnosticirt, durch sein rasches Recidiviren bei einem 64jährigen Manne den begründeten Verdacht der Bösartigkeit hervorgerufen hatte, während bei dem anderen, 54 Jahre alten Manne das rasche Wachsthum ebenfalls die Indication abgegeben hatte. Die microscopische Untersuchung ergab in dem letzteren Falle ein Fibrom, vielleicht ein Fibrosarcom.

Verf. giebt sodann eine sehr genaue Beschreibung der Art, wie er die Operation ausführt. Dieselbe muss im Original nachgelesen werden, da sie eine Menge kleiner practischer Vorschriften enthält, auf deren Beobachtung Verf. grossen Werth legt. Ref. möchte nur einige wichtige Punkte hervorheben: Zunächst macht er die Tracheotomie und legt eine sicher aseptische Hahn'sche Schwammcanüle ein. Nach der Eröffnung pinselt er die Umgebung der herauszunehmenden Geschwulst mit Cocain, hauptsächlich deshalb, weil man dadurch die so störenden Blutungen aus der Schleimhaut vermeiden kann. Selbstverständlich will er, dass man nur im Gesunden operire. In den Fällen, in denen die Epiglottis theilhaftig ist, macht er die Pharyngotomia subhyoidea. Nach der Operation nimmt er die Schwammcanüle gleich weg und bestäubt die innere Operationsfläche mittelst Jodoform und Acid. boricum ana mehrmals täglich, sonst bedeckt er die Wunde nur von aussen mit Gaze. Er glaubt nach Butlin durch diese Methode sehr zum Comfort der Kranken in den

ersten 24 Stunden beizutragen. Die Kranken schlucken auch auf diese Art sehr bald ganz gut. Die ersten Schluckversuche lässt er mit über den Rand des Bettes herausgebogenem Kopfe machen, die Stellung, die Norris Wolfenden für Tuberculöse und Krebskranke empfohlen. Beim Schlucken biegen sich die Hälften des Schildknorpels so weit auseinander, dass man gut dazwischen hinein das oben erwähnten Pulver einstäuben kann. Nach kurzer Zeit legt er Streifen von Heftpflaster an, um das Aneinanderheilen der getrennten Kehlkopfhälften zu erleichtern.

In den Schlussfolgerungen schreibt Verf. seine so guten Erfolge hauptsächlich dem zu, dass er seine Kranken in der Privatpraxis in einem verhältnissmässig frühen Stadium zu sehen bekommen habe und sie deshalb gut habe auswählen können, während die Kranken in dem Hospitale meistens erst spät zur Untersuchung kommen, was er theilweise der Unkenntniss der practischen Aerzte zuschreibt. Er hofft, dass, wenn seine Grundsätze angenommen werden und die Methode von Anderen noch verbessert wird, woran er nicht zweifelt, es dann gelingen werde, eine grössere Zahl von Kranken zu retten.

M. Schm.

---

**Die Intubation bei Larynxstenosen.** Von Dr. A. Rosenberg. (Arch. für Laryngolog. etc., Bd. I, Heft 2, 1893.)

Die von R. niedergelegten Erfahrungen beziehen sich auf 12 Fälle von fast ausschliesslich nicht diphtherischen Verengerungen des Kehlkopfes, und zwar handelt es sich um Laryngitis subglottica, Perichondritis cricoidea specifica, um Larynxpapillome (bei einem 12- und einem 5jährigen Kinde), um eine Stenose traumatischen Ursprungs, um Adductionsspasmus, doppelseitige Posticuslähmung, Perichondritis arytaenoid. tuberculosa und um Granulationstenosen. Aus den Erfolgen der in diesen Fällen vorgenommenen Intubationen zieht Autor folgende Schlüsse über den Werth der Methode: Die Intubation zur Behandlung der Kehlkopfstenosen nimmt neben den bisher bekannten und geübten Dilatationsmethoden nicht nur einen ebenbürtigen Platz in der Therapie ein, sondern übertrifft nicht selten dieselben an Bedeutung. Sie ist nicht in allen Fällen ungefährlich, und zwar besonders bei acuten Stenosen, und ebensowenig ist sie immer und gar allein und ausschliesslich am Platze. Sie erfordert gelegentlich, besonders bei den narbigen Stenosen gerade so wie auch die anderen Verfahren, ein vorausgehendes Eingreifen mit schneidenden Instrumenten — Discision von Narben, Zerstörung von Membranen etc. Sie soll nicht die anderen werthvollen Methoden verdrängen, sondern sie ergänzen und Hand in Hand mit ihnen gehen.

Beschorner.

---

**Larynxexstirpation wegen Carcinom, ohne Recidive.** (Extirpation d'un cancer du larynx sans récidive.) Von Dr. Caponotto. (Académie royale de Turin, Gazzeta degli Ospitali und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1892.)

Explorative Laryngofissur. Beim Erkennen des Krebses wurde in derselben Sitzung die Totalexstirpation vorgenommen. Künstlicher Kehlkopf, welcher normales Schlucken und normale Stimme erlaubt. Nach drei Jahren noch kein Recidiv.

Dr. P. K.

**Der äussere Speiseröhrenschnitt bei Fremdkörpern.** Von J. P. Fedoroff. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 1, 1895.)

Fedoroff hat den äusseren Speiseröhrenschnitt 3 Mal bei erwachsenen Männern behufs Entfernung von Fremdkörpern (Knochen, Knorpel) ausgeführt. Alle Fälle verliefen günstig. Während der Operation fand man in zwei Fällen den Oesophagus bereits perforirt und constatirte eitrige Infiltration des Zellgewebes. Es wurde nicht genäht, nur tamponirt. Behufs Ernährung führte Fedoroff eine Schlundsonde durch die Nase ein, welche in einem Falle 10 Tage, in dem andern 12 Tage à demeure verblieb und gut getragen wurde. Im dritten Falle, wo keine Perforation des Oesophagus bestand, wurde sofort nach der Operation genäht und vom zweiten Tage ab bereits flüssige Nahrung gestattet. Heilung per primam. Zum Schluss setzt Fedoroff die Fischer'sche Statistik (Zeitschr. f. Chirurgie Bd. XXVII) fort. Er hat noch 54 Fälle gesammelt, darunter 18 von russischen Chirurgen, die in der ausländischen Literatur nirgends erwähnt sind. Er bespricht somit im Ganzen 162 Fälle (incl. die Fischer'schen) mit einer Gesamtsterblichkeit von 24,8 %. In seinen Schlussfolgerungen besteht Fedoroff darauf, ja seine Zeit nicht mit vergeblichen Extractionsversuchen per os zu vergeuden, man erhöhe dadurch nur die Gefahr einer Perforation.

Gorodecki.

**I N H A L T.**

I. Originalien: Stetter: VI. Jahresbericht (vom 1. Januar 1894 bis 1. Januar 1895) aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten. — Noltinius: 37 Fälle von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle. — Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfarzte. — II. Kritiken: Bezold: Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. — III. Referate: a) Otologische: Botkin: Ueber die Otitiden bei Typhus abdominalis. — Cartax: Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. — Jouslain: Taubheit und Verlust eines Auges durch Contusion und Schrecken. — b) Rhinologische: Lichtwitz: Beitrag zum Studium der Hydrorrhoea nasalis. — Franks: Adenoide Vegetationen im Nasopharynx. — Rasumovsky: Temporäre Resection der Nase nach Ollier als vorbereitende Operation bei Entfernung von Tumoren aus der Nase und Nasenrachenhöhle. — c) Pharyngo-laryngologische: Beausoleil: Adnex Klinik der medicin. Facultät Bordeaux unter Leitung des Dr. E. J. Moura. Statistische Uebersicht über die Krankheiten des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase und Ohren. — Reverdin: Einschneiden der kalten, retropharyngealen Abscesse in der vorderen seitlichen Halsfläche. — Soulier: Ein Reflex der Mundschleimhaut, welche durch Schwefeläther gereizt ward. — Altuchoff: Diverticulum der Mundhöhlenschleimhaut mit Concrembildung. — Garel: Besondere Pharyngitis, welche Albuminurie und Diabetes mellitus erkennen lässt. — Dupré und Claisse: Ursache der Parotitis. — Wedenski: Ueber die Tuberculose der Zunge. — Chervin: Die Gaumensfissuren vom orthophonischen Standpunkt aus betrachtet. — Poyet: Ueber das Stottern. — Poyet: Ueberbürdung der Stimme bei Sängern. — Rauchfuss: Die klinische Bacteriologie der Diphtherie und deren Behandlung mit Antidiphtherieserum. — Moltschanow: Betrachtungen anlässlich einer Diphtherie-Epidemie in Schlüsselburg. — Reid: Diphtherie mit Antitoxin behandelt. — Strauss: Ueber Serotherapie und antidiphtherische Lymphe. — Castex: Kehlkopf-Neurasthenie. — Semon: Die Ergebnisse der Radicaloperation bösartiger Erkrankungen des Kehlkopfes nach den Erfahrungen der Privatpraxis. — Rosenberg: Die Intubation bei Larynxstenosen. — Caponotto: Larynxextirpation wegen Carcinom, ohne Recidive. — Fedoroff: Der äussere Speiseröhrenschnitt bei Fremdkörpern.

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 honoriert und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 25, Genthinerstr. 8.

Druck von Marchner & 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

Io. Frath Dr. Eschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofer (Prag), Docent Dr. Gompers (Wien), Dr. Heinke (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. Lubinski (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. 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 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. XXIX.

Berlin, Mai 1895.

No. 5.

### I. Originalien.

#### Ein Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des Scleroms der Luftwege.

Von

Professor **Schrötter**.

Wenn wir auch wissen, dass der Verlauf der durch den Rhinosclerombacillus bedingten Erkrankungen gegenüber denjenigen, welche durch den mit ihm so sehr verwandten, ja kaum unterscheidbaren Friedländer'schen Kapselcoccus verursacht sind, ein sehr langwieriger, auf viele Jahre hinaus sich erstreckender ist, so müssen uns Beiträge, welche uns über die heute noch so wenig gekannte Krankheit, ihren Verlauf und die Todesursachen Kenntniss bringen, endlich die pathologisch-anatomischen Veränderungen vollkommen klar legen, erwünscht sein, und hierin sind die nachfolgenden Mittheilungen begründet.

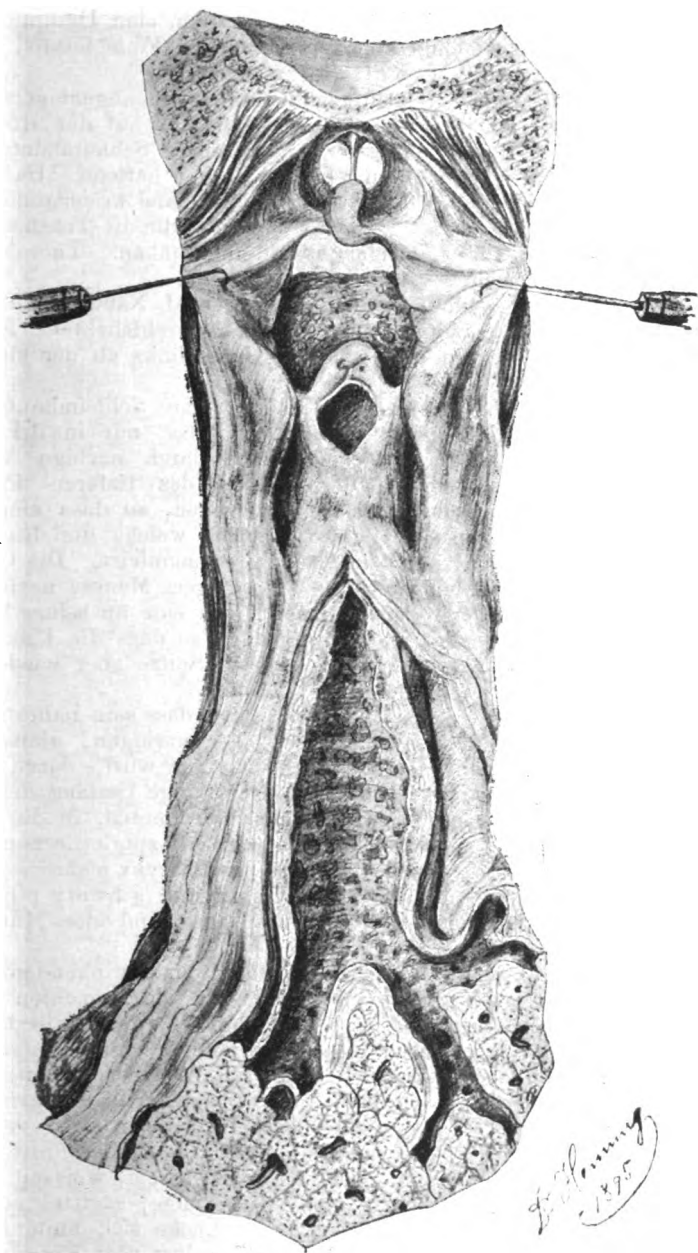
Sehr genau bekannt ist der Verlauf in dem Falle, von welchem ich hier das Resultat der Necroscopie anzuführen vermag. Er ist wohl überhaupt einer der am längsten beobachteten Fälle von Sclerom, denn als der Kranke im Jahre 1881 zum ersten Male wegen Athemnoth an meiner Klinik erschien, liess sich eine Anamnese erheben, die auf Sclerom des Larynx hindeutete und für eine schon siebenjährige Dauer des

Leidens sprach. Es handelt sich um den schon vielfach und eingehend beschriebenen Fall Josef Stojan\*), der seit dem Jahre 1881 an unserer Klinik ein constanter Gast, bald zu längerem Aufenthalte, bald nur zur ambulatorischen Behandlung, war. Er hatte schliesslich so vollständig gelernt, sich meine Hartgummiröhren selbst einzuführen, dass er nur mehr zur Zeit intercurrenter Beschwerden erschien. Es war aber keinem Zweifel unterlegen, dass der Process im Weiterschreiten nach den tieferen Abschnitten der Trachea begriffen war. Schon im Jahre 1890 war die Einführung einer längeren Canüle nothwendig geworden, indem sich vor der unteren Oeffnung der zuletzt gebrauchten eine Verengung der Trachea ausgebildet hatte, die dem Patienten gesteigerte Athembeschwerden verursachte. Als sich aber der Kranke in den ersten Novembertagen 1894 wieder vorstellte, war das Gesamtbild ein auffallend geändertes: Er war in seiner Ernährung sehr herabgekommen, die Hautfarbe sehr bleich und die Athemnoth eine beträchtliche. Es wurde dem Patienten die Aufnahme auf die Klinik dringend empfohlen, welche auch am 9. November 1894 erfolgte.

Neben den bereits geschilderten Erscheinungen war das Auffallendste der sehr üble Geruch, den der Kranke verbreitete, und der von dem massigen und sehr missfärbigen eitrigen Sputum herrührte. Der Kranke athmete gleich schwer, ob die 7 Ctm. lange Canüle eingeführt war oder nicht, das so sehr erschwerte Athmen musste somit von einem tiefer liegenden Hindernisse herrühren. Bei der Besichtigung der Trachea durch die Fistelöffnung mittelst kleiner Stahlspiegel konnte man wohl einige Ctm. weit die bekannten Veränderungen der Schleimhaut und des Lumens der Trachea überblicken, ohne aber bis zu grösserer Tiefe vordringen zu können. Wichtiger war das Ergebniss der physikalischen Untersuchung: An der rechten Brusthälfte waren nämlich allerwärts grossblasige Rasselgeräusche neben dem rauheren vesiculären Athmen deutlich zu hören, während an der linken Seite das Athmungsgeräusch sehr bedeutend herabgesetzt war. Da diese Erscheinungen bei wiederholten Untersuchungen immer gleich blieben, so wurde angenommen, dass der krankhafte Process sich nicht nur über die ganze Länge der Trachea, sondern auch noch in der Weise auf den linken Bronchus fortsetzen müsse, dass er zu einer Verengung in dessen Lumen geführt hatte. Auffallender Weise war der Patient trotz des lebhaften Eiterungsprocesses der Bronchialschleimhaut immer fieberfrei. Da systematische Einathmungen mit einem Gemenge von Ol. Juniperi und Ol. terebinth. nur eine geringe Erleichterung brachten, die Beschwerden des Kranken immer noch sehr bedeutende waren und er dringendst um Hilfe bat, entschloss ich mich trotz seiner grossen Schwäche zur Einführung von Cathetern. No. 20 konnte zuerst nur schwer eingeführt werden, wobei sich das Instrument mehrfach um seine Achse drehte. Da es aber bald besser gelang und der Patient sich erleichtert fühlte, gingen wir zu No. 21 über. Trotzdem kam der Kranke mehr und mehr

---

\*) Palttauf: Zur Aetiologie des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase. Wr. Klin. Woch. 1891, No. 52. — Juffinger: Das Sclerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig und Wien, Deuticke 1892.





herab, das Sputum behielt seine übelriechende Eigenschaft bei, am 29. November entwickelte sich links hinten unten eine Dämpfung und am 6. December erfolgte ohne Fieberscheinungen Finis letalis.

Sectionsbefund (Prof. Kolisko):

Körper mittelgross, von kräftigem Knochenbau, abgemagert, allgemeine Decke blass, mit blassvioletten Todtenflecken auf der Rückseite. Gesicht verfallen, Bulbi zurückgesunken, sichtbare Schleimhäute blass, Pupillen eng. An der Nasenöffnung braune Borken haftend. Hals dünn, kurz; in der Mittellinie, über der Fossa jugularis, eine kreisrunde, kaum hellergrosse, narbig begrenzte Tracheotomiewunde, die die Trachealcanüle enthält. Supra- und Infraclaviculargruben eingesunken. Thorax breit, gewölbt, unten ausgeweitet. Abdomen eingezoogen.

Kopfhaut blass, Schädel geräumig, dolichocephal, Nähte erhalten, das Gehirn und seine Häute blutarm, etwas stärker durchfeuchtet. Zwerchfell rechts zwischen fünfter und sechster Rippe, links an der siebenten Rippe stehend.

Die Muscheln der Nase stark verkleinert, ihre Schleimhaut narbig verdichtet, die der Highmorshöhlen zart und blass, nur in der linken ödematös geschwollen. Das Rachengewölbe durch narbige Verdichtung der Schleimhaut verengt, der Zugang des tieferen Pharynx-antheiles zum Rachengewölbe kreisförmig verzogen, so dass eine kreisförmige, hellergrosse Lücke gebildet ist, durch welche der Raum des verengten Rachengewölbes mit dem Pharynx communicirt. Die Choanen normal geformt, ihre Schleimhaut nur in geringem Maasse narbig verdichtet und verdünnt. Der weiche Gaumen durch eine an seiner hinteren Wand sitzende strahlige Narbe hinaufgedrängt, so dass die Uvula nach hinten hinaufgezogen ist, mit ihrer ödematösen Spitze aber wieder nach abwärts hängt.

Der Kehlkopfeingang in der Weise verbildet, dass sein nahezu kreisförmiges, hellergrosses Lumen oben von einer narbigen, glatten, die Epiglottishöhlung überziehenden Membran begrenzt wird, durch welche die Epiglottis kapuzenartig verbildet ist. Der übrige Umfang des Kehlkopfeinganges durch die narbig verdichteten, verdünnten, in die erwähnte Kapuze bildende Membran übergehenden ary-epiglottischen Falten gebildet. In der benachbarten Schleimhaut des Pharynx mehrere narbige Depressionen, die unregelmässig begrenzt sind und schwarz pigmentirt erscheinen. In der Schleimhaut des Oesophagus und der Mundhöhle keine Veränderungen.

Die Trachea bis in die Bronchien hinab mit einer stinkenden Jauche erfüllt, anscheinend erweitert, ihre Wand bis an die Bronchien bis auf 3 Mm. verdickt, von einem weissen, schwieligen Gewebe grösstentheils substituirt, nach innen zu aber jauchig zerfallen, schwarz pigmentirt. Innerhalb der zerfallenen Stellen viele necrotische Knorpelspangen vorspringend, und ausserdem auch Andeutungen leistenartig vorspringender Narben. Es geht die Trachea, trichterförmig nach oben sich verengend, entsprechend der Tracheotomiewunde in einen im Durchschnitte kreisrunden, kleinfingerweiten Canal über, der von dickem, weissen Epithel ausgekleidet ist, und in welchem eine spaltförmige, sagittal stehende, über 4 Mm. weit klaffende und 1 Ctm. lange Lücke sich findet, welche den Zugang zum Larynx bildet. Der Larynx selbst vom Eingange her

trichterförmig sich verengend und an seiner Innenfläche von narbig verdichteter Schleimhaut ausgekleidet; weder falsche noch wahre Stimmbänder sind in dem narbig verdichteten Gewebe vom Eingange her wahrnehmbar. Etwa seiner unteren Grenze entsprechend, findet sich die oben erwähnte Communicationsöffnung mit der Trachea.

Die erwähnte Veränderung der Trachea auch in die Bronchien hinein reichend, und zwar in den linken 1 Ctm. weit und erscheint sein Lumen an der Bifurcation auf die Hälfte der Norm reducirt. Am rechten Bronchus reicht die Veränderung auch noch etwa 1 Ctm. weit in den Bronchus zweiter Ordnung, aber ohne dass das Lumen wesentlich verengt wäre. Auch ist die Verdickung der Wand im Bronchus nahezu nur auf die Schleimhaut beschränkt. Jenseits dieser Veränderung der Bronchialwand erscheint die Schleimhaut der Bronchien intact, aber intensiv geröthet, geschwellt und mit stinkender Jauche bedeckt.

Die Lymphdrüsen am Lungenhilus über nussgrosse Tumoren bildend, die ziemlich derb, auf der Schnittfläche gleichmässig wie narbig verdichtet und etwas pigmentirt sind.

Beide Lungen voluminös, vorne gedunsen, hinten dichter, der Oberlappen der rechten Lunge in seinen hinteren Parthien und ferner der Mittellappen von dichtstehenden, grösstentheils vereiternden lobulären Herden durchsetzt, solche auch zerstreut im Parenchym des Unterlappens.

Der linke Unterlappen kleiner als normal, seine strotzend mit Jauche gefüllten Bronchien cylindrisch erweitert, sein Parenchym etwas weniger lufthaltig und im unteren Rand, dem äusseren Umfang entsprechend, von bis an die Pleura reichenden Jaucheherden durchsetzt, darüber die Pleura mit fibrinös-eitrigem Exsudate bedeckt. Im Herzbeutel 50 Grmm. Serum, Herz contrahirt, aber schlaff, nur spärlich geronnenes Blut enthaltend. Endocard, Klappen und Intima der grossen Gefässe zart. Herzfleisch erbleicht, gelblich gefärbt, leichter zerreisslich.

Leber etwas vergrössert, fettig infiltrirt, im centralen Antheil der Läppchen grau verfärbt. Die Milz etwas vergrössert, dichter, derb elastisch, Parenchym von zahllosen, sehr dicht stehenden, sagoartigen, wachsig glänzenden Körnern durchsetzt. Nieren etwas geschwellt, in der Rinde erbleicht, fettig gelb verfärbt. Die Harnblase und das Genitale nichts Abnormes zeigend. Ebenso am Magen und Darm normale Verhältnisse. Auch Pancreas und Nebennieren normal.

#### Anatomische Diagnose:

Scleroma nar., phar., lar. et tracheae in bronchos tendens, vulnus tracheotomiae facta ante annos V cum tracheitide et bronchitide putrida, subsequ. pneumonia et gangraena pulmonum; degeneratio amyloidea; marasmus.

Der ganze Process hat somit, soweit sich nachweisen lässt, 20 Jahre gedauert. Der tödtliche Ausgang wurde offenbar angebahnt durch den ursprünglich von der Nase ausgegangenen, in stetiger Weise in der Trachea absteigenden Process, der sich schliesslich bis auf die Bronchien fortsetzte, extensiver im Gebiete des rechten Bronchus, intensiver mit der schon im Leben erkannten Verengerung am linken Bronchus. Unter diesen Umständen entwickelte sich ein allmählig zunehmender Marasmus. Das tödtliche Ende selbst wurde schliesslich durch die Bronchitis putrida mit ihren Folgen herbeigeführt und es kann

keinem Zweifel unterliegen, dass diese durch das ungehörige Einführen der Instrumente von Seite des Patienten verursacht worden war. Denn wenn auch wir auf die entsprechende Reinlichkeit sahen und den Patienten oftmals auf dieselbe aufmerksam gemacht hatten, so wurde diese gewiss von ihm nicht in der richtigen Weise eingehalten, abgesehen von dem Umstande, dass bei Anwesenheit der betreffenden Fäulnisserreger in der Mundhöhle diese ja auch mit dem Einführen des Instrumentes in die Tiefe gebracht werden konnten. Allen übrigen Versuchen gegenüber erweist sich immer noch der mechanische Druck auf das sclerosirende, Verengerungen herbeiführende Gewebe als das zweckmässigste Heilverfahren, in welcher Weise immer ausgeführt. Andererseits weist dieser Fall auf die Vorsichtsmaassregeln hin, die hierbei zu beobachten sind, und könnte wohl auch daran gedacht werden, neben der Einathmung mit den Terpentinpäparaten zeitweilig noch stärker desinficirende Einspritzungen in die Trachea vorzunehmen.

Auf einen Umstand möchte ich noch aufmerksam machen: Wir wissen leider noch gar nichts von der eigentlichen Aetiologie, unter welchen Verhältnissen die fragliche Erkrankung zu Stande kommt. Die Uebertragbarkeit derselben muss gewiss eine schwere, und an ganz bestimmte Bedingungen geknüpft sein. Unser Kranker, der kein Muster von Reinlichkeit war, der bei seiner Beschäftigung als Schuster durch die vielen Jahre hindurch gewiss mannigfache Verletzungen sich zuzog, hat sich dennoch an keiner anderen Körperstelle inficirt und das Fortwuchern fand nur in einer ganz bestimmten Richtung nach dem Respirationstracte hinab statt. Die an der Bifurcation sitzenden Bronchialdrüsen waren allerdings hochgradig geschwellt; Culturversuche mit dem Gewebssaft, die Untersuchung von Schnittpräparaten fielen aber in Bezug auf die Anwesenheit von Rhinosclerombacillen negativ aus. Es scheint also, dass die Schwellung der Lymphdrüsen nur mit dem Eiterungsprocess auf der Bronchialschleimhaut in Verbindung stand.

Im Anschlusse hieran will ich über den weiteren Verlauf eines anderen Falles berichten: In der Sitzung der K. K. Gesellschaft der Aerzte vom 26. Januar 1894 stellte mein damaliger Assistent Dr. Kobler ein 24jähriges Mädchen aus Ungarn vor, welches bereits im Mai 1879, also vor 14 Jahren, an meiner Klinik an Chorditis vocal. hypertroph. inf. mittelst Hartkautschukröhren behandelt worden war. Nach 2 Jahren stellte sie sich wieder vor, wobei ebensowenig wie das erste Mal in der Nase und im Nasenrachenraum pathologische Veränderungen nachzuweisen waren und auch dieses Mal wieder mittelst der Hartkautschukröhren eine erhebliche Besserung der Kehlkopfstenosenerscheinungen bewirkt wurde. Nach 12 Jahren kam sie neuerdings und zeigte nun ein wesentlich verändertes Bild: Es bestand eine breite, vom vorderen Winkel bis über die Mitte der Glottis nach rückwärts sich erstreckende strahlige Membran, die oberhalb der wahren Stimmbänder lag und sich bei der Intonation in Falten legte. Ihr hinterer Rand verlief von rechts vorne nach links rückwärts. Ausserdem bestand ein etwa erbsengrosser glatter Knoten am rechten falschen Stimmbande. Ich stellte sofort die Diagnose auf Sclerom und trug, um die Diagnose zu erhärten, den Knoten mit der Larynxschlinge ab. Schnitte desselben und aus dem

Safte gewonnene Reinculturen ergaben die vollkommene Richtigkeit der Diagnose.

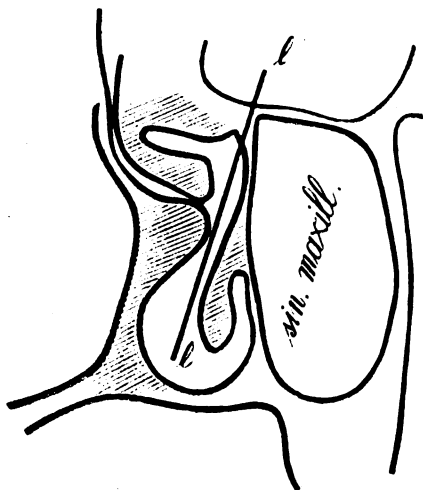
Mein ferneres therapeutisches Einschreiten wurde dadurch gehindert, dass die Kranke erst wieder im Januar 1895 an der Klinik erschien. Nach einigen Tagen der Uebung trennte ich mit dem Messer die ganze Membran von rückwärts bis nach vorne und ist seither durch Einführung der Hartkautschukröhren die Larynzlichtung gleichmässig weit geblieben. Beide wahren Stimmbänder zeigen noch nach vorne zu eine Verdickung, welche aber auf die Stimmbildung keinen Einfluss hat, da die Kranke mit überraschend klarer Stimme spricht. Selbstverständlich ist auch die Athemnoth gewichen. Die Hartkautschukröhren sollen noch durch einige Zeit fort, um ein Wiederverwachsen zu verhindern, eingeführt werden.

Interessant ist hier, dass während der 15 Jahre, als wir die Kranke nicht sahen, die subchordalen Wülste vollständig zum Schwinden kamen und dafür der selbstständige Knoten am falschen Stimmbande und die die Larynzlichtung obturirende Membranbildung zu Stande gekommen waren.

## Nochmals die Ueberschätzung der Durchleuchtung der Kieferhöhle.

Von  
C. Ziem.

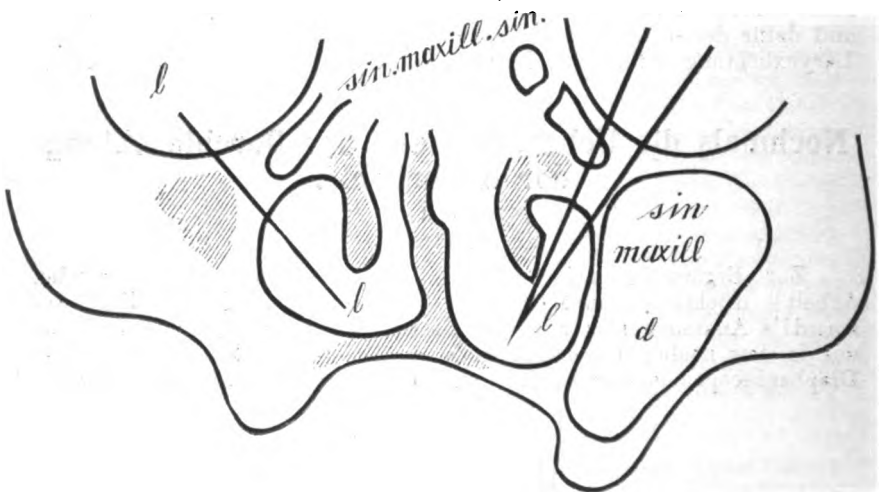
Zur Ergänzung meiner letzten, diesen Gegenstand betreffenden Arbeit<sup>1)</sup> möchte ich zunächst noch einen Frontalschnitt aus Zuckerkandl's Anatomie hier abbilden lassen, in welchem gleichfalls ebenso wie in dem neulich wiedergegebenen, die von dem im Munde befindlichen Diaphanoscope ausgehenden Lichtstrahlen // durch den mittleren Nasen-



Figur 1.

<sup>1)</sup> Diese Monatschrift No. 12, 1893.

gang in die Orbita und den Bulbus eindringen und die Pupille erleuchten können, selbst wenn die seitwärts gelegene Kieferhöhle bis zu ihrer Mündung mit Eiter angefüllt wäre (Fig. 1). Während aber in der neulich reproducirten Zeichnung die Kieferhöhle in Zuckerkandl's Originalzeichnung etwas kleiner ist, als ich sie habe darstellen lassen und der Einwand allenfalls gemacht werden könnte, dass in derartig verkleinerten Kieferhöhlen doch nur sehr selten eine Eiterung vorhanden sei, entspricht die vorstehende Zeichnung hinsichtlich der bedeutenden Entwicklung der Kieferhöhle genau der Abbildung Zuckerkandl's<sup>2)</sup>. Weiter findet sich in der inzwischen erschienenen 2. Auflage von Zuckerkandl's Anatomie ein neuer, für die vorliegende Frage gleichfalls sehr werthvoller, in Fig. 2 wiedergegebener Durchschnitt mit so bedeutender Entwicklung



Figur 2.

der unteren Nasengänge, dass von dem im Munde befindlichen Diaphanoscope ausgehende Lichtstrahlen // durch die unteren Nasengänge und sodann die angrenzende, für Licht natürlich durchgängige, Spongiosa, rechts mit oder ohne Vermittlung einer Siebbeinzelle, in die Orbita und den Bulbus ohne Weiteres eindringen und die Pupille in dem und dem Grade erleuchten können, selbst wenn die beiden Kieferhöhlen, die rechte, gut entwickelte wie die linke, gering ausgebildete, bis zu ihren Ostien mit Eiter angefüllt wären<sup>3)</sup>. Würde sich Jemand darauf verlegen, an durchschnittenen Köpfen weitere hierhergehörige, den vorstehenden ähnliche Beispiele zu sammeln, so würde er bei der äusserst grossen Verschiedenheit in der Gestaltung dieser Theile, ein recht ansehnliches Material wohl bald zusammenbekommen. Bei Anwesenheit einer geringen

<sup>2)</sup> Anatomie der Nasenhöhle, I. Bd., 1883, Taf. 3, Fig. 12, Taf. 14, Fig. 63, Taf. 15, Fig. 64; 2. Aufl., 1893, Taf. 10, Fig. 5, Taf. 26, Fig. 3 und 4.

<sup>3)</sup> L. c. 2. Aufl., Taf. 27, Fig. 2.

Menge oder nur einiger Flocken von Eiter in der Kieferhöhle ist aber auch eine Durchleuchtung der Pupille natürlich ebenso wenig ausgeschlossen, wie eine solche der Wange, und es ist nur zu bedauern, dass so viele Autoren von dem oftmaligen Vorkommen geringgradiger Eiterungen sich noch immer nicht überzeugt zu haben scheinen.

Den neulich beschriebenen Fällen, in welchen das Davidsohn'sche Symptom schon wegen Trübung der brechenden Medien u. dergl. (eitrige Geschwüre der Hornhaut, Trübung des Glaskörpers und der Linse, Pupillenverschluss u. s. w.) nicht zu constatiren war, könnte ich noch weitere, inzwischen beobachtete Fälle der Art anreihen, doch wird ja jeder Arzt, der sich mit Augenkrankheiten beschäftigt und dem Verhalten der Nase und ihrer Nebenhöhlen auch nur ein wenig Aufmerksamkeit schenkt, solche Beobachtungen gemacht haben.

Alles bezüglich der objectiven Durchleuchtung der Pupille Gesagte gilt natürlich auch betreffs der hier zu beobachtenden subjectiven Lichtempfindung. Der erste Autor übrigens, welcher dieses Symptom erwähnt hat, ist B. Kelly in Glasgow. In der Februar-Nummer des Medical Journal 1892 sagt derselbe in dieser Hinsicht Folgendes: Under favorable circumstances the eye itself may be transilluminated, when its movements may be followed by watching the red pupil. While employing this test, I usually ask the patient to close the eyes and tell me whether any redness is then discernible. Frequently nothing is perceived; occasionally, however, it seems as if the interior of one or both eyes were lit up by a dull, red glow. In almost all the cases in which I have found absence of the antral tache on one side — whether from the presence of pus or from other causes — the patient has reported a perception of light on the bright side and an absence of it on the dark <sup>4)</sup>. Zunächst also hat B. Kelly die Abwesenheit einer subjectiven Lichtempfindung seltener beobachtet, als die Abwesenheit „of the antrum tache“, so dass das Symptom also noch unzuverlässiger wäre, als das Dunkelbleiben der Wange; dann aber hat Kelly nicht angenommen, dass das Vorhandensein einer subjectiven Lichtempfindung bei der Durchleuchtung das Vorhandensein einer geringen Menge oder einiger Flocken von Eiter in der Kieferhöhle thatsächlich ausschliesse. Mit viel grösserer Bestimmtheit bezüglich der Bedeutung der subjectiven Lichtempfindung haben sich Burger und soeben noch Garel ausgesprochen. Nach Burger <sup>5)</sup> ist die subjective Lichtempfindung bei der Durchleuchtung normaler Kieferhöhlen „regelmässig“ vorhanden und deshalb seiner Meinung nach von grösserer Bedeutung, als das auch nach seiner Erfahrung nicht immer wahrnehmbare Aufleuchten der Pupille: wenn es aber nach seinen eigenen Worten selbstverständlich ist, dass eine geringe Eitermenge in der Kieferhöhle die Lichtstrahlen durchlässt, so wird dann auch eine subjective Lichtempfindung zu Stande kommen können, so dass die Bedeutung auch dieses Zeichens hinfällig ist. Nach Garel <sup>6)</sup> fehlt denn auch die subjective Lichtempfindung bei Durchleuchtung kranker Kieferhöhlen gänzlich nur „dans la majorité des cas“, sie ist aber in so

<sup>4)</sup> Sep.-Abdr., S. 9.

<sup>5)</sup> Diese Monatschrift 1893, No. 11.

<sup>6)</sup> Annales des maladies de l'oreille etc. 1894, Mai.

und so vielen Fällen seiner Beobachtung schwächer gewesen, als auf der gesunden Seite, so dass also schliesslich nur auf die grössere oder geringere Deutlichkeit eines subjectiven Symptoms die Diagnose sich gründet! Und welchen Werth soll dasselbe nun gar in den oben besprochenen Fällen von Erweiterung des unteren oder mittleren Nasengangs oder bei Amaurose des betreffenden Auges in Folge von recidivirender Irido-Chorioiditis oder dergl. besitzen? Die Probedurchspülung vom Alveolarfortsatz aus, in passender Weise, d. h. also nach Anbohrung der Kieferhöhle mittelst der von mir empfohlenen Rotationsmaschine, ausgeführt, hilft über diese und andere Bedenken in einfachster Weise hinweg und das Wort von La Bruyère, *la vérité est simple et ingénue, mais l'on veut du spécieux et de l'ornement*, bleibt auch in Bezug auf die Durchleuchtung wahr.

**Zusatz.** Inzwischen sind noch zwei hierhergehörige Arbeiten erschienen, der in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft im J. 1893 von J. Herzfeld gehaltene Vortrag über die electriche Durchleuchtung der Gesichtsknochen und der Pupille bei Empyem der Kieferhöhle und ein Abriss der Symptomatologie und Diagnostik des Empyems der Kieferhöhle von Burger (v. Bergmann's Sammlung klin. Vorträge No. 111). Herzfeld kommt nach practischen Versuchen zu dem, meiner eigenen Ansicht durchaus entsprechenden Ergebniss, dass es im Interesse der an verkannter Eiterung des Sinus maxillaris leidenden Personen liege, gegen die, von mir empfohlene, Probepunction mit nachfolgender Durchspülung nicht weiter sich zu sträuben, als dem einzigen, sicheren und schnellen diagnostischen Mittel; ebenso erklärt er im Hinblick auf die Ueberschätzung des Symptoms der subjectiven Lichtempfindung durch Burger, dass bei den, auch seiner Beobachtung nach nicht seltenen, geringgradigen Eiterungen der Kieferhöhle, die Kranken selbstverständlicher Weise eine Lichtempfindung haben, dass ferner viele Kranke nicht im Stande sind, über das Vorhandensein oder den Mangel einer Lichtempfindung eine sichere Auskunft zu geben. Burger hingegen verharret in seinem, mit persönlichen Ausfällen abermals versetzten, Vortrage noch immer in der Ueberschätzung der subjectiven Angaben der Kranken.

Demgegenüber erkläre ich, dass nach einer Reihe an Kranken inzwischnen von mir angestellter, hier nicht im Einzelnen mitzutheilender Versuche 1) das Fehlen einer subjectiven Lichtempfindung in einem ansehnlichen Theile der Fälle nicht auf Anwesenheit einer Eiterung, sondern auf grösserer Dicke der Knochenwandungen des Sinus, vielleicht auch auf starkem Pigmentgehalt der Chorioidea beruht; 2) dass nicht nur bei geringer, sondern auch bei recht beträchtlicher Eiterung der Kieferhöhle eine subjective Lichtempfindung vorhanden sein kann. Will man daher aus Gründen der ärztlichen Politik in der Diagnostik der Eiterungen der Kiefer- und Stirnhöhle vorläufig noch bei dem Durchleuchtungsverfahren bleiben, so wäre dagegen vielleicht nichts einzuwenden: thatsächlich aber kommt der Durchleuchtung in dieser Hinsicht eine bestimmende Bedeutung ganz und gar nicht zu und sie gehört in dieser Beziehung durchaus der Vergangenheit an.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke  
des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien.

## Ueber den Ausfall der Gehörspception auf einem Ohre.

Von

Dr. Ferdinand Alt,

Demonstrator an obiger Klinik.

Schon in den ältesten Werken über Ohrenheilkunde findet man Bemerkungen der betreffenden Autoren, welche den Augenaffectationen analoge Krankheitsprocesse an den Gehörorganen annehmen.

Durch genaue Beobachtung des Verhaltens Schwerhöriger und durch Verwerthung therapeutischer Versuche, die schon vor Jahren von meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Gruber, empfohlen wurden, glaube ich ein bisher noch nicht beschriebenes Krankheitsbild festgestellt zu haben, das sein Analogon in einer allgemein bekannten Augenaffectation findet.

Beobachten wir z. B. einen Mann, der sich dessen bewusst ist, auf dem rechten Ohre schlechter zu hören, als auf dem linken.

Wie benimmt sich derselbe, wenn er mit Jemand spricht?

Im Zimmer wendet er dem Sprecher stets sein linkes (besseres) Ohr zu; er wird dies auch dann thun, wenn so laut gesprochen wird, dass er das Gesprochene ganz gut mit seinem rechten (schlechteren) Ohre hören könnte. Wenn er auf der Strasse mit Jemand geht, wird er immer trachten, zur Rechten seines Begleiters zu bleiben, um ihm sein linkes Ohr zuwenden zu können. In einer grösseren Gesellschaft wird er nie ruhig auf seinem Platze sitzen, weil er von mehreren Seiten her angesprochen werden kann, er wird sich immer hin- und herwenden, nur um sein besseres Ohr in die Richtung des jeweiligen Sprechers zu bringen. Aehnlich verhält er sich, wenn er aus der Ferne Schalleindrücke gewinnen will. Wir ersehen daraus, dass der Schwerhörige in unserem Beispiele seinem rechten Ohre gar nicht vertraut und die Perception aller Schalleindrücke seinem linken Ohre überlässt.

Es sei mir nun gestattet, ganz kurz ein Capitel aus der Augenheilkunde (nach dem Lehrbuche von Prof. Fuchs) behufs Feststellung einer analogen Augenaffectation heranzuziehen.

Welche Ursachen bedingen den Strabismus? I. Refractionsanomalien, welche an einem Auge allein, oder doch in höherem Grade als an dem anderen vorhanden sind. II. Trübungen in den brechenden Medien, besonders in der Hornhaut und Linse. III. Intraoculare Erkrankungen.

Schon eine leichte Hornhautnarbe, die an und für sich die Sehschärfe eines Auges nicht wesentlich beeinflusst, vermag den gemeinsamen Sehact so sehr zu stören, dass der Kranke es lernt, von den Eindrücken dieses Auges vollständig zu abstrahiren. Die Exclusion ist ein psychischer Act. Das schielende Auge sieht wohl, aber die Gefühls-wahrnehmung desselben erregt nicht die Aufmerksamkeit, gleich wie viele Menschen im Stande sind, beim Sehen durch ein Microscop das andere Auge offen zu lassen und doch nicht damit zu sehen. Ohne Zweifel besteht schon vor dem Eintritte des Schielens ein gewisser Grad von Sehschwäche, dieselbe nimmt jedoch immer mehr zu, je länger das



Schielen besteht, weil sich wegen der Ausschliessung des Auges vom Sehacte Amblyopia ex anopsia ausbildet. Dieselbe erreicht schliesslich einen solchen Grad, dass das Lesen unmöglich wird und etwa nur noch die Finger in kurzer Entfernung gezählt werden.

Welche Analogien ergeben sich aus diesen Betrachtungen für die Ohrenheilkunde?

Geradeso wie der Sehact aus dem einfachen — ich möchte sagen physicalischen — Sehen und der Perception des Gesehenen besteht, so zerfällt auch der Höract in das physikalische Hören und in die Perception des Gehörten. Dass wir von der Perception des Gehörten abstrahiren können, möchte ich mir nun an einigen Beispielen zu erklären erlauben.

Jedermann hat schon einmal, in Gedanken versunken, seinen Blick in die Ferne gerichtet und dabei nichts gesehen, ebenso ist sicherlich ein Jeder einmal sinnend dagestanden und musste drei bis vier Mal angerufen werden, bevor er etwas hörte. Gleichwie der geübte Naturforscher im Stande ist, beim Microscopiren das andere Auge offen zu lassen und doch nicht damit zu sehen, so kann der geübte Arzt beim Auscultiren der Brustorgane das andere Ohr offen lassen und doch nicht damit hören, das heisst er kann von dem im Krankenzimmer herrschenden Lärm abstrahiren. Offenbar werfen wir in derartigen Augenblicken die Perception für das Gehörte ab.

Kehren wir nun zu unserem Beispiele zurück. Nehmen wir an, unser Patient wäre auf dem rechten Ohre mit einer catarrhalischen oder plastischen Entzündung des Mittelohres behaftet. Wenn er in der Eingangs geschilderten Weise dieses Ohr vernachlässigt, alle Schalleindrücke mit dem anderen, gesunden Ohre zu erfassen sucht, thut er nicht etwas Aehnliches, wie der Patient mit der Hornhautnarbe? Der Kranke mit der Trübung in den brechenden Medien lernt von den Eindrücken dieses Auges zu abstrahiren, weil sein gemeinschaftlicher Sehact gestört wird; der Schwerhörige mit der catarrhalischen oder plastischen Entzündung des Mittelohres lernt von den Eindrücken des kranken Ohres zu abstrahiren, weil er diesem Ohre nicht vertraut, weil er es systematisch vernachlässigt. Stellwag hat immer behauptet, das Abwerfen eines Auges vom gemeinschaftlichen Sehacte sei eine Kunst, die erst erlernt werden muss, und dasselbe könnte man vom Abwerfen der Gehörspception auf einem Ohre annehmen. Es ist selbstverständlich, dass dieser Ausfall der Gehörspception nicht immer eintreten muss, ebenso wenig, als jede Trübung in den brechenden Medien des Auges zur Amblyopia ex anopsia führt; aber dass dies eintreten kann, vielleicht in demselben Procentsatze, als die Amblyopie eintritt, erscheint mir sehr plausibel.

Aus einer Reihe hierher gehöriger Fälle, die ich im Ambulatorium der Klinik meines verehrten Chefs zu beobachten Gelegenheit hatte, will ich einen typischen Fall herausgreifen, bei dem ich Folgendes feststellen konnte:

H. W., Beamter der Staatsbahn, 43 Jahre alt, hört seit fünf Jahren schlecht auf dem linken Ohre. Vor 13 Jahren Typhus abdominalis ohne Folgeerscheinungen, sonst stets gesund. Die Eltern starben in hohem Alter und waren nicht schwerhörig, in der Familie Niemand schwerhörig. Seine Ohrenaffection führt Patient auf eine Erkältung zurück.

Er hatte zunächst Sausen im linken Ohre, Druck in der linken Kopfseite und war sich dessen bewusst, links schlechter zu hören. Er suchte zu Beginn der Erkrankung keine ärztliche Hilfe, erst als das Hörvermögen links rapid sank, consultirte er vor vier Jahren Brovicz in Krakau, vor drei Jahren Bezold in München, vor zwei Jahren Gruber in Wien. Die angestellten therapeutischen Versuche vermochten die Hörschärfe links nicht zu verbessern.

Die Untersuchung ergibt: Linkes Ohr: Gehörgang normal, Trommelfell stark eingezogen, diffus getrübt, am vorderen, unteren Rande eine halbmondförmige Kalkablagerung, Lichtreflex verkürzt. Rechtes Ohr: Lichtreflex hochgradig verkürzt, keine Kalkablagerung, sonst derselbe Befund wie links. Hörprüfung: Uhr (an der Klinik) rechts 95 Ctm. (normal 3 Mtr.), links wird die Uhr nur in contiguo mit der Ohrmuschel gehört. Flüstersprache links 20 Ctm. Stimmgabeluntersuchung: Die auf den Scheitel aufgesetzte (annähernd)  $c_2$ -Stimmgabel wird an der Ansatzstelle gehört. In der Medianlinie aufgesetzt, Brummen im ganzen Kopfe. Dieselbe Stimmgabel wird vor dem rechten Ohre annähernd normal lang gehört, vor dem linken Ohre wird nur die stark angeschlagene Stimmgabel hochgradig verkürzt gehört. Der Rinne'sche Versuch ist rechts positiv, links nicht verwertbar, da die stark angeschlagene Stimmgabel, auf den Warzenfortsatz aufgesetzt, nur minimale Zeit, annähernd ebenso lange, wie vor dem linken Ohre, gehört wird.

Stimmgabel  $c_3$  hört Patient links nur ganz kurze Zeit, ebenso  $c_2$ .  $c_1$ ,  $c$  und  $a$  werden links nicht gehört.

Beim Catheterismus wird beiderseits ein breites, volles Auscultationsgeräusch wahrgenommen.

Zur richtigen Beurtheilung des vorliegenden Falles nach den üblichen diagnostischen Grundsätzen müssten wir drei Krankheitsprocesse heranziehen.

1) Otitis media plastica (im Sinne Gruber's). Für diese Erkrankung sprechen die Veränderungen am Trommelfell und der Ausfall der Perception tiefer Töne, dagegen der nicht verwertbare Weber'sche und Rinne'sche Versuch und die intacte Durchgängigkeit der Tube.

2) Die Hörnerven- bzw. die Cerebralerkrankung. Für diese spricht die hochgradig verkürzte Perception der Stimmgabel  $c_2$  vor dem Ohre und von den Kopfknochen aus, das breite, volle Auscultationsgeräusch beim Catheterismus, dagegen der nicht verwertbare Weber'sche Versuch, der Trommelfellbefund und der Ausfall der Perception für tiefe Töne.

3) Die Combination der sub 1 und 2 genannten Affectionen. Hierfür würde die Annahme Politzer's sprechen, dass bei einer Complication der Mittelohraffection mit vorgeschrittener Labyrinthkrankung die Stimmgabel oft ebenso rasch vor dem Ohre, als vom Warzenfortsatze abklinge. Allein dies wird nur als Hypothese hingestellt, für die kein sicherer Beweis zu erbringen ist.

Ich möchte mir nun erlauben, den vorliegenden Fall (und analog eine Reihe ähnlicher, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte) in folgender Weise zu erklären.

Patient erkrankte vor fünf Jahren an einer catarrhalischen Mittelohrentzündung beiderseits. Er suchte zunächst — ein ganzes Jahr lang

— keine ärztliche Hilfe. Inzwischen wurde er sich bewusst, auf dem linken Ohre schlechter zu hören, als auf dem rechten. Er benutzte — in der früher geschilderten Weise — ausschliesslich sein rechtes Ohr beim Höracte und vernachlässigte dadurch vollständig sein linkes Ohr. Er hörte zunächst noch soviel auf dem linken Ohre, als eben der pathologischen Veränderung entsprach, allein die Gehörs wahrnehmung desselben erregte nicht seine Aufmerksamkeit, er lernte von den Eindrücken dieses Ohres vollständig zu abstrahiren und verlor dadurch die Gehörsperception für das linke Ohr nahezu vollständig.

Für den Ausfall, bezw. für die beträchtliche Herabsetzung der Gehörsperception des linken Ohres in unserem Falle spricht: 1) Die Stimmgabel *c*<sub>2</sub> wird beim Rinne'schen Versuche sowohl vor dem Ohre, als vom Warzenfortsatze aus nur äusserst kurze Zeit gehört. 2) Der Fall lässt sich weder in das Capitel der Otitis media plastica, noch in das der Labyrinthkrankungen einreihen. 3) Therapeutische Versuche sind möglich und mit Erfolg zu verzeichnen, wobei ich von folgenden Grundsätzen ausging:

Die üblichen therapeutischen Maassregeln, die bei einer plastischen Mittelohrentzündung zur Anwendung gelangen, bieten in diesen Fällen keine Aussicht auf eine günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes. Da es sich beim Ausfall der Gehörsperception um einen psychischen Act handelt, kann nur eine Therapie, die auf den Acusticus oder das Gehörscentrum selbst einzuwirken vermag, einigermaassen Erfolg versprechen. Hierbei konnte ich in zweckmässiger Weise die Anschauungen meines klinischen Vorstandes verwenden.

Gruber nimmt an, dass bei hochgradiger Schwerhörigkeit sowohl der Hörnerv, als die Binnenmusculation durch Mangel an Thätigkeit nach und nach functionsuntüchtig werden und behauptet, dass ein Hörrohr nicht blos den Zweck hat, dem Hörvermögen des Kranken in seinem socialen Umgange zu Hilfe zu kommen, sondern in gewissem Sinne als Heilmittel zu betrachten ist, weil es den Hörnerven in Thätigkeit erhält, und empfiehlt demnach, das Hörrohr bei chronischen Leiden möglichst zeitlich als palliatives Mittel in Anwendung zu bringen.

Von diesen Grundsätzen geleitet, kläre ich beim Ausfalle der Gehörsperception auf einem Ohre die Patienten über ihren Zustand auf und lege ihnen an's Herz, ihr schlechteres Ohr ja nicht zu vernachlässigen und sich möglichst anzustrengen, mit demselben zu hören. Ferner empfehle ich ihnen, ihr gesundes — bezw. besseres — Ohr öfters am Tage (15—20 Mal) für kurze Zeit (2—3 Minuten) mit Wolle und überdies mit dem Finger zu verstopfen und für das schlechtere Ohr Hörübungen in der Weise anzustellen, dass sie sich aus möglichst grosser Entfernung aus einem Buche vorlesen lassen und jedes Wort nachsprechen.

Wenn auch bei vollständig verloren gegangener Gehörsperception die Aussicht auf guten Erfolg ebenso gering ist, wie bei analogen Fällen von Amblyopia ex anopsia, hoffe ich doch, bei noch nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen günstige Resultate zu erzielen.

Ob chronische Processe der verschiedensten Art zu einem Ausfalle der Gehörsperception führen und unter welchen Umständen dies eintreten kann, darüber sind meine Untersuchungen durchaus nicht abgeschlossen;

ich wäre allen Herren vom Fache, die mit mir diesem Thema ihre Aufmerksamkeit zuwenden wollten, zur grössten Dankbarkeit verpflichtet.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Prof. Gruber, sowie dem Herrn klinischen Assistenten Dr. Kaufmann meinen verbindlichsten Dank für ihre liebenswürdige und werthvolle Unterstützung auszusprechen.

## Bericht über die Verhandlungen des Vereins für innere Medicin über die Diphtherieheilserumfrage in den Sitzungen am 2. und 3. April 1895 in München.

Von

Prof. Moritz Schmidt.

Referat des Herrn Heubner:

Ref. folgert zunächst an der Hand eines grossen statistischen Materials aus 5 amerikanischen Städten, dass man von einer bestimmten Milde oder Bösartigkeit des Verlaufes der Krankheit in einem bestimmten Zeitabschnitte nicht reden könne, indem in den 5 amerikanischen Städten die Sterblichkeit in derselben Zeit eine sehr verschiedene gewesen sei. Vergleiche man aber die Sterblichkeitscurven der deutschen Städte in den letzten Jahrzehnten, so komme man zu der Erkenntniss, dass eine Steigerung der Intensität der Diphtherieepidemien in dem Jahre 1881 begonnen habe und ihren höchsten Stand im Jahre 1886 erreicht habe, seitdem falle sie anhaltend, jedoch sei in allen Jahren immer im November eine Zunahme zu erkennen gewesen, nur im Jahre 1894 fehle dieselbe in 4 grösseren Städten, in denen die Serumbehandlung geübt wurde, was Ref. der Einführung des Heilserums zuzuschreiben geneigt ist. In den Berliner Krankenhäusern seien von 1332 ohne Serum behandelten Fällen 38 pCt. und von 1390 mit Serum behandelten 21 pCt. gestorben. Ref. widerlegt den Einwand, dass dies günstige Ergebniss der vermehrten Aufnahme leichter Fälle zuzuschreiben sei mit der Angabe, dass allerdings mehr leichte Fälle aufgenommen worden seien, die Zunahme derselben habe aber nur 5 bis 8 pCt. betragen. Bis Ende Januar seien über 3000 mit Serum behandelte Fälle bekannt geworden, mit einer Sterblichkeit von nur 20 pCt.

Wir verdankten die Bestätigung der Ansicht Bretonneau's, dass die Diphtherie eine einheitliche Krankheit sei, wesentlich der Bacteriologie. Nach seinen eigenen Untersuchungen habe er in 558 Fällen den Löffler'schen Bacillus nur 61 Mal vermisst, aber in den 504 Fällen, in denen er nach der Epikrise sein Vorhandensein habe erwarten müssen, nur 7 Mal. Er schlage vor, alle die Fälle, in denen der Bacillus nicht gefunden werde, als Diphtheroid zu bezeichnen, also z. B. von einem Scharlachdiphtheroid, einem Croupdiphtheroid u. s. w. zu sprechen.

Von 207 von Ref. genauer bearbeiteten Serumfällen aus der Berliner Charité seien 181 reine und 26 complicirte gewesen, von den reinen 10 pCt., von den complicirten 30 pCt. gestorben. 64 pCt. der Kranken seien in den ersten drei Tagen der Erkrankung aufgenommen worden und 50 pCt. unter 5 Jahren alt gewesen. Die angewendeten Dosen des

Serums hätten 600 bis 3600 I. E. betragen. Eine locale Behandlung sei unterlassen, wohl aber der Allgemeinzustand des Kranken sehr berücksichtigt und namentlich Werth auf die künstliche Ernährung gelegt worden.

Ref. habe versucht, durch Aufeinanderlegen einer grossen Anzahl von Fiebercurven eine so zu sagen Normalfiebercurve für Diphtherie zu construiren und dabei gefunden, dass sich in der zweiten Hälfte der ersten Krankheitswoche eine secundäre Temperaturerhebung zeige, die in den mit Serum behandelten Fällen fehle, bei den mit zu schwachen Dosen eingespritzten aber noch andeutungsweise vorhanden sei.

Die Pulsfrequenz habe in einer grösseren Anzahl von Fällen rasch abgenommen. Die Membranen hätten sich bei den mit genügenden Dosen behandelten Kindern in der Regel am achten Tage losgestossen, bei den mit zu schwachen Dosen versehenen am neunten bis zehnten; in 16 von 181 Fällen hätten sich nach der Injection noch neue Stellen mit Membranen bedeckt. Ein Uebergreifen der Membranen auf den Kehlkopf habe er in den Fällen, in denen derselbe bei Beginn der Behandlung frei gewesen, nie!! beobachtet. Die Reinigung der Luftwege, wo sie ergriffen waren, habe er wiederholt als sehr rasch von Statten gehend gefunden. Neun Mal unter 181 Fällen konnte die Operation bei schon im Kehlkopf Erkrankten umgangen werden. Albuminurie habe er in 22 Fällen nach der Injection beobachtet, nicht häufiger als bei den ohne Serum behandelten Kranken. Er nehme Erzählungen über stärkere Nephritis nach der Injection sehr skeptisch auf, meistens handle es sich dann um Scharlachfälle. Rückfälle mit erneutem Fieber habe er drei Mal gesehen. Lähmungen würden nicht vermindert, sie kämen eher häufiger vor, was er aus der Zunahme der Heilungsfälle erklären will, denn unter den früher Gestorben und jetzt geheilt werdenden wären sicher früher mehr Fälle an Lähmungen erkrankt, wenn sie am Leben geblieben wären. Er hebt hervor, dass das Heilserum ein unschädliches Mittel sei. Höchstens fänden sich angioneurotische Exantheme mit Gelenkschmerzen und Fieber am zehnten bis zwölften Tage. Er habe Flecken 31 Mal unter 181 Fällen gesehen und ein Fünftel derselben habe zugleich auch Gelenkschmerzen gehabt. Diese Erscheinungen, namentlich die Schmerzen seien ja unangenehm, sie vergingen aber fast ausnahmslos in zwei Tagen und er nehme sie gerne in den Kauf, wenn er mit dem Mittel so viele Kinder mehr heilen könne. Was die Immunisirung anlange, so habe er 64 eingespritzt und es seien trotzdem 2 davon nachträglich befallen worden. Weitere Versuche über die immunisirende Wirkung seien nothwendig, jedenfalls müsse man bis jetzt annehmen, dass der Schutz ein nur kurz andauernder ist. Am Schlusse betont Ref., dass ihm zwei Wirkungen des Mittels unverkennbar zu sein schienen, die rasche Abnahme des Fiebers und die raschere Lossstossung der Membranen, und dies sei an allen Orten und in allen Ländern beobachtet worden. Wenn man auch einen Theil der Erfolge dem ungewöhnlich günstigen Verlauf der jetzigen Epidemie zuschreiben wolle, so sei es doch auf der anderen Seite wiederholt gefunden worden, dass die Sterblichkeit ihre frühere grosse Höhe wieder erreicht habe, wenn aus äusseren Gründen die Heilserumbehandlung unterbrochen werden musste.

Herr A. Baginsky-Berlin steht nicht unter dem Eindruck, als ob

die Diphtherieepidemie im Jahre 1894 eine besonders leichte gewesen sei, die durchschnittliche Mortalität in seinem Spital habe in den letzten 5 Jahren resp. 50, 33, 36, 42 und 1894 48 pCt. betragen, in der intermediären Zeit des Serumangels sogar 52 pCt. Seine Beobachtungen erstreckten sich nun über 525 eingespritzte Fälle mit einer Mortalität von 15 pCt., und zwar sei dieselbe gesunken bei Kindern:

unter 2 Jahren von 63,3 auf 25,2,  
von 2—4 Jahren von 52 auf 17,  
von 4—6 Jahren von 37 auf 17,  
von 6—8 Jahren von 27 auf 11,  
von 8—10 Jahren von 19 auf 5 u. s. w.

Die weiteren Zahlen seien zu klein, um einen sicheren Schluss ziehen zu können.

Was die Wirkungen des Mittels anlange, so sei eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens zu bemerken gewesen, aber erst am Tage nach der Injection. Wenn abermals erhöhte Temperatur eingetreten sei, so wäre die Menge des Serums ungenügend gewesen. Er habe sich ausschliesslich des Aronsohn'schen Heilserums bedient, das nach seinen Versuchen im Antitoxinwerth besser als Höchst No. 2 sei. Eine weitere günstige Wirkung habe er in der Festlegung des örtlichen Processes gesehen, indem derselbe im Pharynx sowohl als auch im Larynx nach der Injection nicht weiter geschritten sei. Während er früher unter 1258 Kindern 418 Tracheotomien und 113 Intubationen mit 59 pCt. Todesfällen gehabt habe, speciell von den Tracheotomirten 64 pCt. gestorben seien, so habe es sich während der Injectionsbehandlung gezeigt, dass die Intubation die Tracheotomie in vielen Fällen ersetzen könne. Er habe einen Stand von 51 Tracheotomien und 54 Intubationen gehabt mit 62 pCt. Heilungen. Bezüglich der Betheiligung des Herzens sei früher das Verhältniss so gewesen, dass er bei 26 pCt. klinische Veränderungen an demselben habe nachweisen können und in 10 pCt. Herztod erlebt und in 37 pCt. myocarditische Prozesse bei der Section gefunden habe, während nun bei etwa 50 pCt. klinische Veränderungen mit nur 6 pCt. Herztod und nur 24 pCt. Myocarditis beobachtet worden seien. Bezüglich der Nephritis habe er Versuche angestellt, ob nicht etwa der Carbolgehalt des Mittels Schuld sei; es zeige sich Carbol aber nur bei wässrigen Lösungen in dem Urin der Versuchsthiere, während das nicht der Fall sei, wenn man das Carbol in einfachem Pferdeblutserum auflöse. Die Albuminurie habe denselben Character bei den gespritzten und den nicht gespritzten Fällen. Es sei möglich, dass Lähmungen nun häufiger vorkämen, da sich die Mortalitätsverhältnisse verschoben hätten. In Betreff der Nachwirkungen habe er 7 Mal Abscesse beobachtet, trotz der strengsten Asepsis beim Einspritzen, 13 Mal habe er das polymorphe Exanthem am 11. oder 12. Tage mit Fieber und Gelenkschmerzen gesehen, 2 seien gestorben, aber nicht in Folge des Ausschlages.

Seine Versuche über Immunisirung seien, trotzdem er unter 124 geimpften Kindern keine Erkrankung gehabt habe, nicht genügend, um ein Urtheil zu gewinnen.

Er fasst seine Erfahrungen schliesslich dahin zusammen, dass er das Heilserum für das bis jetzt beste Mittel gegen Diphtherie halte, dass es

mit ihm und einer mild antiseptischen, reinigenden Behandlung gelinge, die Sterblichkeit auf ein Drittel herabzusetzen, dass das Mittel ungefährlich sei, da die danach beobachteten Ausschläge und Gelenkschmerzen auch früher, wenn auch nicht so häufig, vorgekommen seien, aber eine ungefährliche Complication darstellten und dass die bisher noch bestehende Unklarheit über die Wirkungsart des Mittels keinen Einfluss auf die therapeutische Verwendung desselben haben dürfe, da die Wirkung gegen Diphtherie unzweifelhaft festgestellt sei. Er stehe unter dem Eindruck, dass wir es mit einer Thatsache zu thun hätten, die wohl nur von der Vaccination erreicht worden wäre.

Herr Widerhofer-Wien bekennt sich als einen begeisterten Anhänger des Mittels. Er habe von October 1894 bis Ende Januar 1895 300 Fälle damit behandelt und im Ganzen eine Sterblichkeit von 23,7 pCt. gehabt, gegen früher 56 bis 40 pCt. Wenn er die in den ersten Stunden nach der Einspritzung Gestorbenen abziehe, so vermindere sich die Mortalität auf 14,3 pCt. Einen Einfluss auf die Zahlen habe der Umstand gehabt, dass in mindestens der Hälfte der Fälle die erste Einspritzung erst am dritten Tage der Krankheit habe gemacht werden können. In 77 Fällen von 300 habe er schon vor der Einspritzung Albumen im Harn gefunden, darunter in 20 Fällen in schwerer Form. 15 Kinder seien schon mit ausgesprochener Sepsis aufgenommen worden, mit Blutungen und Drüsenschwellungen etc. Bei 22 Kindern sei eine schon vorhandene Larynxstenose beseitigt worden; 108 Fälle seien trotz Injection zur Operation gekommen, und zwar 57 Intubationen mit 89 pCt. Heilungen und 51 secundäre Tracheotomien mit 35 pCt. Heilungen; im Ganzen 57 pCt. Genesungen. Unter 130 zum Zwecke der Immunisirung Eingespritzten sei nur der Bruder eines Kranken leicht erkrankt, während der ursprünglich Erkrankte schwer erkrankt gewesen sei. Redner spricht noch über die übrige Behandlung und bemerkt, dass er eine eigentliche örtliche Medication nicht geübt habe, nur bei der Herzschwäche könne er das Strychnin sehr empfehlen.

Herr Körte-Berlin hat seinen Bericht schriftlich eingesendet: er hat unter 114 Fällen, unter denen 6 moribund aufgenommen worden, 22 verloren.

Herr Sonnenburg-Berlin verlor nach ebenfalls schriftlichem Bericht unter 66 Fällen 12 pCt. Er hat 14 Mal Exantheme und 3 Mal Gelenkschmerzen und 2 Mal Lähmungen nach Ablauf der Diphtherie beobachtet.

Herr Hagenbach-Basel theilt schriftlich mit, dass er 29 Fälle mit 27 pCt. Sterblichkeit beobachtet habe; 18 darunter hatten Larynxstenose, es wurden alle intubirt, 6 davon sind gestorben; 2 Fälle hatten Nacherscheinungen.

Herr Steigenberger-Budapest theilt ebenfalls schriftlich mit, dass er unter 279 Fällen 76,7 pCt. geheilt habe, die aber zugleich mit anderen Mitteln behandelt worden seien; unter 175 ausschliesslich mit Serum Behandelten habe er 73,7 geheilt, die letzteren seien alle Spitalranke gewesen.

Herr von Ranke-München: Er habe in seiner Kinderklinik nur schwere und schwerste Fälle und meistens kämen auch die Kranken erst nach dem dritten Tage. Deshalb seien auch die verwendeten Mengen des Heilserums sehr grosse: im Durchschnitt 1184 I. E. Bei 124 ein-

gespritzten Kranken habe er eine Mortalität von 22,4 pCt. gehabt, davon seien 102 Fälle uncomplicirte Diphtherie gewesen. Prof. Buchner habe 84 der Fälle bacteriologisch selbst untersucht und in 92,8 pCt. Bacillen gefunden, bei 80 pCt. mit Streptococcen gemischt. Von 102 Fällen seien 96 echte Diphtherie gewesen mit einer Sterblichkeit von 19,7 pCt. Dies sei weniger als die Hälfte des Minimums der in den letzten 8 Jahren beobachteten Ziffern. 63 der Kinder hatten laryngostenotische Erscheinungen bei der Aufnahme, bei 21 gingen die Erscheinungen zurück, 42 Fälle mussten intubirt werden, es starben 13, gleich 30,9 pCt. In den früheren Jahren schwankte die Mortalität der Intubirten zwischen 59,5 und 75,4 pCt., Letzteres im Jahre 1893. Er habe den Eindruck, als ob namentlich auch der klinische Verlauf der stenotischen Fälle sich unter der Serumbehandlung wesentlich günstiger gestaltet habe. Das Heilserum gebe dem Absteigen des Processes einen Halt! Seine Diphtherie-Abheilung habe seit den letzten 6 Monaten mit einem Male ein erfreulicheres Gesicht bekommen. In keinem Falle sei nach der Injection der Kehlkopf noch ergriffen worden. Die Dauer des Liegenlassens der Tuben habe sich sehr verringert, so dass man sie nach 24 Stunden früher in 8 pCt. und nun in 17,2 weglassen könne, nach 2 Tagen früher bei 26 und jetzt bei 44,8 pCt. u. s. w. Länger als 4 Tage habe man sie vor der Serumbehandlung in 36,0 und jetzt in 3,5 pCt. liegen lassen müssen. Für secundäre Tracheotomie bei den Intubirten hätten früher zwei Indicationen bestanden: absteigender Croup und Gefahr des Decubitus. Die erstere Indication komme jetzt gar nicht mehr vor, ebenso sei die nächtliche Alarmglocke für die Assistenten jetzt so gut wie verstummt.

Herr Kohts-Strassburg hat bei 80 Kranken keine besonders ermutigende Erfahrungen gemacht: 33 wurden ohne Serum behandelt und ergaben eine Sterblichkeit von 15 pCt., 13 derselben wurden tracheotomirt, von denen 38,4 pCt. starben. Von den 47 mit Serum behandelten starben, nicht operirt, 13, unter ihnen einer an acuter Myocarditis, während von den verbleibenden 34, die tracheotomirt wurden, 10 an ausgedehnter absteigender Diphtherie starben. 3 Mal hat er Exantheme, 4 Mal Gaumensegellähmung und ein Mal eine Wiederkehr der Membranen nach Injection von No. 2 und 3 beobachtet. Ein Mädchen wurde das erste Mal injicirt und tracheotomirt und heilte bei dem Rückfall ohne Serum mit einer zweiten Tracheotomie. Einen Einfluss auf das Allgemeinbefinden habe er nicht finden können, nur habe es ihm geschienen, als ob die Membranen sich nicht weiter ausgebreitet hätten. Viele seiner Kranken seien allerdings erst nach dem vierten Tage eingespritzt worden. Die Serumbehandlung mache jedenfalls die Localbehandlung nicht überflüssig.

Herr Grawitz-Berlin will die theoretische Seite behandeln. Die Injection des Serums führe zu einer Herabsetzung des spec. Gewichts des Blutes, sie habe einen blutverdünnenden Effect, auch beim Menschen. Die Wirkung dauere 10—12 Stunden, dann folge eine Eindickung des Blutes. Die Injectionen seien daher nicht so ganz indifferent. Man solle Versuche mit Injectionen von Blutserum ohne Antitoxin machen, um den Einfluss zu studiren.

Herr C. Seitz-München hat seine Beobachtungen an 140 Fällen gemacht. Von diesen hatten 47 Eiweiss im Harn, und zwar 24 schon vor der Injection und 23 nach derselben; die Dauer der Albuminurie



war in 15 Fällen eine halbe und in 5 Fällen eine ganze Woche. Von einem schädlichen Einfluss des Serums auf die Nieren hat er nichts bemerken können. Lähmungen hat er in 8 Fällen und Milzschwellung 5 Mal gesehen; Exantheme kamen 28 Mal vor, 8 Mal nur regionär in der Umgebung der Stichstelle, 10 Mal mit Fieber und theilweise intensiven Allgemeinerscheinungen, in einem Falle mit subnormaler Temperatur, 1 Mal mit einem eclamptischen Anfalle bei einem Kinde, das vorher keine gehabt hatte, 8 Mal kamen Gelenkschmerzen vor, 3 Mal auch Schwellung der Gelenke, ein Fall mit schwerem Herzfehler zeigte Blutspeien. Die Nebenwirkungen sind aber nicht so bedeutend, dass sie von der Anwendung des Mittels abhalten könnten. Er vergleicht es darin auch mit der Vaccine, bei der auch Fieber und Exantheme und Albuminurie beobachtet worden sind.

Herr Stintzing-Jena hat seine Beobachtungen an 59 Fällen machen können und vergleicht damit 59 Fälle aus der Zeit vor der Serum-Behandlung. Im Ganzen sei die Diphtherie in den letzten Jahren in Jena in einer mildereren Form aufgetreten. Aus der Vergleichung der beiden allerdings zu kleinen Reihen habe sich ihm kein sehr bedeutender Unterschied im Verlaufe ergeben. Früher sei die Sterblichkeit 25 pCt. gewesen, nun 20, früher seien 27 tracheotomirt worden, jetzt 16 von den 59; bei der Behandlung mit Serum seien von den Operirten 51 pCt. genesen, nun 56.

Herr Trumpp-Graz hat auf Veranlassung des Herrn Escherich eine Anzahl Kinder auf das Vorkommen von Diphtheriebacillen untersucht und ist dabei zu merkwürdigen Ergebnissen gekommen. Er fand z. B. im Rachen virulente Bacillen in 8 Fällen und nicht virulente Pseudodiphtheriebacillen in 6 Fällen, in der Nase 8 Mal virulente und 4 Mal diphtherieähnliche, in der Conjunctiva 11 Mal virulente und 3 Mal nicht virulente. Von den untersuchten 49 Kindern hatten nur 12 Diphtheriesymptome: 6 Diphtheria faucium, 1 D. faucium et laryngis, 1 nur D. laryngis und 4 Ang. lacunaris. Bei den Kindern, bei denen er in der Conjunctiva Bacillen gefunden, waren sonst keine Diphtheriesymptome vorhanden. Bei der Diphtheria faucium fand er Bacillen in der Nase, in der Conjunctiva und 2 Mal auch in der Vulva. Die Fälle zeichneten sich durch grosse Hartnäckigkeit aus, in dem einen fand er die Bacillen noch nach 82 Tagen, in dem anderen nach 61 Tagen. Die Kinder beherbergen also die Bacillen lange und können sie gelegentlich auch noch auf andere übertragen: ein Kind steckte einen Monat nach der Erkrankung vier seiner Nachbarn an, die anderen blieben nach der Immunisirung frei. Die Conjunctivalbacillen tödteten Thiere nicht, wuchsen auch gleich anfangs anders, sie waren aber doch schwach virulent. Es geht daraus hervor, dass die Desinfection der Wohnungen nicht genügt, wenn die Bewohner darin bleiben.

Herr H. Rehn-Frankfurt a. M. glaubt nach eigenen und ihm von Collegen überlassenen Beobachtungen, dass wir einem sehr mächtigen Agens gegenüberstehen, das namentlich in wenigen Stunden der Krankheit Halt gebietet und in der Regel den Ablauf des örtlichen Processes ohne weitere Medication ermöglicht. Ueble Nachwirkungen hat er nicht gesehen. Der Immunisirung kann er weniger Sympathie entgegenbringen,

da die Höhe der Dose, die Dauer der Wirkung noch nicht genügend festgestellt ist.

Herr Rauchfuss-St. Petersburg: Beobachtungen aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg: Von 101 abgelaufenen Fällen sind 34 gestorben, da jedoch in der Serumperiode die Zahl der Kinder unter 2 Jahren gegen früher bedeutend gewachsen (nach dem 5jährigen Durchschnitt von 15 auf 35 pCt. der Gesamtzahl), so war eine directe Vergleichung mit den Vorjahren nicht möglich. Er hatte 55 pCt. Mortalität. Nach Ausgleichung der Altersdifferenz betrug die Sterblichkeit 28 pCt., annähernd die Hälfte der Vorjahre. Die Abnahme der Sterblichkeit an Rachendiphtherie, die septischen Formen mit eingeschlossen, betrug 50 pCt., die der oberen Luftwege aber nur 18 pCt. Am grössten war der Unterschied bei den Kindern zwischen 3 und 5 Jahren, nämlich 25 pCt. gegen 65 der Vorjahre. Klinisch imponirte der prompte Stillstand des örtlichen Processes im Rachen und in den Luftwegen. Der Process war in den meisten Fällen von Mitbetheiligung der Luftwege schon vor der Aufnahme auf die Tracheobronchialschleimhaut herabgestiegen. Die Fortsetzung der Behandlungsmethode scheint dem Redner dringend geboten.

Herr Glöckler-Frankfurt a. M. hat nach einem gedruckt vorgelegten Bericht in dem Christ'schen Kinderspitale von 100 mit Serum Behandelten 12 verloren, früher 41 pCt.; von 11 Tracheotomien wurden 6 geheilt. Er hat keine Nierenentzündung gesehen. Die Immunisirung schützt nach seinen Erfahrungen nicht.

Herr Treupel-Freiburg hat an Kaninchen Versuche über die physiologische Wirkung des Mittels angestellt. Er beobachtete keine Störung des Allgemeinbefindens, nur ein kurzes Ansteigen des Blutdrucks. Ferner hat er nie Phenol im Harn gefunden, wohl aber eine Trübung ohne Formelemente, eine Art minimaler physiologischer Albuminurie, vielleicht durch Zersetzung zerfallener weisser Blutkörperchen.

Herr Jendrassik-Budapest glaubt eine verschiedene Disposition zu der Krankheit annehmen zu müssen und eine natürliche Immunität. Das Diphtheriemittel verweilt nur kurze Zeit in dem Organismus, ähnlich wie bei dem Tetanus. Daraus wäre die kurze Dauer der Immunität zu erklären.

Herr Siegert-Strassburg hat gefunden, dass bei Kaninchen die Einspritzung von 10 Ccm. Behring'schen Antitoxins kein Eiweiss im Harn hervorruft, dass ferner die Mischung von gewöhnlichem Serum mit 1 bis 2 pCt. Phenol ebenfalls keine Eiweissausscheidung bewirkt, dagegen wohl die Einspritzung von 10 Ccm. reinem Pferdeserum ohne Phenol. Er sieht also in dem Zusatz des Phenols keinen Nachtheil, eher einen Vortheil. Beim Menschen könne es sich allerdings anders verhalten.

Herr Hahn-München glaubt, dass die Wirkung des Mittels noch an normalen Menschen studirt werden müsse. Wenn überhaupt eine antitoxische Wirkung nach der Ansicht Behring's vorhanden sei, so würde eine genaue Statistik der Lähmungen eine Abnahme derselben ergeben müssen.

Herr Mehring-Halle hat in 74 Fällen, die er mit Serum behandelte, die Sterblichkeit, die vorher von 1889—1894 30 pCt. betragen und im

Jahre 1894 bis November sich auf 28 gestellt hatte, auf 5! pCt. heruntergehen sehen. Postdiphtherische Lähmungen habe er auch eher häufiger beobachtet.

Herr Vierordt-Heidelberg mahnt zur Vorsicht in der Beurtheilung, sonst verweise sich das Gesamtbild der Discussion. Es kämen doch mancherlei Verhältnisse in Betracht, so der Character und die Prognose der Krankheit, örtliche Verschiedenheiten, es habe sich viel leichteres Material in die Spitäler gedrängt, die Behandlung sei energischer geworden, die Verhältnisse in den Spitalern seien bessere geworden, er verweise da nur auf Paris, man habe öfter die künstliche Ernährung angewendet u. s. w. Seine Resultate mit der Löffler'schen örtlichen Behandlung seien bessere, als die mit dem Serum. Es müsse eben noch weiter gearbeitet werden, namentlich müsse das Mittel auch noch verstärkt werden.

Herr von Jaksch-Prag: Bei schweren Fällen, namentlich mit Necrose der Schleimhäute, trete immer Albuminurie auf, Carbol lasse sich selbst bei schweren Vergiftungen im Harn überhaupt nicht nachweisen.

Herr von Noorden-Frankfurt a. M. hat 81 Fälle mit Serum behandelt, sie seien erst spät aufgenommen worden, daher seien auch die Ergebnisse nicht so günstig: er habe 23 pCt. Sterblichkeit gegen 45 früher. Eiweiss habe er früher bei Diphtherie in 78 pCt. im Harn gefunden und jetzt in 87, ebenso sei die Zahl der Lähmungen nicht vermindert gewesen, er habe 21 Fälle davon gesehen, 8 seien an Herzschwäche gestorben. Die Ursache suche auch er darin, dass jetzt mehr schwere Fälle leben bleiben.

Herr Heubner fasst das Ergebniss der Debatte in seinem Schlussworte dahin zusammen, dass

1) keine Thatsache angeführt worden sei, welche ergeben hätte, dass das Mittel irgend eine schädliche Wirkung habe;

2) dass alle über ein grösseres Material verfügenden Krankenhausärzte eine verminderte Sterblichkeit nach Anwendung des Mittels beobachtet hätten mit Ausnahme des Herrn Kohts;

3) die Anwendung des Mittels möglichst frühzeitig erfolgen müsse, wenn man auf einen günstigen Erfolg rechnen wolle. Er ziehe aus der Verhandlung den Schluss, dass die practischen Aerzte ruhig einspritzen sollten, um so mehr, als das Mittel absolut unschädlich sei. Ueber das Warum der Verminderung der Todesfälle seien die Meinungen noch getheilt, einen wissenschaftlichen Beweis für die Art der Einwirkung des Mittels hätten wir noch nicht. Bezüglich der immunisirenden Wirkungen habe die Debatte noch keine Entscheidung gegeben.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter** (ein neues Gesetz) von Dr. H. Zwaardemaker (Arch. f. Ohrenheilk. 32, VI).

Der Autor weist unter Anführung seiner Versuche mit der Galtonpfeife und Klangstäben darauf hin, dass wir mit dem Vorschreiten unserer Lebensjahre die höchsten Töne der Tonscala allmählig verlieren. Rigiditäten des Schalleitungsapparates können nicht Schuld an dieser Erscheinung haben, da bekanntlich pathologische Veränderungen des Mittelohres die obere Grenze der Tonwahrnehmung nur wenig herabdrücken. Die Ursache dürfte entweder auf Veränderungen im Labyrinth, oder in den Schädelknochen zurückzuführen sein; es müsse die Coincidenz des Verlustes an hohen Tönen im höheren Alter mit dem Verlust der Knochenleitung, der ebenfalls gradatim stattfindet, beachtet werden.

Gomperz.

---

### b) Rhinologische:

**Der blutende Polyp der Nasensecheidewand.** Von Dr. Otto Schadowaldt in Berlin.

**Bemerkungen zur Anatomie des „blutenden Septumpolypen“.** Von Dr. Arthur Alexander in Berlin.

**Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasensecheidewand.** Von Dr. Max Scheier in Berlin.

**Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasensecheidewand.** Von Dr. P. Heymann in Berlin. (Arch. für Laryngologie etc., Band I, Heft 3, pag. 259 etc., 1894.)

Unter diesen Gebilden verstehen die genannten Autoren gemeinsam eine etwa linsen- bis haselnussgrosse, mit schlankem oder auch breitem Stiele, zumeist dem vorderen Theile des Septum aufsitzende Geschwulst, welche häufig zu beträchtlichen Blutungen Veranlassung giebt. Schadowaldt fand sie bei 4 Frauen 3 Mal links-, 1 Mal rechtsseitig; Alex. bei 3 Frauen 3 Mal linksseitig; Scheier bei 2 Männern 2 Mal rechtsseitig; Heym. bei 5 Frauen 2 Mal links-, 3 Mal rechtsseitig, so dass im Allgemeinen und bis jetzt, zumal auch V. Lange in 6 Fällen 5 Mal linksseitigen Sitz beobachtete, diese Seite und das weibliche Geschlecht als von der Neubildung bevorzugt erachtet werden darf. Was die Geschwulst selbst anlangt, so wird sie von allen Autoren als eine gutartige anerkannt; ihr Wachsthum ist bisweilen ein sehr schnelles, gleichsam explosives, wodurch sich ihre oft beobachtete bedeutende Grösse vielleicht erklärt (Schadowaldt). Die Structur anlangend, so wurde ein Fall von Schadowaldt als gefässreiches Fibrom erkannt; Alexander constatirte dasselbe, ferner ein Granulom und ein einfaches Fibrom; Scheier ein gefässreiches Fibrom und ein Lymphom. teleangiect.; Heymann fand in drei Fällen bei der microscop. Untersuchung lockeres, reichlich mit Zellen durchsetztes Bindegewebe, das ausserordentlich zahlreiche Gefässlücken zwischen sich liess. Alex. theilt mit, dass, da in einem seiner Fälle die

Rundzellen überwogen, der Tumor füglich als Granulom, und da im zweiten Falle die Gefässe, im dritten das Bindegewebe das microscop. Bild beherrschten, diese Tumoren als Uebergangsformen von dem einfachen Granulom zu den weichen Fibromen bezeichnet werden müssten. Der Name Polyp, unter dem man gewöhnlich in der Nase ein Myxom verstehe, sei daher nicht haltbar, ebensowenig das Epitheton „blutender“, da das Symptom des Blutens kein regelmässig wiederkehrendes sei. Er wünscht, dass diese Bildungen nach ihrem microscopischen Bau benannt und auch auf diesem Gebiete Virchow's Forderungen erfüllt werden. Was die Behandlung anlangt, so stimmen sämtliche Autoren darin überein, dass die gründliche operative Beseitigung der Geschwulst vorzunehmen sei. Während Schad. Wiederkehr nicht beobachtete, constatirt Scheier sowohl, wie Alexander und Heymann in je einem Falle Recidiv.

Beschorner.

---

**Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** Von Dr. Gustav Spiess in Frankfurt a. M. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. I, Heft 3, 1894.)

Beschreibung und Abbildung eines, durch eine electriche Stromquelle zu treibenden Motors und verschiedener Traphinen, Fraisen, Feilen und Sägen, welche mit demselben durch eine, in einem beweglichen Schlauche befindlichen Spirale in Verbindung und von demselben in drehende bezw. nach vor- und rückwärts gerichtete Bewegungen (etwa 3600 Umdrehungen in der Minute) gesetzt werden. — Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit des Operationsverfahrens, erprobt bei ca. 50 Kranken, sind seine Hauptvorteile. Ebenso wie zu Operationen am Septum lassen sich die Instrumente auch zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange sowohl, als auch vom Alveolarfortsatze verwenden und schliesslich kann der Electromotor auch der Massage dienstbar gemacht werden.

Beschorner.

---

**Meine Erfahrungen in der Behandlung der Eiterungen in der Highmorshöhle.** Von Anton Witzel, Zahnarzt in Wiesbaden. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. I, H. 3, pag. 393, 1894.)

Bei frischen Empyemen 2—3 Mal täglich Ausspritzen mit Sublimat-Carbollösung (Sublimat 1,0, Carbol 10,0, Spirit. 100,0, Aqu. menth. pip. 2000,0) und dann Drainage. Ist die Eiterung von faulen Zahnwurzeln ausgegangen und besteht keine offene Verbindung von der Alveole nach der eiternden Highmorshöhle: Eröffnung derselben von jener aus mit Hilfe der zahnärztlichen Bohrmaschine, die mit einem 4 Mm. breiten, lanzenförmigen, 6 Ctm. langen Bohrer armirt ist. Ausspritzen mit nicht ätzender, antiseptischer Lösung und Ausstopfen der Höhle mit folgender Pasta: Jodoform. pulv. 9,0, Gummi arab. pulv. 1,0, Mucilag. Gummi arab. Glycerin aa gutt. vj. M. f. pasta dura. Einsetzen eines unten zugeschraubten und mit federnder Goldklammer an einen Zahn zu befestigenden Platinröhrchens. Wiederholung des Ausspritzens und Ausstopfens nach Bedarf.

Beschorner.

**Zwei weitere Fälle von completer einseitiger Choanalatresie.** Von Dr. Hopmann in Köln. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 3, 1894.)

Der erste Fall betraf einen 41 Jahre alten Kupferschmied, dessen rechte Choane, 60 Mm. von der Nasenspitze aus, durch eine compacte Knochenmasse verschlossen war. Dieselbe wurde mit Hammer und Meissel entfernt, der Kranke geheilt. Der zweite Fall ein 15jähriges Mädchen, deren linke, sehr enge Choane durch eine Membran völlig obturirt wurde. Die stumpfe Durchtrennung dieser machte keine Schwierigkeiten, mehr aber die Erweiterung des knöchernen Choanalringes, die aber doch schliesslich erreicht wurde, und zwar in dem Maasse, dass anfänglich ein dickes Drainrohr, später Elfenbeinzapfen durchgeführt werden konnten. Für beide Fälle nimmt H. die congenitale Natur der Choanal-Occlusion an.

Beschorner.

**Behandlung der Nasenrachenpolypen.** (Du traitement des polypes nasopharyngiens.) Von Dr. Verneuil. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 12 Décembre 1894 und Semaine médicale No. 70, 1894.)

Verf. ist von der schnellen Methode, mit Resection und Messer zu operiren, zurückgekommen und empfiehlt die langsame Behandlungsmethode; das Messer soll den Polypen nicht berühren. Man soll, um die Eventualität der Recidive zu überwachen, den Gaumen nicht gleich nach der Operation zunähen, sondern lieber einen prothetischen Apparat tragen lassen.

Dr. P. K.

**Ueber adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes und besonders über deren Diagnose und ihre Behandlung mittelst des Fingers.** (Sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal et en particulier sur leur diagnostic et leur traitement par le doigt.) Von Dr. Guillaume. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 22, 1894.)

Verf., auf drei Generationen solcher Kranken gestützt, kommt zu dem Schluss, dass das Leiden erblich ist und bei Manchen latent, bei Anderen kaum bemerkbar, bei der dritten Kategorie aber ganz offenbar ist. Die Fingermethode bei der Operation wird von den meisten Autoren als ungenügend und gar gefährlich verworfen. Ohne den Spiegel zu verwerfen, muss man doch gestehen, dass der Finger besonders bei Kindern das beste Mittel zur Diagnose ist. Die Operation mittelst des Fingers kann erst gemacht werden, wenn mehrere Nasendouchen mittelst 2 oder 3 procentiger Borsäurelösung oder mittelst 3 oder 4 pro Mille Sublimatlösung gemacht worden sind. Der Zeigefinger muss desinficirt sein; der Kopf des Patienten wird nach rückwärts geführt, um so viel wie möglich mit dem Munde eine gerade Linie zu bilden. Bei harten und massenhaften Vegetationen muss man die verschiedenen Instrumente gebrauchen. Die Fingeroperation ist nicht langsam, man bekommt keine starke Blutung, man kann überwachen, was man macht; Verf. kommt zu folgenden Endschlüssen: 1) Der Operateur weiss immer ganz genau, was er macht, er macht keine unnützen Wunden. 2) Die primäre Blutung ist gering, es kommt nie eine Blutung in den ersten 24 Stunden nach der Operation, nie eine secundäre Blutung. 3) Die Methode erschreckt die Patienten viel weniger. 4) Recidiven treten nicht ein bei gehöriger Ueberwachung.

Dr. P. K.

**Torticollis nach Entfernung der Vegetationen des Nasenrachenraumes nebst Bemerkungen über Nasenreflexe.** (Cas de torticollis à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes du nasopharynx, avec remarques sur les reflexes du nez.) Von Dr. C. H. Knight. (Annals of ophthalmol. and otolog., Avril 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Ein 9jähriges Mädchen bekam nach oben angezeigter Operation einen rechtsseitigen Torticollis. Heilung nach 10 Tagen mit viel besserem Allgemeinbefinden, als vor der Operation. Dr. P. K.

---

**Tödliche Blutung nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes.** (Hémorrhagie consécutive à l'opération des végétations adénoïdes de la voûte nasopharyngienne, avec relation d'un cas à issue fatale.) Von Dr. James Newcomb. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894 und American Journal of the medical Sciences.)

Ein 3 Jahre und 9 Monate altes, sehr anämisches und scrophuloses Kind bekam 6 Stunden nach der genannten Operation eine Blutung, welche sträflicher Weise erst behandelt wurde, als das Kind im Sterben war. Tod. Dr. P. K.

---

**Ueber die Anwendung des Antipyrins als Anästheticum bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.** Von Wladyslaw Wroblewsky in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 3, 1894.)

Zu vollkommener Anästhesirung der Nasenschleimhaut bei sehr empfindlichen Kranken wendet W. Bepinselungen der Schleimhaut mit: Antipyrin 2,0, Cocain. mur. 1,0, Aqu. dest. 10,0 an. Bei hochgradig schmerzhaften Schlingbeschwerden von Larynxphthisikern erreichte er durch parenchymatöse Injectionen einer 50procentigen Antipyrin-Lösung (ca. 0,18 reines Antipyrin p. dos.) mittelst Heryng'scher Spritze die Möglichkeit, dass die Kranken ca. 12 Stunden hindurch beschwerdelos zu schlingen vermochten. Zu voller, langdauernder Anästhesie beim Curettement des Kehlkopfs, bei Amputation der Zungentonsille, bei Tonsillotomie injicirte er nach vorausgegangener mehrmaliger Einpinselung mit 10procentiger Cocainlösung an zwei Stellen zwei Theilstriche einer 50procentigen Antipyrinlösung. Ueble Nebenwirkungen sah er dabei nie. Beschorner.

---

**Der Stirnhöhlencatarrh.** Von Dr. V. Engelmann in Freiburg i. Br. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 3, pag. 291, 1894.)

Umfangreiche, ausserordentlich gewissenhafte, vornehmlich compilatorische Arbeit, welche unter Beifügung von 15 Kranken- und Operationsgeschichten eigener Beobachtung und unter sorgfältigster Berücksichtigung wohl aller über den Gegenstand veröffentlichten Ansichten der hervorragendsten Autoren über Aetiologie, Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie der Krankheit in erschöpfendster Weise sich verbreitet, und von 119 aus der Literatur gesammelten und tabellarisch zusammengestellten einschlägigen Fällen eine Uebersicht giebt über Alter und Geschlecht der Kranken, Ursache und Dauer der Erkrankung, Complicationen, Operationsmodus etc. Ein reichhaltiges, der Arbeit beigefügtes

Literaturverzeichnis wird für Diejenigen, welche sich für den Gegenstand besonders interessiren, eine werthvolle Fundgrube sein und zu weiterem Studium anregen.

Beschorner.

---

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Syphilitische Verengerung des Schlundes.** (Syphilitic stenosis of the pharynx.) (Lancet, 16. Februar 1895.)

In der Sitzung der Clinical Society of London am 8. Februar 1895 stellte Battle einen Fall vor, in dem sich nach der Heilung von tertiären Geschwüren eine diaphragmaartige Verengerung des Schlundes an der üblichen Stelle in der Höhe des Zungengrundes ausgebildet hatte. Die Verengerung erstreckte sich auf eine Länge von anderthalb Zoll. Nach vorheriger Tracheotomie machte Battle Einschnitte in die Stricture mittelst Scheere und Messer und erweiterte die Stelle dann noch mittelst Dilatoren. Der Kranke hatte danach eine grosse Besserung empfunden, musste aber von Zeit zu Zeit immer wieder dilatirt werden.

M. Schm.

---

**Neuralgie des Trigemini.** (Lancet, 22. December 1894.)

In der Northwest London Clinical Society theilt Mr. Mayo Collier einen Fall von 4—5jähriger Dauer einer Trigemini-neuralgie mit, die rasch heilte, als aus der Nase ein Polyp und ein dahinter verborgenes Stück necrotischen Knochens entfernt wurde.

M. Schm.

---

**Ueber die Veränderungen des Plexus cardiacus bei Herzparalyse nach Diphtheritis.** (Sur les altérations du plexus cardiaque dans la paralysie du coeur consécutive à la diphthérie.) Von Dr. H. Vincent. (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, Juli 1894 und Semaine médicale No. 49, 1894.)

Die meisten Autoren bringen diese Lähmungen in Verbindung mit Veränderungen des Myocardium oder der Bewegungsnerven des Herzens (Pneumogastricus und Bulbus); der anatomische Beweis für letzteres fehlte bis jetzt. Verf. hat nun durch die Section eine so tiefe Veränderung des Plexus cardiacus (parenchymatöse Neuritis und Atrophie) nachgewiesen, dass selbe genügt, die Herzparalyse zu erklären; es wäre also hier derselbe Process, wie er in den Nerven der durch Diphtheritis gelähmten Gliedmassen vor sich geht; Bulbus und Vagus waren unversehrt, was ja auch mit dem Ausspruch Leyden's übereinstimmt, dass nämlich die diphtheritische Neuritis eine centripetale mit peripherem Ursprung sei. Demnach wären die Herzlähmungen bei Diphtheritis immer auf eine Veränderung des Plexus cardiacus zurückzuführen, ebenso wie die Muskel-lähmungen der Extremitäten auf eine Neuritis dieser Organe zurückzuführen sind, und so seien beide als Vergiftung durch die vom Löffler-schen Bacillus erzeugten Toxine zu betrachten. Als therapeutische Folge davon soll man das Herz bei solchen Anfällen electricisiren.

Dr. P. K.



**Prophylaxe und Behandlung der Bronchopneumonie, welche nach der Tracheotomie bei Diphtheritis eintritt.** (Prophylaxie et traitement de la bronchopneumonie consécutive à la trachéotomie pour diphthérie laryngée.) Von Dr. Rocaz und Dr. Moussons. (Congrès français de médecine interne, Lyon, 25. October 1894 und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Isolirung von anderen an Bronchopneumonie leidenden Patienten, wenig Patienten zusammen legen, blos einige Tage in demselben Zimmer bleiben, welches dann ordentlich zu desinficiren ist. Vor die Canüle eine Gazebinde anlegen, welche mit folgender Flüssigkeit getränkt ist: Zimmtessenz 6,0 — Alcohol zu 83 Grad 50,0 — Glycerin 60,0. Auf 100 Operirte genasen 64,1 pCt. Dr. P. K.

**Der Canalis incisivus und das Jacobson'sche Organ.** (Le canal incisif et l'organe de Jacobson.) Von Dr. Rangé. (Arch. internat. de Laryngol. et Rhinol. etc. Bd. VII, No. 4, Juli/August 1894.)

Ergänzung seiner Studie über macroscopische Anatomie des Jacobson'schen Organs bei Rindern und Schafen im VI. Bande p. 206 derselben Zeitschrift. In der vorliegenden, ausserordentlich sorgfältigen und ausführlichen Arbeit kommt R. zu der Ueberzeugung, dass alle Hypothesen über das Jacobson'sche Organ Theorien sind, welche ganz willkürlich von seiner Lage, Structur und Form abgeleitet wurden, aber der Begründung durch directe Beobachtung oder genauere Experimente entbehren. Vor Allem darf man dem Organ keine wirkliche physiologische Rolle vindiciren, denn sowohl seiner functionellen Eigenschaften, wie seiner anatomischen Structur nach erscheint es als ein obsoletes Organ, dessen Functionen im späteren Leben entbehrlich geworden sind. Wozu sie früher dienten, welcher Art sie waren, darüber fehlt uns jede Gewissheit. Beschorner.

**Der Thyroidismus und sein Verhältniss zur Basedow'schen Krankheit und zur Hysterie.** (Du thyroidisme et de ses rapports avec la maladie de Basedow et l'hystérie.) Von Dr. Bécélère. (Société médicale des hôpitaux, séance du 12 Octobre 1894.)

Eine 31 jähr. myxomatöse Frau hat irrthümlich in der Zeit von 11 Tagen 92 Grmm. Schafsschilddrüse zu sich genommen. Es traten die bekannten Vergiftungserscheinungen ein: Schneller und ungleichmässiger Puls, Temperatursteigerung, Schlaflosigkeit, Aufgeregtheit, Polyurie, Albuminurie, Paraplegie und Schweissbildung. Ausserdem traten schnelles Athmen, Zittern der Arme, Exophthalmus und glänzende Augen auf: Ganz das Bild der Basedow'schen Krankheit. Bei dieser kann man also füglich das Entstehen ihrer Symptome auf eine gesteigerte Production der Glandula thyroidea zurückführen. Ferner trat im Verlauf der Krankheitsbehandlung hysterische Aphasie mit Monoplegie und Anästhesie des rechten Armes auf; Verf. ist also geneigt, das in zu grossen Dosen dargereichte Thyroidalsecret als eine Ursache der Hysterie anzusehen; jedenfalls kann selbe, wenn sie schon besteht, bedeutend vermehrt werden. Man soll also die Basedow'sche Krankheit aus der Reihe der Neurosen streichen und in das Kapitel der Autointoxicationen einreihen.

Dr. P. K.

**Zwei Fälle von acutem Jodödem des Larynx.** Von E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 45.)

In dem einen Falle entwickelte sich nach Darreichung von nur 1,0 Grmm. Jodkalium (in Verbindung mit mercuriellen Einreibungen der Haut) bei einem 56 Jahre alten Manne im Laufe weniger Stunden ein so bedeutendes Larynxödem, dass nur eine schnell ausgeführte Tracheotomie den Patienten vor dem Erstickungstode retten konnte. Nach Sistirung des Jodkaliumgebrauchs schwand das Oedem in wenigen Tagen.

Im zweiten Falle, 68 Jahre alte Frau, bei dem die laryngoscopische Untersuchung bereits vor Beginn der Behandlung ödematöse Infiltration der Ligamenta aryepiglottica, der Epiglottis und beider Cartilag. arytaenoid. ergab, steigerten sich nach Einnahme von Kal. jodat. 5 : 200 (in Verbindung mit mercuriellen Einreibungen der Haut) nach wenig Tagen die Athmungsbeschwerden gleichfalls derartig, dass die Nothwendigkeit der Tracheotomie nahegelegt war. Nach Aussetzen des Mittels schwanden die Respirationsbeschwerden. H. empfiehlt, da wir a priori nie zu sagen im Stande sind, wie das Jod von dem Einzelnen vertragen wird, niemals mit Darreichung der gewöhnlichen grösseren Dosis des Mittels anzufangen.

Beschorner.

**Ueber die normale und pathologische Physiologie der Kehlkopfmuskeln.** (Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx.) Von Dr. Paul Raugé, Lyon 1890.

Das bisher übliche Schema der Kehlkopfmuskeln, welches 9 zumeist den Giessbeckenknorpel um eine verticale Axe drehende Muskeln aufwies, von denen nur der M. crico-arytaenoideus die Stimmritze erweiterte, hält einer genaueren Kritik nicht stand und die klinischen Beobachtungen lassen sich nur gezwungen damit in Einklang bringen.

Abgesehen von der Epiglottis, die nur ein accessorischer Deckel ist, besteht das Kehlkopfgerüst aus einem fixen Theil, dem Ringknorpel, eigentlich nur einem obersten, etwas modificirten Trachealringe und drei beweglichen Hebeln, dem Schild- und den beiden Giessbeckenknorpeln, welche den Stimmbändern und den diese bewegenden Muskeln zum Ansatz dienen.

Untrennbar von einander im hinteren Winkel des Schildknorpels fixirt, können die Stimmbänder nur in Winkelform und zwar durch Auseinanderweichen der Giessbeckenknorpel klaffen. Der vordere Theil der Stimmbänder ist nur einer Bewegung nach vorn fähig, wenn der M. crico-thyreoideus den Schildknorpel in diesem Sinne zieht. Beide Stimmbänder werden dann verlängert und gespannt, wenn nicht ihr Ansatzpunkt, die Giessbeckenknorpeln, dem Zuge vorwärts nachgeben.

Gerade diese Frage der Contraextension und der Fixation der Cartilag. cricoideae gegenüber dem durch die Stimmbänder auf sie übertragenen Zuge bereitet die hauptsächlichste Schwierigkeit.

Man hatte den Giessbeckenknorpeln eine Stabilität zugeschrieben, die sie den Ligamentis crico-arytaenoideis und der Gelenkkapsel verdanken sollten, die sie aber durchaus nicht besitzen, wie man sich an der Leiche überzeugen kann.

Die Fixation wird vielmehr durch das Zusammenwirken der Musc. crico-arytaenoid. lateralis, thyreo-arytaenoideus externus und crico-

arytaenoid. posticus im Momente der Phonation geliefert, eine hauptsächlich von Jelenffy gestützte Theorie. Die Rotation der Giessbeckenknorpel findet nicht um die allgemein angenommene verticale Axe statt, sondern für die verschiedenen Muskelgruppen giebt es distincte Axen. Es wirken auf ihn 3 Kräfte ein, 2 ziehen ihn nach vorn: das Stimmband und der *M. crico-arytaenoid. lateralis*; die dritte ist der *M. crico-arytaenoid. posterior*, von welchem das Gleichgewicht abhängt und dessen Angriffspunkt zwischen die der beiden vorwärts ziehenden Kräfte fällt. Die gleichzeitige einander entgegengesetzte Wirkung dieser drei Muskeln bringt die zur Spannung der Stimmbänder erforderliche Fixirung der Giessbeckenknorpel zu Stande. Die Rotation derselben nach innen, um die Stimmbänder zur Phonation einander zunähern geschieht durch das Zusammenwirken der *Mm. crico-arytaenoid. lateralis* und *posterior*. Nur den inneren Fasern des *M. crico-arytaenoid. posterior* fällt diese Function zu, die ganze äussere Portion wirkt, wie man schon früher erklärte, als *Abductor* der *Processus vocales* und somit als *Stimmritzen-Erweiterer*.

Da man äusserer Umstände halber weder durch electriche Reizung der Nerven oder einzelnen Muskeln direct, noch durch Durchschneidung der Nervenfasern die Functionen eines isolirten Muskels erfahren kann, sah Verf. sich genöthigt, wie Jelenffy seine Zuflucht zum Experiment am Cadaver, am Kehlkopfe des Ochsen, der genau denselben Bau zeigt wie der menschliche, zu nehmen. Man bemerkt, dass sich hier die *Cartilago arytaenoidea* nach allen Seiten leicht verschieben lässt, am weitesten in einer Art von Neigung nach vorn, gefolgt von einer Aufrichtung nach hinten. Nach Eröffnung der Kapsel sieht man, dass Form und Richtung der Gelenkflächen dieser Bewegung entsprechen. Die *Articulatio crico-arytaenoidea* hat die Form einer Rolle und erinnert an das Ellbogengelenk. Der *Process. muscularis* mit den an ihm inserirten Muskeln ähnelt, besonders von rückwärts gesehen, dem *Olecranon* und hat auch eine der *Cavitas sigmoidea* ähnliche Gelenkfläche. Uebt man einen Zug auf den Körper des *Crico-arytaenoideus posticus* in der Richtung der in dem von ihm gebildeten Fächer median gelegenen Fasern, so sieht man den *Aryknorpel* sich von vorn nach hinten aufrichten, die *Processus vocales* sich erheben und etwas nach aussen drehen. Der Gesamteffect ist eine energische Spannung der Stimmbänder, wenn man vorher den Schildknorpel fixirt, oder besser noch herabgedrückt hat (und damit die Wirkung des *M. crico-thyroideus* imitirt).

Während jedes Phonationsactes wirken alle Muskelkräfte zusammen, nicht jedoch, um einen sichtbaren Bewegungseffect hervorzurufen, sondern nur eine Art latente Action: die Spannung der Stimmbänder. Der *Musc. crico-arytaenoid. posticus* wirkt nicht nur dem Zug seiner Antagonisten sondern auch der Schwere und Elasticität entgegen. Von der adducirenden Wirkung, die ihm Jelenffy zuschreibt, konnte sich R. nicht überzeugen. Er hält ihn vielmehr für einen *Glottiserweiterer* und *respiratorischen Muskel*. Letztere Eigenschaft ist jedoch die nebensächliche, weil sie nur bei tiefer *Respiration* zur Geltung kommt, denn die Erweiterung der Glottis zum gewöhnlichen *Inspirium* ist ein passiver, nicht durch *Muskelaction*, sondern durch die *Elasticität* der Stimmbänder hervorgerufener Vorgang. Während nun die Erweiterung der Glottis zu tiefer

Respiration nur einer geringen Muskelthätigkeit bedarf, erfordert die Adduction der Stimmbänder zur Tonbildung viel mehr Anstrengung, es werden dazu alle contractilen Elemente aufgeboten.

Eine Lähmung der Glottiserweiterer kann auch nie Erstickung verursachen, denn die Stimmritze bleibt auch ohne Muskelaction offen, wohl aber kann Asphyxie durch Spasmus der Adductoren zu Stande kommen. — Seit Gerhardt bezeichnet man unter dem Namen „Lähmung der Glottiserweiterer“ kritiklos alle Zustände, bei denen die Stimmbänder dauernd neben der Mittellinie stehen. Krause und Jelenffy machten aufmerksam, dass es sich hierbei meist um einen Krampf der Constrictoren handle.

Wegen der Wichtigkeit des *M. crico-arytaenoid. posticus* bei der Stimmbildung kann von seiner Lähmung nicht die Rede sein, wenn die Phonation unverändert ist. Die Integrität der Phonation, welche bei Lähmung der Abductoren beobachtet wurde, ist immer nur eine relative, aber für scharfe Töne reicht sie nicht hin, weil die für solche nöthige Spannung der Stimmbänder die Mitwirkung des *Crico-arytaen. postic.* fordert. Ausserdem ist ein objectiver Beweis das oft beobachtete laryngoscopische Bild: Nachvorgesunkensein des Aryknorpels und Verkürzung des Stimmbandes, wodurch die Glottis ein ganz unsymmetrisches Aussehen bekommt. Denkt man nun an die vorerwähnte Retrofixation durch den *Crico-arytaenoid. postic.*, so wird zur Evidenz, dass der Fall des Knorpels nach vorn zu Stande kam durch das Nachlassen des Muskels und die überwiegende Wirkung seiner Antagonisten.

Dr. Hitschmann.

### III. Kritiken.

**Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes.** Enthaltend 77 Figuren auf 40 Tafeln in Farbendruck und 8 Zeichnungen. Bearbeitet von Dr. Otto Seifert, Privatdocent in Würzburg und Dr. Max Kahn, Specialarzt in Würzburg. Wiesbaden 1895.

Der bisherige Mangel eines zusammenfassenden Werkes über die Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes hat die Verfasser bestimmt, das vorliegende Werk herauszugeben. Es soll die feinere pathologische Anatomie der betreffenden Krankheitsformen zur Anschauung bringen und so dem Studirenden zur Erleichterung seines Studiums, dem Lehrenden zu didactischem Zwecke dienen.

In der That liegt uns damit ein Werk vor, welches dem genannten Zwecke in glänzender Weise entspricht und als eine hervorragende Bereicherung unserer Literatur anzusehen ist. Der Schilderung der krankhaften Veränderungen wird, gleichsam als Einleitung, eine exacte Beschreibung der betreffenden normalen Gebilde vorausgeschickt, was ganz besonders dem Autodidacten sehr zu Statten kommen wird. Die Beschreibung der ausserordentlich gelungenen chromolithographischen Abbildungen, welche nach microscopischen Präparaten in der Universitätsbuchdruckerei des Herrn Stürtz angefertigt sind, ist eine klare und erschöpfende, und von Seite des Verlegers wurde kein Opfer gescheut, um das Werk als Prachtwerk erscheinen zu lassen. So haben die

Autoren und der Verleger ihr Bestes gethan und wir zweifeln nicht daran, dass dieser ausgezeichnete Atlas die beste Aufnahme und weiteste Verbreitung finden wird.  
Gruber.

**Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Mund- und Halskrankheiten.** Unter ständiger Mitarbeit anderer Collegen herausgegeben von Dr. Maximilian Bresgen in Frankfurt a. M. Halle a. S., Verlag von Karl Marhold 1895.

Der Herausgeber dieser Abhandlungen, unser verdienstvolle Colleague Herr Dr. M. Bresgen, hat sich die Aufgabe gestellt, im Vereine mit mehreren Collegen von gutem wissenschaftlichen Rufe „mit grösster Sorgfalt seine Verbindungsfäden, die alle Körpertheile miteinander verknüpfen, in den verschiedenen Krankheitsbildern aufzusuchen und ihr Verhältniss zu einander klar zu legen“. Die Aufgabe ist eine sehr löbliche und verdient die eifrigste Förderung von allen Seiten.

In dem uns vorliegenden I. Hefte finden wir eine Abhandlung aus der Feder des Privatdocenten Dr. H. Suchanek in Zürich unter der Aufschrift: „Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus“. Es gebriecht uns heute an Raum, um über diese interessante und lehrreiche Arbeit ausführlich zu referiren, wir werden dies aber in einer der nächsten Nummern nachtragen, sowie wir überhaupt diesen wissenschaftlichen Abhandlungen fortan unsere Aufmerksamkeit zuwenden und mit deren Inhalt unsere Leser in ausreichender Weise bekannt machen wollen.  
Gruber.

## I N H A L T.

1. Originalien: Schrötter: Ein Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des Scleroms der Luftwege. — Ziem: Nochmals die Ueberschätzung der Durchleuchtung der Kieferhöhle. — Alt: Ueber den Ausfall der Gehörsperception auf einem Ohre. — Schmidt: Bericht über die Verhandlungen des Vereins ffr innere Medicin über die Diphtherieheilserumfrage in den Sitzungen am 2. und 3. April 1895 in München. — II. Referate: a) Otologische: Zwaardemaker: Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmendem Alter. — b) Rhinologische: Schadewaldt: Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. — Alexander: Bemerkungen zur Anatomie des „blutenden Septumpolypen“. — Scheier: Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. — Heiman n: Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. — Spiess: Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand. — Witzel: Meine Erfahrungen in der Behandlung der Eiterungen in der Highmorshöhle. — Hopmann: Zwei weitere Fälle von completer einseitiger Choanalatrie. — Verneuil: Behandlung der Nasenrachepolypen. — Guillaume: Ueber adenoide Vegetationen des Nasenrachensraumes und besonders über deren Diagnose und ihre Behandlung mittelst des Fingers. — Knight: Torticollis nach Entfernung der Vegetationen des Nasenrachensraumes nebst Bemerkungen über Nasenreflexe. — Newcomb: Tödliche Blutung nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachensraumes. — Wroblewsky: Ueber die Anwendung des Antipyrins als Anästheticum bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. — Engelmann: Der Stirnhöhlenkatarrh. — c) Pharyngo-laryngologische: Battle: Syphilitische Verengerung des Schlundes. — Collier: Neuralgie des Trigemini. — Vincent: Ueber die Veränderungen des Plexus cardiacus bei Herzparalyse nach Diphtheritis. — Rocaz und Moussons: Prophylaxe und Behandlung der Bronchopneumonie, welche nach der Tracheotomie bei Diphtheritis eintritt. — Rangé: Der Canalis incisivus und das Jacobson'sche Organ. — Bécélère: Der Thyroidismus und sein Verhältniss zur Basedow'schen Krankheit und zur Hysterie. — Schmiegelow: Zwei Fälle von acutem Jodödem des Larynx. — Rangé: Ueber die normale und pathologische Physiologie der Kehlkopfmuskeln. — III. Kritiken: Seifert und Kahn: Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. — Bresgen: Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Mund- und Halskrankheiten.

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

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz),  
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

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

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. Bescherer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gempers (Wien), Dr. Helmze (Leipzig), Dr. Hepmann (Cöln), Prof. Dr. Jurass (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirehner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Szedl (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schnapfänger (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. H. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Ströbling (Greifswald), Dr. Well (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. XXIX.

Berlin, Juni 1895.

No. 6.

## I. Originalien.

### Ueber Morbus Ménièrei.

Vortrag,

gehalten in der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft am 28. Mai 1895

von

Prof. Dr. Jos. Gruber.

Geehrte Herren!

Nach dem inhaltreichen Vortrag, den unser geehrter College, Herr Dr. von Frankl-Hochwart in letzterer Zeit im Wiener medicinischen Club über Morbus Ménièrei gehalten, schien es mir zweckmässig, dasselbe Thema auf's Programm der heutigen Sitzung zu bringen. Vielleicht gelingt es, hier im Kreise einer grösseren Zahl erfahrener Fachcollegen eine Discussion über diesen Gegenstand anzuregen und als Ergebniss einer solchen bestimmte Regeln aufzustellen, welche bei der Diagnose sowohl, wie bei der Prognose und Behandlung des fraglichen Leidens zu beobachten wären.

Es ist eine Thatsache, dass das Wesen des Morbus Ménièrei, seit die internen Aerzte der Krankheit mehr Aufmerksamkeit zuwandten, vollends seit Charcot ein probates Mittel dagegen im Chinin entdeckt zu haben vermeinte, oft sehr verschieden aufgefasst wurde, und Sie Alle

wissen so wie ich, dass man häufig bei Patienten, wenn einzelne oder sämtliche dem Morbus Ménièrei zukommende Erscheinungen, namentlich also die Trias: Schwindel, subjective Hörempfindung, Taubheit, aufgetreten sind, die Diagnose Morb. Ménière machte, obwohl häufig ganz andere Leiden diese Symptome zu Stande brachten. Die Ohrenärzte glaubten eine Remedur zu schaffen, indem sie zwischen Ménière'schen Erscheinungen und Morbus Ménièrei unterschieden, und ich selbst habe bis jetzt diese Distinction als practisch anerkannt, bis ich mich überzeugte, dass auch damit nicht viel gedient ist; denn so oft diese Erscheinungen bei einem Kranken auftauchen, wird doch zunächst nur an Ménière'sche Krankheit gedacht und das Heilverfahren darnach eingerichtet. Meines Erachtens wäre es daher am allerbesten, die Bezeichnung „Ménière'sche Erscheinungen“ ganz fallen zu lassen und mit dem Namen „Morbus Ménièrei“ nur jene Zustände zu bezeichnen, welche, conform der ursprünglichen Auffassung Ménière's, diesen Namen thatsächlich verdienen.

Bekanntlich hat Ménière die von ihm zuerst beschriebene Krankheitsform auf die Versuche von Flourens über die Bedeutung der halbkreisförmigen Gänge gestützt. Besonders die Ursache der Schwindelanfälle wurde auf Verletzung der halbkreisförmigen Gänge zurückgeführt.

Wenn Ménière auch später zugab, dass dieselben Erscheinungen auch vom Mittelohre aus, durch secundäre Affection des Labyrinthes, zu Stande kommen können, und wenn auch später nachgewiesen wurde, dass selbst vom äusseren Gehörgange aus ähnliche Erscheinungen ausgelöst werden können, so kann doch nicht in Abrede gestellt werden, dass es schliesslich immer die Labyrinthgebilde sind, welche in jenen Fällen, wo diese Erscheinungen vom Ohre ausgelöst werden, die Hauptrolle spielen, und nach den neuesten Lehren der Physiologie ist ja kaum daran zu zweifeln, dass es die Säckchen und die halbkreisförmigen Gänge zunächst sind, welche bei der Erzeugung des Schwindelgefühls in Frage kommen.

Nach meiner Meinung sollen wir aber genau unterscheiden, auch wenn wir mit Sicherheit wissen, dass wir es im gegebenen Falle mit einem Leiden zu thun haben, welches im Ohre selbst seinen Sitz hat, ob die Labyrinthaffection bloss Folgezustand eines anderen, etwa eines Mittelohrleidens ist, oder ob wir es mit einem in den betreffenden Labyrinthgebilden primär entstandenen zu thun haben. Die Diagnose wird uns in letzterem Falle nicht schwer sein, da uns ja unsere vorzüglichen objectiven Untersuchungsmethoden die Diagnose auf Mittelohraffection mit Präcision ermöglichen und wir andererseits bei Mangel solcher Erscheinungen und gleichzeitiger Anwesenheit der in Rede stehenden Symptome, welche auf Labyrinthleiden deuten, auch ebenso sicher auf Erkrankung dieser Gebilde schliessen können.

Ich glaube demnach, dass wir in allen jenen Fällen, wo wir die sogenannten Ménière'schen Erscheinungen im Verlaufe anderweitiger Erkrankungen des Hörorgans zu beobachten Gelegenheit haben, diese Benennung gar nicht gebrauchen und die Erscheinungen der zufälligen Complication zuschreiben sollten. Es könnte diese Complication durch Zusatz der weiteren Befunde zur primären Diagnose ihren Ausdruck finden.

Wenn ich aber, m. H., nach dem Gesagten das Wesen der Ménière'schen Erkrankung in einem primären Leiden der Labyrinthgebilde sehe, muss ich andererseits gleich hinzufügen, dass ich vor der Hand die Bezeichnung nicht auf die von Ménière zuerst angegebene Hämorrhagie in die Labyrinthgebilde beschränken möchte, sondern dass es meines Erachtens viel häufiger secretorische oder exsudative Prozesse in den betreffenden Gebilden sind, welche diese Erscheinungen veranlassen; ja dass, meiner Erfahrung gemäss, die Hämorrhagie nur ausserordentlich selten diesen Zustand erzeugt. Dass kleinere Blutextravasate in den Labyrinthgebilden vorkommen, davon habe ich mich an der Leiche nur zu oft überzeugt. Man findet in den Säckchen, in der Schnecke und in den halbkreisförmigen Gängen oft genug fertiges Pigment vor, welches aus Extravasaten entstanden ist; man findet es aber zumeist bei Individuen, die während des Lebens keine Spur von Schwindel etc. zeigten. Grössere solche Extravasate kommen auch vor, aber gewiss nur auf sehr bedeutende Insulte, wie bei Fracturen des Schädels, bei Menschen, welche in einem Raume arbeiten, wo ausserordentlich hoher Luftdruck besteht, wie ein solcher Fall vor einigen Jahren auf meiner Klinik vorkam, wo ein Arbeiter vollkommen gesund in eine Caisson bei einem Brückenbau stieg, nach wenigen Minuten mit allen Erscheinungen der Ménière'schen Affection herausgeholt wurde und trotz allem Dazuthun nach mehrmonatlichem Aufenthalt an der Klinik dieselbe ungeheilt verliess.

Ich habe früher erwähnt, dass die in Rede stehenden Erscheinungen auch durch secretorische und exsudative Prozesse ausgelöst werden können und Sie erlauben mir bei diesem Punkte einige Minuten stehen zu bleiben.

M. H.! Wir haben bis jetzt uns gewöhnt, unsere Aufmerksamkeit, wenn von Krankheiten der Labyrinthgebilde die Rede war, an die Hauptstücke des Labyrinthes, d. i. an Säckchen, halbkreisförmige Gänge und Schnecke zu denken. Und doch glaube ich, spielen in dieser Frage auch die Adnexen des Labyrinthes, ich meine die Wasserleitungen und ganz besonders ein Gebilde mit, dem man bis jetzt nur ein reines anatomisches oder höchstens noch ein physiologisches Interesse vindicirte, das aber gerade in dieser Frage von ausserordentlicher Bedeutung ist, und d. i. der Recessus Cotugni in der harten Hirnhaut, ein Cysternenraum, in welchen der Aquaeductus vestibuli führt.

M. H.! Ich habe mich der Mühe unterzogen, an mindestens 100 Schläfebeinen den Sacc. Cot. zu studiren und kann Ihnen sagen, dass ich da Befunde gemacht habe, die mir höchst bedeutungsvoll erscheinen. Bei Individuen von annäherungsweise demselben Alter finden wir den Saccus Cotugni von der verschiedensten Weite und Beschaffenheit. Es finden sich Schläfebeine von Erwachsenen, wo man Mühe hat, eine Höhle zu entdecken, in welche man einen Hanfkorn hineinlegen könnte, und gleich wieder eine solche, wo man eine grosse Bohne unterbringen kann. Ich besitze ein Präparat, wo der Saccus Cotugni überhaupt ganz fehlt und der Aquaeductus in einen scheinbar soliden Strang der Dura mater ausläuft. An einzelnen meiner Präparate sind die Blätter des Sackes durch vielfache Bindegewebszüge mit einander verwachsen und noch Anderes.



Auch betreff des *Aquaeductus vestibuli* bestehen grosse Varietäten und Anomalien und ich besitze Schläfebeine, wo die Endmündung des knöchernen Canals am macerirten Schläfebeine total fehlt, also ein mindestens normaler Abzug der Endolymphe nicht statthaben konnte.

Vergegenwärtigen wir uns diese Zustände in den Adnexen des Labyrinthes, können wir uns dann nicht ohne jeden Zwang vorstellen, dass schon durch sie allein in den häutigen Labyrinthgebilden und vorzugsweise in den Säckchen und halbkreisförmigen Gängen Folgezustände geschaffen werden können, welche die in Rede stehenden Erscheinungen hervorzurufen im Stande sind? Können wir uns nicht mit der grössten Leichtigkeit denken, dass bei mangelhaftem Abfluss der Endolymphe durch Verschluss des *Aquaeductus vestibuli* oder durch Verwachsung der Blätter des *Sacc. Cotugni* oder durch Obliteration der von Rüdinger nachgewiesenen Abzugscanälchen aus dem *Saccus Cotugni* eine vermehrte Ansammlung von Endolymphe stattfindet, die, wenn sie den Höhepunkt erreicht hat, vielleicht durch übermässigen Druck, vielleicht sogar durch Zerreißen der Gebilde mit gleichzeitigem Blutaustritt, diese Erscheinungen wie mit einem Schlage herbeiführt und uns das wahre Bild des *Morbus Ménièrei* bietet? Können wir nicht andererseits uns auch leicht ein Verhältniss vergegenwärtigen, wo durch Zufälligkeiten, wie z. B. bei übermässigem Genuss von Spirituosen, wegen starker Congestionen gegen den Kopf etwas mehr Endolymphe ausgeschieden wird, und weil die Abzugscanäle nicht sufficient sind, ähnliche Erscheinungen zu Stande kommen? Ich könnte dieses Thema noch weiter spinnen, glaube aber, es reicht das bis jetzt Gesagte hin, Sie zu überzeugen, dass der Zustand dieser Labyrinthadnexen bei der Erzeugung jener pathologischen Zustände, die die *Ménière'schen* Erscheinungen hervorzubringen im Stande sind, eine grosse Rolle spielt, und dass es häufig Anomalien der Secretion sind, welche diese Erscheinungen bedingen.

Dass schwere entzündliche exsudative Prozesse derartige Zustände herbeiführen können, ist ja längst bekannt und es zweifelt, wie ich glaube, heute Niemand mehr daran, dass die von *Voltoloni* beschriebene Labyrinthitis thatsächlich vorkommt.

Nach dem Gesagten komme ich zu der Ansicht, dass wir die Bezeichnung *Ménière'sche* Erscheinungen gänzlich fallen lassen sollen und dass wir in Zukunft mit *Morbus Ménièrei* nur primär im Labyrinthe auftretende Prozesse bezeichnen sollten, welche die Trias Schwindel bis zur Ohnmacht und Erbrechen, subjective Hörempfindung und Schwerhörigkeit oder Taubheit zu erzeugen im Stande sind. Die mit Fieber einhergehenden Prozesse, also die Labyrinthitis, können wir leicht davon separiren, für die anderen Categorien, wie für die rein apoplectiforme und diejenige, welche ich als die secretorische bezeichnen möchte, könnten wir, da wir sie nicht immer am Lebenden diagnostisch zu scheiden vermögen, den Namen *Morbus Ménièrei* beibehalten und dort, wo wir wirklich, wie bei Verletzungen, genauer zu diagnosticiren vermögen, die Diagnose genauer präcisiren. Ich bin gewiss, man wird in nicht zu langer Zeit, wenn man nur der Sache die nöthige Aufmerksamkeit zuwenden wird, das Vorkommen der secretorischen Form des *Morbus Ménièrei* als Thatsache anerkennen und für die Prognose und Therapie hieraus Nutzen ziehen.

Aus der Prof. Habermann'schen Universitätsklinik  
für Ohren-, Nasen- und Halskranke zu Graz.

## Zur Pathologie der „blutenden Septumpolypen“.

Von

Dr. Carl Biehl.

Im vergangenen Jahre kamen im Ambulatorium der hiesigen Klinik zwei Fälle von „blutenden Septumpolypen“ zur Beobachtung, deren genauere Beschreibung ich der Mühe werth halte, nicht allein wegen ihrer nicht allzu grossen Häufigkeit, sondern auch, weil sie in der That histologisches und klinisches Interesse erwecken müssen. Gehören ja doch Blutgeschwülste der Nasenschleimhaut im Allgemeinen nicht zu den täglichen Erscheinungen — selbst in einem stark besuchten Ambulatorium —, um so mehr aber solche, welche ihren Sitz an der Nasenscheidewand haben. Lange in Kopenhagen erwähnt als Erster diese Geschwülste. Schadowaldt nannte sie „blutende Septumpolypen“, und seither sind eine Reihe gleichartiger Fälle beobachtet, mit denen die vorliegenden eine Anzahl von Merkmalen gemein haben.

Aus der Krankengeschichte ist nun Folgendes zu erfahren:

(D. 980.) Tsch. J., 19jährige Kellnerin, besuchte am 4. Juni v. J. das hiesige Ambulatorium und giebt an, seit vergangemem Winter keine Luft durch die Nase, namentlich rechts, zu bekommen; sie bekam damals fast täglich Nasenbluten; es wiederholte sich dies durch längere Zeit, worauf sie merkte, dass ihr in der rechten Nasenhälfte langsam eine Geschwulst wachse.

Die Untersuchung ergab einen Polypen, von der rechten Septumwand ausgehend, die Nase vollständig verlegend. Am nächstfolgenden Tage wurde derselbe mit der kalten Schlinge entfernt, die Ansatzstelle mit dem Galvanocauter gebrannt; Patientin wurde geheilt entlassen.

Die nähere Untersuchung der Geschwulst (Härtung in Alcohol, Färbung mit Hämatoxylin-Eosin, Hämatoxylin-Giesson, Boraxcarmin-Picrinsäure) ergab nun Folgendes: Die Oberfläche der Geschwulst deckt, mit Ausnahme der Ansatzstelle, theils Cylinder-, theils typisch angeordnetes Plattenepithel. Letzteres entspricht hauptsächlich den dem Naseneingang nahegelegenen Partien, da diese dort leicht Reizen mechanischer und traumatischer Natur ausgesetzt sind, eine Epithelmetaplasie also leichter möglich ist. Das Gerüst des Tumors besteht aus einem lockeren Bindegewebe, das an der Basis aus zarten Fibrillen, ähnlich dem der gewöhnlichen Schleimpolypen zusammengesetzt erscheint; in diese sind eingelagert spärliche, theils rundliche, theils mehr gestreckte Zellen. Stellenweise sind diese Bündel dichter aneinandergereiht, zellärmer und schieben sich scheidewandartig in's Innere vor. Eingeschlossen von dieser förmlichen Capsel, aber auch unabhängig von ihr sieht man eine grosse Zahl theils kleiner, theils grösserer, meist unregelmässig gestalteter Hohlräume, welche fast die ganze Geschwulst einnehmen und sich sowohl als Venen, als auch als Arterien kennzeichnen. Um diese herum sieht man eine starke Infiltration von Rundzellen. An den Arterien tritt ausser der Erweiterung auch eine colossale Verdickung der Wandung hervor, die sich sowohl in einer Dickenzunahme der Media, als auch, und beinahe vornehmlich, in

einer Wucherung der Intima äussert. Letztere ist stellenweise so weit gediehen, dass förmliche Endothelzapfen in's Lumen der Gefässe ragen, welche auf manchen Schnitten so getroffen sind, dass sie als im Gefässraum freiliegende Körper imponiren, welche aus zwiebelschaalenartig angeordneten Endothelzellen bestehen. Dass es wirklich gewucherte Endothelien sind, steht ausser Frage.

Der zweite Fall betraf eine 47 Jahre alte Frau Z. M. (D. 1986), welche am 24. November das Ambulatorium besuchte. Dieselbe klagte über seit 6 Wochen sich stets häufiger wiederholendes und heftigeres Nasenbluten aus der rechten Nase, weshalb sie sogar öfter des Nachts ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen musste; wieso diese heftigen Blutungen zu Stande kämen, weiss sie nicht anzugeben; als dieselben trotz oftmaliger Tamponade nicht aufhörten, suchte sie das hiesige Ambulatorium auf.

Die Untersuchung ergab: Rechts an der Nasenscheidewand ein kirschengrosser, leicht blutender Tumor von fleischiger Beschaffenheit. Derselbe berührt die untere und zum Theil die mittlere Muschel. Am nächstfolgenden Tage Entfernung derselben mit der galvanocaustischen Schlinge, worauf eine mässige Blutung erfolgte; Jodoformgazetampon. Tags darauf wurde dieselbe entfernt und die Frau, da keine Blutung mehr eintrat und die Wunde schön aussah, geheilt entlassen.

Die microscopische Untersuchung der Geschwulst (Fixirung in Sublimat, Färbung wie früher) ergibt nun Folgendes: Soweit Epithel vorhanden ist, kennzeichnet sich dasselbe als typisches Plattenepithel; dass das Oberflächenepithel nicht mehr vollständig erhalten ist, hat sicherlich darin seinen Grund, dass eine Tamponade, soll sie ihren Zweck erreichen, kein gerade zarter Eingriff ist. Die subepitheliale Zone ist deutlich kleinzellig infiltrirt, an einzelnen Stellen derart und in so gleichmässiger Weise, dass bei schwacher Vergrösserung das zarte bindegewebige Stroma nicht zu erkennen ist. Letzteres ist überhaupt äusserst spärlich vertreten, und sind die einzelnen zarten Fibrillen noch durch reichliche Blutungen zwischen dieselben auseinander gedrängt. Der Hauptmasse nach besteht die ganze Geschwulst nur aus theils kleineren, theils grösseren, vielfach unregelmässig gestalteten Hohlräumen, welche meist Capillar- oder Venencharacter tragen. Auch hier sieht man wiederum an einzelnen Stellen, und zwar meist im Centrum, eine beträchtliche Wucherung der Endothelien, welche an einzelnen Parteen so weit gediehen ist, dass daselbst das Gewebe derber, consolidirter erscheint; hier und da erscheinen sie zellig infiltrirt. Sowohl die Bluträume selbst sind strotzend mit Blut gefüllt, als auch solches in's Gewebe selbst ausgetreten erscheint; dass letzteres nicht allein Folge der Operation ist, zeigen deutliche hyaline Schollen.

Die pathologisch-anatomische Diagnose beider Geschwülste lautet also: Angioma cavernosum verum. Einen Unterschied zwischen beiden könnte man sich insofern erlauben und die erstere als ein Angioma cavernosum circumscriptum s. capsulatum, letztere als ein A. c. diffus. bezeichnen, als bei jener einzelne Theile der Geschwulst, in denen Gefässanhäufungen zu treffen, streng abgegrenzt sind gegen die Nachbarschaft durch eine besondere Kapsel, bestehend aus neugebildetem Bindegewebe. Je nachdem nun die Kapsel jünger oder älter ist, hat auch das Binde-

gewebe eine verschiedene Dicke und Zusammensetzung. In jüngeren Lagen findet man zahlreiche Kernzellen, die bald klein und rund, bald spindel- und netzförmig sind; in älteren sind die Zellen seltener, die Zwischensubstanz derber. Beiden Geschwülsten ist eine colossale Wucherung des Endothels eigen, ein Vorkommniß, welches sonst sehr schön und häufig bei den Leberangiomen zu finden ist; hier geht dieselbe manchmal so weit, dass die ganze Gefäßgeschwulst förmlich consolidirt.

In klinischer Beziehung bilden die Hauptbeschwerden der Kranken die starken, manchmal sogar beängstigenden Blutungen, die sich in kurzen Zwischenräumen wiederholen; dazu kommt noch hier und da die Klage über „Verstopftsein“ der Nase.

Ueber die Dauer des Leidens befragt, wird die Angabe gemacht, dass es erst einige Wochen, selten einige Monate bestehe, woraus also zu schliessen ist, dass das Wachsthum der Geschwulst ein äusserst rasches, explosives (Schadewaldt) zu nennen wäre. Möglicher Weise, dass als Anfangsstadium jenes zu bezeichnen ist, wo bei habituellem Nasenbluten der klinische Befund ein erweitertes Gefäss oder eine ausgedehnte, leicht blutende Auflockerung der Schleimhaut, manchmal sogar schon eine winzige Geschwulst, entweder breitbasig aufsitzend, nicht selten aber kurz gestielt, aufweist, worauf ebenfalls schon Schadewaldt seine Aufmerksamkeit richtete. In solchen Fällen handelt es sich aber noch nicht um eine Neubildung, sondern blos um eine Erweiterung und vermehrte Schlingelung bereits vorhandener Gefässe, weshalb hier auch eine zeitweise vorübergehende Abschwellung wieder möglich ist. Bei ihrer grossen Zartheit im Bau einerseits, der jeglichen Insulten ausgesetzten Lage am vorderen Ende des Septums nahe am Naseneingang andererseits ist es nur zu leicht erklärlich, dass diese Gebilde, da sie beim jedesmaligen Reinigen der Nase oder gar Fingerbohren und dergl. heftig bluten, durch diese fortwährend ausgeübten Reize nicht zur Ruhe kommen, sondern im Gegentheile rasch an Grösse zunehmen. Hopmann bezeichnet derartige Tumoren als „teleangiectatisch“. Schwager sagt darüber: „Immerhin besteht zwischen beiden Arten eine nahe Verwandtschaft, die man vielleicht am besten dahin deutet, dass die teleangiectatischen Tumoren lediglich Uebergangsformen zum cavernösen Angiom darstellen.“

Wie in den meisten bekannten Fällen, so waren auch hier die Trägerinnen der Geschwulst Weiber in den mittleren Lebensjahren, bei denen die Menses noch nicht sistirten. Sollten es vicariirende Menstruationserscheinungen sein, worauf schon B. Fränkel vor Jahren verwiesen hat?

Beide Male war der Sitz der Geschwulst, abweichend von der Regel, an der rechten Seite des Septums, und zwar knapp am Naseneingang.

Was schliesslich den erforderlichen operativen Eingriff anbelangt, so wurde die Geschwulst in dem ersteren Falle mit der kalten Schlinge entfernt, die Ansatzstelle mit dem Galvanocauter gebrannt; im zweiten Falle kam gleich die GlühSchlinge in Anwendung. Beide Male war der Eingriff von Erfolg; die Blutung war so gering, dass die Patientinnen, nachdem vorsichtshalber die Nase tamponirt wurde, ruhig nach Hause gehen konnten. Trotzdem wäre für die Zukunft vielleicht gleich die GlühSchlinge vorzuziehen.

Wenn man nun die bisher veröffentlichten Fälle samt vorliegenden zwei Geschwülsten mit einander vergleicht, so muss man zugeben, dass sie wohl alle den Namen „blutende Septumpolypen“ als klinische Bezeichnung vollauf verdienen, in microscopischer Hinsicht jedoch sehr von einander zu trennen sind.

Schadewaldt hat diesen Namen eingeführt und betont dabei ausdrücklich, dass es sich um eine typische Erkrankung auf dem Gebiete der Rhinologie handelt. „Ich glaube, wer nur ein Mal als Rhinologe einen derartigen Fall beobachtet und behandelt hat, wird sich bei dieser Bezeichnung sofort desselben entsinnen. Wer zweimal einen solchen Fall in seiner Praxis gehabt hat, dem wird auch wohl schon selber die Gleichartigkeit beider Fälle aufgefallen sein.“ Die klinischen Erscheinungen rechtfertigen den Namen durchaus, nicht so das microscopische Bild, worauf auch schon Alexander aufmerksam macht. Seinem Schlusssatze: „Wir sollten daher diese Bildungen nur nach ihrem microscopischen Bau benennen und somit auch auf diesem Gebiete die Virchow'sche Forderung erfüllen“ kann man daher nur vollinhaltlich beistimmen.

#### L i t e r a t u r.

- Virchow: Die krankhaften Geschwülste.  
Ziegler: Lehrbuch der pathol. Anatomie, I. Th.  
Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege.  
Burckhardt, H., Internat. Centralbl. f. Laryngologie III, pag. 372.  
Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.  
4. Auflage.  
Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase, übersetzt von Dr. Felix Semon.  
Hopmann: Wiener med. Presse 1863.  
Schwager: Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. Archiv für Laryngol. und Rhinologie von Fränkl. Bd. I.  
Voltolini: Die Krankheiten der Nase und des Nasenracheuraum's.  
Lange: Wiener med. Presse No. 52, 1892.  
Schadewaldt: Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. und Rhinologie von Fränkl. Bd. I, 1894.  
Alexander: Bemerkungen zur Anatomie der blutenden Schlcimpolypen. Ibidem.  
Scheier: Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Ibidem.  
Heymann: Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. Ibidem.  
Natier, Policlinique de Paris. Revue internat. de Rhinologie, Otologie und Laryngologie. 4<sup>e</sup> Année No. 21.  
Seifert-Kahn: Atlas der Histopathologie der Nase, Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes.
-

## Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica.

Von

Dr. Krebs, Hildesheim.

Während in den statistischen Berichten fast aller Halsambulatorien die „trockene oder atrophische“ Pharyngitis und Laryngitis einen grossen Platz einnimmt, habe ich selbst nie Veranlassung gehabt, diese Diagnose zu stellen. Wohl aber habe ich eine Reihe von Patienten beobachtet, welche von anderer Seite, und zwar von meist namhaften Specialisten, an dieser Krankheit behandelt worden waren, und bei welchen ich mich überzeugen konnte, dass in Wirklichkeit andere Affectionen vorlagen.

Ich lasse zunächst zwölf solche Krankengeschichten folgen, welche ich im letzten Jahre notirt habe, und bespreche im Anschluss daran die Anschauungen, welche ich über die Existenz resp. Nicht-Existenz der Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica gewonnen habe.

Krankengeschichte I. Fr. E., 26 Jahre alt, aufgenommen den 10. Novbr. 1893, leidet seit 13 Jahren angeblich in Folge von Diphtherie an Verschleimung und Trockenheitsgefühl im Halse, Heiserkeit, Schnupfen und üblem Geruch aus der Nase. Wurde von mehreren Seiten an Ozaena, trockener Rachen- und Kehlkopfsentzündung, Verdacht auf Kehlkopfschwindsucht mit Pinseln, Bädern und klimatischen Kuren behandelt. Befund: mässige Atrophie der unteren Nasenmuschel, beide Nasenhöhlen mit gelbgrünem, stinkendem Eiter ausgekleidet. Derselbe ist zum Theil zu Borken eingetrocknet, zum Theil zäh flüssig. Der Eiter befindet sich an beiden Seiten der mittleren Muschel und in dem unteren Nasengang. Oberzähne bis auf die Molares beiderseits fehlend; die cariösen Wurzeln der Prämolares stecken noch in den Alveolen. Im Nasenrachenraum viele Borken; der orale Theil der Rachenschleimhaut glänzend, wie lackirt, anscheinend dünn, geröthet. Kehlkopf von zierlichem Bau, mässig injicirt, unterhalb der Glottis graugrüne Borken.

Anfangs stellte ich die Diagnose auf Ozaena nasi mit theilweisem Abfluss des Eiters nach Rachen und Kehlkopf. Die geringe Atrophie der Nase jedoch und die Beschaffenheit der Oberzähne legten, trotzdem manche Symptome dagegen sprachen (Eiter zu beiden Seiten der mittleren Muschel, Fehlen eines Granulationspolsters am Sinus semilunaris), den Gedanken an ein Empyem der Oberkieferhöhle nahe. Ich bohrte zunächst den rechten Oberkiefer an (vom unteren Nasengang mit dem Krause'schen Troicart) und entleerte beim Durchspülen eine grosse Menge käsigen, derart stinkenden Eiters, dass die assistirende Krankenschwester ohnmächtig wurde. Acht Tage darauf eröffnete ich die andere Kieferhöhle und auch hier wurde derselbe Eiter angetroffen. In die Öffnungen wurden Celluloidröhrchen gelegt und durch dieselben die Kieferhöhlen mit Borsäurelösungen ausgespült. Verschiedene Zufälle mit der Canüle veranlassten mich, von der Alveole der letzten Prämolares (die cariösen Wurzeln waren vorher sämmtlich extrahirt) beiderseits neue Öffnungen anzulegen und in dieselben silberne Canülen einzuführen.

Zur Zeit ist die Eiterung im Oberkiefer noch nicht völlig versiegt — es lassen sich täglich zwei bis drei Flocken herauspritzen —, aber die

Beschwerden der Patientin sind vollständig gehoben. Der üble Geruch verschwand sofort, nach einigen Tagen auch das Gefühl der Trockenheit im Halse, das lackirte Aussehen der Rachenschleimhaut und die Borken im Kehlkopf. Diese Erscheinungen waren also nur dadurch hervorgerufen, dass der Eiter von der Kieferhöhle nach der Nase und von dort nach dem Halse geflossen war. Auf der Rachenschleimhaut hatte er sich gleichmässig vertheilt und dadurch das „lackirte“ Aussehen bewirkt. Im Kehlkopf war er zu Borken eingetrocknet.

Diese objectiven und subjectiven Halserscheinungen fand ich bei den meisten Fällen von Kieferhöhlen-Empyemen, und wenn dabei vorher anderweitig das Grundleiden übersehen worden war, so war naturgemäss die Diagnose „Pharyngitis sicca“ gestellt worden. So geschah es bei

Krankengeschichte II. Ingenieur L. aus Berlin, 37 Jahre alt, aufgenommen 18. Juli 1893, klagt seit Monaten über Heiserkeit, Räuspern und Trockenheit im Halse. Die Erscheinungen lassen zeitweise nach, kehren aber immer wieder. Wurde von sehr schätzenswerther Seite an chronischem Catarrh des Rachens und Kehlkopfs mit Pinselungen behandelt, anderweitig an Laryngitis sicca, wollte, da er von Berlin beruflich hierher versetzt war, die Behandlung von mir fortgesetzt haben. Befund: leichte Röthung des Rachens von dem vorderen Gaumenbogen an; in der Mitte der hinteren Rachenwand zieht sich ein glänzender, firnissähnlicher Streifen herunter. Stimmbänder grauroth verfärbt, bewegen sich normal. Ich setzte zunächst ein paar Tage die Pinselungen mit Mandl'scher Lösung fort; als ich nach einigen Tagen die Nasenhöhle besichtigte, was ich hier ausnahmsweise im Vertrauen auf die vorherige anderweitige Untersuchung unterlassen hatte, bot sich folgender überraschender Befund: links: normal; rechts: grünlich-gelber, nicht riechender Eiter in der ganzen Nasenhöhle, nach dem Ausspritzen desselben sieht man sofort unterhalb der mittleren Muschel neuen Eiter hervorquellen. Die laterale Nasenwand unterhalb derselben teigartig hypertrophisch, mit der Sonde etwas verschiebbar, von blauröthlicher Farbe. Dieselben Granulationspolster sieht man an der lateralen Wand der mittleren Muschel. Zähne beiderseits gesund. Diagnose: Empyem einer rechten Nasennebenhöhle, wahrscheinlich der Kieferhöhle. Ich schlug dem Patienten eine Probeeröffnung derselben vor, welche er aus Berufsgründen verschoben wünschte; für die Zwischenzeit verordnete ich Durchspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit Borsäurelösungen und untersagte das Herunterziehen des Nasensecrets nach dem Halse. Die Pinselungen wurden natürlich abgebrochen. Unter dieser Therapie fühlte Patient solche Erleichterung, dass er die Operation immer weiter aufschob, bis er schliesslich die Stadt verlassen musste.

Krankengeschichte III. M. G., Spinnerin, 23 Jahre, aufgenommen November 1893. Leidet seit 3½ Jahren, vielleicht aber noch länger, an Schnupfen, welcher zeitweise übel roch. Sie merkte, dass der Nasenschleim häufig nach dem Halse floss und daselbst Kratzen und Trockenheit erzeugte. Schwerhörigkeit beiderseits. War bisher an Ozaena und trockenem Rachencatarrh ohne Erfolg behandelt. Befund: chlorotisches, schlecht genährtes Mädchen; Nase beiderseits mit grünlichen Borken ausgekleidet, sonst links normal, rechts untere Muschel atrophisch, mittlere in ihrer gesammten Ausdehnung mit graugelblichen und blauröthlichen,

schmal und breit aufsitzenden, polypösen Wucherungen bedeckt. Zwischen diesen gelangte ich mit der Sonde auf raue Knochenstellen. Pharynxschleimhaut dünn, glänzend, wie lackirt; Ohrbündel, links: Trommelfell stark einwärts gezogen und getrübt; rechts: stecknadelknopfgrosse Granulation in der perforirten Membrana Srapnelli, kein Eiter; Catheterismus beiderseits wegen Tubenenge nicht ausführbar. Nur bei der ersten Consultation zeigte sich der Eiter in beiden Nasenhöhlen; als er von mir durch gründliches Ausspritzen entfernt war, bildete er sich späterhin nur in der rechten wieder. Er war also durch den Nasenrachenraum von der rechten Nasenhöhle in die linke hineingeflossen. Diagnose: Empyem der rechten Siebbeinzellen mit Caries der mittleren Muschel. Die vorgeschlagene Resection der mittleren Muschel und Auskratzung der Siebbeinzellen wurde abgelehnt. Ich verordnete Nasendouchen dreimal täglich und untersagte das Nachhinterziehen des Eiters. Unter dieser Behandlung schwand die Trockenheit und der Glanz des Pharynx, ebenso die Tubenschwellung, so dass späterhin der Catheterismus normales Blasegeräusch ergab.

Krankengeschichte IV. P., Milchfuhrmann, 30 J., 15. März 1894, leidet seit 10 Jahren an Heiserkeit, Trockenheitsgefühl im Halse und Drang zum Räuspern; bisher ohne Erfolg an trockenem Rachencatarrh mit Pinselungen behandelt. Befund: Nase beiderseits mit reichlichem gelben Schleim gefüllt; Schleimhaut geröthet, Rachenschleimhaut zeigt zahlreiche hypertrophische vertikale Wülste, deren rosenkranzähnliche Form ihre Entstehung aus conglomerirten Granulis wahrscheinlich macht, stark geröthet, glänzend, wie lackirt. Kehlkopf ebenfalls geröthet, Stimmbänder sammetartig geschwollen, mit glänzendem Firniss. Patient zeigt die Gewohnheit, den Schleim von der Nase nach dem Halse zu ziehen. Nasenathmung ungehindert. Diagnose: chronischer Catarrh der Nase mit Herabfliessen des Secrets in den Hals. Secundärer Rachen- und Kehlkopfcattarrh. Therapie: das Herunterziehen des Schleimes wird untersagt, Nasenspülung mit Emser Wasser 2 Mal täglich; jeden zweiten Tag Pinselung des Rachens und Kehlkopfs mit 2—5 procentiger Höllensteinlösung. Heilung binnen drei Wochen; bis heute constatirt.

Krankengeschichte V. Kaufmann Bl. aus Alfeld, 23 Jahre, aufgenommen 15. Juli 1893, leidet seit Jahren an Heiserkeit, Trockenheit und Verschleimung im Halse; wurde mehrfach vergeblich mit Jod- und Höllensteinpinselungen an „trockenem Rachencatarrh“ behandelt. Befund: Nase etwas hyperämisch; wenig grüngelber Schleim an verschiedenen Stellen. Im Nasenrachenraum viel Schleim. Der orale Rachenheil geröthet, zum Theil hypertrophisch, firnissartig glänzend, in der Mitte eine gelbgrüne Schleiminsel; Stimmbänder stark geröthet, mit abgerundeten Rändern. Es besteht die Gewohnheit, etwa alle Minute den Nasenschleim nach dem Halse zu ziehen. Dieses wird untersagt und Nasendouche verordnet. Patient, welcher sich keiner längeren Cur unterziehen konnte, theilte mir brieflich mit, dass es ihm gut gehe.

Krankengeschichte VI. E., Barbier, 32 Jahre, aufgenommen im Juli 1893, leidet seit mehreren Jahren an behinderter Nasenathmung, Trockenheit und Kratzen im Halse; die Trockenheit war besonders des Morgens lästig, nachdem er des Nachts mit offenem Munde geschlafen hatte. War wegen „trockener Kehlkopf- und Rachenentzündung“ ohne



Erfolg behandelt worden. Befund: Nase: links kleine Crista septi, cavernöse Hypertrophie an der unteren Muschel, durch die Crista in zwei übereinanderliegende Theile getheilt; rechts wird der ganze Naseneingang durch die vergrösserten Schwellkörper der unteren Muschel verlegt. Nach Cocainisirung sieht man beiderseits genau symmetrisch am Nasenboden, in der Mitte zwischen vorderer und hinterer Oeffnung, eine vertical etwa 3 Ctm. sich erhebende Schleimhautwucherung von Kegelform mit abgerundeter Spitze, blassgelb, von weicher Consistenz. Halsbefund wie in V. Die Schleimhautwucherungen\*) werden beiderseits mit der kalten Schlinge abgetragen, und dann die Schwellungen der unteren Muscheln galvanocaustisch zerstört. Patient wird angewiesen, durch die Nase zu athmen und den Nasenschleim nicht mehr nach hinten zu ziehen. Nachdem die Nasenathmung hergestellt war, waren die Beschwerden im Halse soweit geschwunden, dass eine locale Behandlung desselben sich erübrigte.

Krankengeschichte VII. L., Domänenpächter, 34 Jahre, aufgenommen December 1893, leidet seit Jahren an Trockenheit, Kratzen im Halse, Drang zum Räuspern; behinderte Nasenathmung; die Trockenheit am stärksten des Morgens. Wegen trockener Pharyngitis ohne Erfolg behandelt. Befund: in der Nase beiderseits Schwellungen der unteren Muscheln; im Halse lebhaft Injectionen der Pharynxgefässe, sonst nichts Abnormes. Durch galvanocaustische Zerstörungen der unteren Muschelschwellungen ohne Halsbehandlung geheilt.

Krankengeschichte VIII. L., Wegebautenaufseher, 36 Jahre, aufgenommen Septbr. 1893. Befund, Behandlung und Verlauf wie VII.

Krankengeschichte IX. D. L., Kaufmann, 62 Jahre, aufgenommen 26. Novbr. 1893, giebt an, seit vielen Jahren am Halse zu leiden und verschiedentlich Pinsel- und Badekuren gebraucht zu haben. Einige seiner Aerzte hätten sein Leiden trockenen Kehlkopf- und Rachencatarrh genannt. Fast jeden Winter bekomme er einen Anfall von Heiserkeit, welcher etwa zwei bis drei Wochen dauere. Auch in der Zwischenzeit sei die Stimme nicht ganz klar. Trockenheitsgefühl, besonders des Morgens. Des Nachts schlafe er gewohnheitsgemäss mit offenem Munde; Nasenathmung nicht behindert. Befund: Nase normal. Pharynx etwas atrophisch, leichte Injection. Im Larynx typische pachydermische Verdickung am linken Processus vocalis; entsprechende Nische rechts. Diagnose: Pachydermia laryngis. Das Trockenheitsgefühl bezog ich auf die mechanische Austrocknung des Halses in Folge der nächtlichen Mundathmung; verordnete, dass Patient sich des Nachts den Mund verbinde und Nasendouchen mit Emser Salz. Dadurch wurde das lästige Trockenheitsgefühl in zwei Tagen beseitigt; es kehrte nach einigen Wochen wieder, als Patient die Binde und Nasendouche fortliess, und schwand nach Erneuerung derselben. Die durch die Pachydermie bedingte Heiserkeit besteht natürlich fort.

Krankengeschichte X. X. Y., 29 Jahre, aufgenommen 1. Juli 1893, Viehhändler, leidet seit einigen Wochen an Trockenheit des Halses und Verschleimung; wurde von anderer Seite an trockenem Rachencatarrh

---

\*) Die microscopische Untersuchung ergiebt den Bau eines Schleimpolypen, nämlich mehrschichtiges flimmerndes Cylinderepithel, reticuläres, mit mucinhaltigem Saft durchtränktes Bindegewebe, vereinzelte granulirte Zellen.

behandelt. Vor drei Jahren luetische Infection. Befund: Nase normal; postrhinoscopisch sieht man eine 2 Ctm. lange, ovale, dunkelrothe Infiltration der hinteren Rachenwand dicht neben dem rechten Arcus pharyngo-palatinus, in der Mitte ein kraterförmiges Geschwür, mit Eiter bedeckt (Gumma). Die ganze Rachenschleimhaut stark geröthet, glänzend, wie lackirt. Unter Schmierkur und Jodkali heilte das Gumma langsam ab, mit ihm schwand auch das „lackirte“ Aussehen und die Trockenheit des Halses.

Krankengeschichte XI. Frau X. Y., 56 Jahre, Rechtsanwalts-gattin, aufgenommen Mai 1893 wegen beiderseitigem Catarrhus tympanicus mit Exsudation. Im Rachen Perforation des weichen Gaumens, steck-nadelknopfgross. Auf Befragen giebt Patientin an, im Jahre 1871 oder 1872 eine „Knochenhautentzündung“ am weichen Gaumen gehabt zu haben, welche mit Schmiercur und Jodkali behandelt worden war. Zeitweise entleert sich, nachdem einige Tage vorher unangenehme Sensationen im Rachen vorausgegangen sind, unter starkem Würgen und Räuspern eine schalenartige Kruste, wonach die Sensationen schwinden. Man hatte ihr gesagt, dass dies Leiden eine trockene Rachentzündung sei. Es lässt sich feststellen, dass die Kruste sich am nasalen Eingang der Gaumenperforation bildet, wahrscheinlich dadurch, dass sich daselbst etwas von dem sehr reichlichen Schleim des Nasenrachenraums festsetzt und eintrocknet.

Krankengeschichte XII. Frä. G., 24 Jahre, Lehrerin, 27. November 1893. Gedrungen gebautes Mädchen mit mässigem Fettpolster und guter Gesichtsfarbe, leidet seit vielen Jahren an Verstopftheit der Nase, Trockenheit, Verschleimung im Halse; aus demselben komme zeitweise ein knarrendes Geräusch; die Nase sei mehrfach gebrannt, der Hals gepinselt worden. Als Diagnose sei ihr trockener Rachencatarrh mitgetheilt. Befund: Nase: die unteren Muscheln sind (wahrscheinlich in Folge der Galvanocaustik) uneben gewellt; am hinteren Ende beider-seits haselnussgrosse, glatte, gelbliche Schwellungen. (Polypöse Hypertrophie.) Im Halse Anämie und leichte Atrophie, starke Injection einzelner Gefässe am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand, letztere zum Theil mit zähem Schleim bedeckt. Die polypösen Hypertrophien in der Nase wurden mit der kalten Schlinge entfernt und dadurch die Nasenathmung wiederhergestellt; die Trockenheit und das knarrende Geräusch im Halse blieben bestehen. Deren Grund konnte ich erst feststellen, als ich die Lunge untersuchte: Infiltration der linken Lungenspitze, reichliche Tuberkelbacillen im Auswurf. Patientin suchte die Heilanstalt Hohenhonnef auf, woselbst innerhalb fünf Monaten beträchtlicher Rückgang der Lungen-Infiltration und Hebung des Körpergewichtes um 12 Pfund erzielt wurde. Auch die Halserscheinungen gingen dort zurück.

Diese zwölf Krankengeschichten haben das Gemeinsame, dass von anderer, und zwar meist namhafter Seite die Diagnose „trockener Rachen- oder Kehlkopfcarrh“ gestellt worden war, während von mir wohl die betreffenden Befunde im Halse gesehen werden konnten, ausserdem aber eine anderweitige, die Ursache derselben bildende Erkrankung aufgedeckt wurde; und zwar bestanden in drei Fällen Eiterungen in Nasennebenhöhlen, in zwei Fällen chronische Rhinitis catarrhalis mit Herunterziehen der Secrete nach dem Halse, in drei Fällen cavernöse Hypertrophie der

unteren Muscheln (einmal complicirt mit polypösen Wucherungen am Nasenboden), in einem Falle habituelle Mundathmung ohne Nasen-Erkrankung, in zwei Fällen Lues des Pharynx, in einem Falle Lungentuberculose.

Diese Erfahrungen, sowie die Eingangs erwähnte Thatsache, dass ich selbst niemals Ursache hatte, „trockene oder atrophische Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis)“ zu diagnosticiren, machten mich in dem Glauben an die Existenz einer solchen sehr wankend. Dazu kommt noch der bedenkliche Umstand, dass von den vielen Autoren, welche über diese Affectionen geschrieben haben, kaum zwei derselben Ansicht sind. Wenn auch fast alle eine Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) annehmen, so entwirft doch fast jeder von ihnen ein verschiedenes anatomisches oder klinisches Bild des Leidens.

Als erster beschrieb die Pharyngitis sicca G. Lewin<sup>1)</sup> im Jahre 1863: „Bei dieser sieht man die Schleimhaut der hinteren Rachenwand wie eine straffgespannte, trocken glänzende, hochgeröthete dünne Membran, aus der einzelne geschwellte Drüsenöffnungen hervorragen. Ich glaube, dass diese Trockenheit durch die Aufhebung oder Beschränkung der Schleimsecretion in den verstopften acinösen Schleimdrüsen bewirkt wird; indem dann diese nicht hinreichend durchfeuchtete Schleimhaut in dauernden Contact mit der inspirirten atmosphärischen Luft kommt, kann sich hier eine Art trockenen Epithels bilden, wie beim Prolapsus der Vagina und des Rectums, wo sich wirkliche Epidermis durch Umwandlung der weichen Epithelszellen in hornige Epidermis bildet.“ Therapeutisch werden Pinselungen mit Jodtinctur und Inhalationen mit umstimhenden Mitteln lebhaft empfohlen.

Andere Autoren legen das Hauptgewicht auf die Dünne der Schleimhaut und nennen die Affectionen „atrophischer oder atrophirender, rareficirender, trockener Catarrh“. Wendt<sup>2)</sup> erwähnt die Krankheit an zwei Stellen seines Buches, 1) beim chronischen Nasen- und Nasenrachen-catarrh, dessen Schluss sie häufig darstelle, 2) als selbstständiges Krankheitsbild: „Rareficirender, trockener Catarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens (Atrophie).“ „Häufig, meist im vorgerückten Alter, doch auch bei jugendlichen Individuen, oft bei Decrepiden, durch erschöpfende Krankheit herabgekommen, aber auch oft bei vollkommen Gesunden gewinnt die bis dahin normal oder chronisch erkrankte Auskleidung der Höhle ein Verhalten, welches auf verminderte Ernährung hinweist. Sie ist beträchtlich dünner, blasser, dabei meist trocken.“ Oft sei gleichzeitig Atrophie der Nase vorhanden. Im Rachen betreffe die Atrophie die gesammte Höhle oder einzelne Theile. „An der hinteren Rachenwand erscheint die atrophische Schleimhaut blasseröthlich bis blassgelb, meist glänzend, wie lackirt, glatt, gespannt, trocken. Pharyngitis sicca.“ Die Constrictoren schimmern manchmal ganz deutlich durch. Granula fehlen meist.

Ein ähnliches Bild entwirft Trautmann<sup>3)</sup> unter „Atrophischer Nasen-Rachencatarrh“. Derselbe sei von Ozaena zu unterscheiden, finde sich nur bei alten, abgemagerten Leuten und bei Personen, die viel sprechen müssen. Sein Merkmal sei Weite des Nasenrachenraumes und der Choanen. Die hintere Pharynxwand trocken glänzend; Durchscheinen der Muskulatur. Secretion unbedeutend. „Zuweilen, durchaus nicht immer, trocknet das

Secret in dünnen, bräunlichen Lagen an der hinteren Nasenwand an; es stinkt aber nicht.“ Als subjectives Symptom sei besonders Trockenheitsgefühl im Rachen zu nennen. Aber auch beim gewöhnlichen, chronischen Nasen-Rachencatarrh kann nach Trautmann das Secret durch Eintrocknung an der hinteren Pharynxwand lederartige, fest anhaftende, braune Krusten bilden, die sich schwer entfernen lassen. Personen, die an Lues gelitten, scheinen dazu zu disponiren.

B. Fränkel<sup>4)</sup> unterscheidet eine hypertrophische und eine atrophische Form des chronischen Rachencatarrhs. Die Schleimhaut sei bei letzterer mehr dickflüssig anhaftend, manchmal auch Borken. Uebergänge seien gerade nicht selten, und es gäbe ab und zu Mittelformen, die sich schwer in eine dieser beiden Categorien bringen liessen. Bei der atrophischen Form finde man häufig Granula.

Nach Zarnikow<sup>5)</sup> kommt Atrophie des Nasenrachenraumes zu Stande: 1) als Folge eines langwierigen Retronasalcatarrhs, besonders bei Maceration durch abfließende Nasennebenhöhlensecrete, 2) bei Ozaena des Nasenrachenraums, die bei der Ozaena der Nase angetroffen wird.

Nach Thornwaldt<sup>6)</sup> ist die Atrophie häufig eine Folge von Eiterungen der Bursa pharyngea. Ebendieselbe könne auch die Bildungsstätte von trockenen, austernschaalenartigen Borken abgeben, welche die Patienten manchmal nach tagelangem Würgen aus dem Halse heraus befördern. Thornwaldt's Behauptungen haben bekanntlich Anlass zu einer sehr lebhaften Discussion gegeben; sie haben bei den Einen begeisterte Anerkennung gefunden, sie sind von den Anderen angezweifelt und eingeschränkt, von Manchen energisch zurückgewiesen worden<sup>7-17)</sup>.

M. Schmidt<sup>18)</sup> meint, dass man zwei Arten von Rhinopharyngitis sicca unterscheiden könnte. Die eine sei die Fortsetzung der in der Nase vorhandenen Rhinitis sicca nach hinten; die andere Art sei die Thornwaldt'sche Krankheit. Bei ersterer zeige sich auf der Pars oralis eingetrockneter Schleim in der ganzen Breite; er bilde meist eine dünne Kruste, welche der Schleimhaut das Aussehen der Atrophie gebe; entferne man aber die dünne Kruste, so komme darunter die normale oder verdickte Schleimhaut zum Vorschein. Wirkliche Atrophie gehöre, ausser im höheren Alter, zu den grössten Seltenheiten.

Nach Schech<sup>19)</sup> ist die Pharyngitis chronica atrophica sive sicca wahrscheinlich stets eine Folge des hypertrophischen Catarrhs. „Ganz besonders muss betont werden, dass neben bereits atrophischen Stellen sehr häufig hypertrophische sich vorfinden.“ Am constantesten befallen sei der Nasenrachenraum und die Pars oralis, selten Pars laryngea und Larynx. Die Schleimhaut sei dünn, glänzend, von purpurrother Farbe, die Rachenhöhle in Folge der Atrophie erweitert. Das Vorhandensein von Granulis sei irrelevant, dieselben kämen fast bei jedem erwachsenen Menschen vor. Das meist spärliche Secret überziehe wie eine Tapete die Schleimhaut und verleihe ihr einen firnissartigen Glanz. Constant sei das subjective Gefühl der Trockenheit. Ausserdem komme Atrophie sämtlicher Rachengebilde vor im Gefolge von acuten oder chronischen Entzündungen, bei Tuberculösen, sowie im Greisenalter.

Ein wohl abgerundetes und scharf gezeichnetes Bild der Krankheit entwirft Jurasz<sup>20)</sup>. „Das charakteristische, objective Symptom dieser Form des chronischen Rachencatarrhs bildet eine auffallende Trockenheit

der Rachenschleimhaut. Die letztere sieht aus, als wenn sie mit einem grauen, mattglänzenden Firniss, mit einem Colodiumhäutchen oder mit einer dünnen Schicht von weissem Wachs überzogen wäre. In wenig ausgesprochenen Fällen ist der trockene Glanz nur schwach angedeutet.“ Die Veränderungen finden sich am häufigsten auf dem oralen Abschnitte der hinteren Rachenwand und meist auch des Nasenrachenraumes vor, niemals in der Tiefe des Kehlkopfrachenraumes; auf den Gaumenbögen und am Gaumensegel nur ausnahmsweise und in geringem Grade in Fällen, in denen der Process in exquisiter Weise die hintere Wand ergriffen hätte. Der Ueberzug sei eine gleichmässig dünne Schicht eines zähen, klebrigen Schleims. Nach deren Entfernung trete die Rachenschleimhaut in verschiedenen Zuständen entgegen, manchmal hypertrophisch, manchmal atrophisch. „Nicht selten kann man an der Schleimhaut bei vorurtheilsfreier Untersuchung keine wesentliche Veränderung nachweisen.“ Man könne daher nicht von Pharyngitis atrophica sprechen; auch nicht von Ozaena pharyngis, da stinkende Borken nicht vorkämen. Am besten gewählt sei die Lewin'sche Bezeichnung Pharyngitis sicca. Unter den subjectiven Beschwerden nehme das Gefühl der Trockenheit den ersten Platz ein. Fast immer sei Pharyngitis sicca mit Pharyngitis follicularis verbunden. Als anderweitige häufige Complicationen sind erwähnt: chronischer Nasencatarrh (46,3 pCt.), Deformitäten des Septum (8,4 pCt.), Laryngitis sicca (21,7 pCt.). Ueber die Aetiologie sei nichts Bestimmtes anzugeben. Das weibliche Geschlecht wiege auffallend vor. Das Leiden sei sehr hartnäckig und rückfällig. Pinselungen bringen nur für die Dauer der Behandlung Erleichterung; grösseren Nutzen gewähren die Nasendouchen und das Rachenbad.

Roth<sup>21)</sup> fasst den chronischen Rachencatarrh als einen einheitlichen Process auf, hält es aber für practisch, behufs leichter Verständigung folgende nach den hervorstechendsten objectiven Symptomen gewählte Bezeichnungen beizubehalten: Pharyngitis granulosa, hypertrophica, atrophica, hypersecretoria, mucopurulenta, sicca, fötida. Sicca und atrophica seien identisch; an anderer Stelle jedoch behauptet Roth, dass die Schleimhaut bei der sicca auch hypertrophisch sein könne.

Hoppe<sup>22)</sup> beschreibt als besondere Form die stinkende Pharyngitis und erklärt sie für einen der Ozaena ähnlichen Process, während Michel<sup>23)</sup> die Existenz einer derartigen genuinen Rachenerkrankung in Abrede stellt und das fötide Secret als aus der Nase stammend bezeichnet. Derselbe findet auch die trockene, glatt glänzende Rachenschleimhaut als eine besonders häufige Begleiterscheinung der Ozaena, was Gottstein<sup>24)</sup> bestätigt.

Bresgen<sup>25)</sup>, welcher im Princip nur einen einzigen Rachencatarrh annimmt, giebt an, dass er die hohen Grade von Pharyngitis sicca nur in Gesellschaft von fötidem, chronischem Nasencatarrh gesehen habe, während E. Fränkel<sup>26)</sup> sagt: „Ich habe eine ganze Reihe von ausgesprochenen Fällen von Pharyngitis sicca gesehen, in denen mit Sicherheit jede Nasenerkrankung ausgeschlossen werden konnte, und andererseits verschiedene Fälle von zweifellos atrophirender Rhinitis (Ozaena simplex), bei denen von einer Pharyngitis sicca nicht die Rede war.“

Eichhorst<sup>27)</sup> vermeidet die Bezeichnung trocken oder atrophisch und theilt den Rachencatarrh ein in einen „parenchymatösen“, welcher

mit Hypertrophie einhergehe, und einen „superficiellen“; bei letzterem sei die Schleimproduction vermehrt, „mitunter so bedeutend, dass die hintere Rachenwand wie mit einem Firniss überzogen und glänzend lackirt erscheint“. In anderen Fällen dagegen trockne, namentlich während der Nacht, wenn die Kranken mit offenem Munde athmen, das Secret zu grünlichen Borken und Krusten ein. Die Patienten bringen nach sehr energischen Würgebewegungen einzelne muschelartig aussehende Borken zum Vorschein.

Eine ähnliche Eintheilung geben Mackenzie und Semon<sup>28)</sup>. Der chronische Rachencatarrh trete in zwei Formen auf, in einer hypertrophischen und einer exsudativen. Bei letzterer sondern die Drüsen ein weisses dickliches Secret ab, welches entweder als einzelner Tropfen an seinem Austrittspunkte hängen bleibe oder auf der Pharynxschleimhaut stark adhäsive Inseln bilde. Im ersten Beginn des Leidens erscheine das Innere des Halses trocken und glänzend, die Follikelöffnungen lebhaft roth. Bei längerer Dauer des Leidens werde das milchige Secret eingedickt und führe zur Bildung „des für das Leiden so charakteristischen käsig-niederschlags“. Dabei bestehe Tendenz zur Atrophie der Pharynxgebilde und zur Vergrößerung des Pharynxraumes.

(Schluss folgt.)

---

## Ein Fall von vorübergehender Aphasie nach Scharlach-Diphtheritis.

Von  
C. Ziem.

Der im Folgenden kurz zu besprechende Krankheitsfall war ursprünglich nicht zur Veröffentlichung bestimmt und weist daher mancherlei Lücken in meinen Aufzeichnungen auf.

Am 23. April 1894 ist die 2 $\frac{1}{2}$ -jährige Ella L. in desolatem und sehr abgemagertem Zustande zu mir gebracht worden. Dieselbe war Anfangs April an Scharlach erkrankt, mitsammt ihrem etwas älteren Bruder. Schon in den ersten Tagen, angeblich schon am 3. Tage der Krankheit, war starker Fötor und eitriger Ausfluss aus der Nase vorhanden, während in früherer Zeit Ausfluss oder auffälligere Verstopfung der Nase niemals bestanden haben soll oder wenigstens nicht bemerkt worden ist. Der behandelnde Arzt, ein älterer, erfahrener College, sprach sofort von Diphtheritis der Nase, stellte eine sehr ungünstige Prognose und liess Ausspritzungen der Nase wie auch der mit starker Schwellung und Absonderung der Schleimhaut behafteten Mundhöhle mit Kalkwasser und mit Hilfe eines kleinen Gummiballons vornehmen und solche möglichst oft wiederholen. Ausserdem wurde Citronenwasser und Ungarwein gegeben. Während der Krankheit bestand starkes Fieber, doch sind Messungen nicht vorgenommen worden. Speisen waren während der Krankheit nicht genossen, vom 21. April ab auch das Trinken verweigert worden. Mehr als 3 Wochen hat das früher gut gewöhnte Kind unter sich gemacht und bis zum 1. Mai eingepisst; auch hatte sich ein

etwa handtellerbreiter Decubitus an den Nates entwickelt. Von Mitte April ab sprach nun das Kind, das vor Ablauf des ersten Jahres angefangen hatte, zu sprechen und bis zu der Krankheit Alles ziemlich richtig gesprochen hatte, gar nicht mehr; es war benommen und apathisch, doch nicht taub; hierzu trat eitriger Ausfluss aus den Ohren, bei deren Ausspritzen Schluckbewegungen gemacht wurden, so dass die Mutter des Kindes das Vorhandensein einer Durchlöcherung der Trommelfelle schon von selbst vermuthet hatte. Krämpfe, Zuckungen oder Lähmungen der Extremitäten waren nicht vorhanden. In der letzten Zeit waren die Lider im Schläfe öfters nicht geschlossen, so dass sie mittelst der Finger zusammengedrückt werden mussten.

Aus dem Mitgetheilten, so dürftig es auch ist, ergibt sich wohl, dass hier ein recht schwerer Krankheitsfall vorlag; mir selbst war es fraglich, ob das Kind durchkommen würde. Es bestand am 23. April starker Fötor aus Nase, Mund und Ohren, deren Gehörgänge mit Eiter erfüllt waren, während die Schleimhaut des Mundes und Gaumens stark geschwollen und aufgelockert war und erstere beim Eingehen mit dem Spatel, zum Zweck der Besichtigung des Gaumens, blutete; diphtheritischer Belag war in grösserer Ausdehnung jedenfalls nicht vorhanden, die Untersuchung aber sehr erschwert. Stimme krächzend. Saviol war klar, dass das Wichtigste, was hier geschehen musste, Massenauspülungen der Nase, des Mundes und der Ohren waren, und zwar natürlich nur mit einer ungiftigen Substanz, also mit physiologischer Kochsalzlösung, um vor Allem eine gründliche Säuberung der betreffenden Theile zu Wege zu bringen, eine gründlichere, als der bis dahin benutzte kleine Gummiballon gestattete. Mittelst meiner demnächst zu beschreibenden, einen continüirlichen Strahl ergebenden Druckpumpe<sup>1)</sup> und geeigneten Ansatzstücken wurden solche denn auch sofort vorgenommen, wobei besonders aus der Nase äusserst übelriechende, dicke Eiterklumpen sich entleerten. Die Ausspülungen wurden in den ersten Tagen zwei Mal, später nur ein Mal täglich wiederholt; die Nase von aussen öfters eingefettet, der hier wohl kaum zweckmässige Wein weggelassen, dagegen kräftige Suppen verordnet u. s. w.

Schon am nächsten Tage (24. April) hat das Kind durch Deuten zu essen verlangt, trotz ersichtlich noch bestehendem Schluckweh. Auch war der Ausdruck des Gesichts ein freierer geworden.

26. April. Parese der Schlundmusculatur, Flüssigkeit und Speisetheile kommen aus der Nase heraus, ebenso in die Mundhöhle eingespritztes Wasser. Sonstige Lähmungserscheinungen sind weder jetzt noch später vorhanden. Ausspülungen fortgesetzt.

Am 1. Mai Schlundlähmung beseitigt.

In den letzten Tagen des April, nachdem das Kind etwa 14 Tage gar nicht gesprochen und keinen articulirten Laut von sich gegeben hatte, werden wieder einzelne Laute und Wörter hervorgebracht, die jedoch noch unverständlich sind. Doch war eine klare und zusammenhängende Sprache, besonders auch in längeren Sätzen, erst Mitte Mai

---

<sup>1)</sup> Die Veröffentlichung ist in den Annales des maladies de l'oreille 1895, Mars, pag. 236, inzwischen erfolgt.

wieder vorhanden, zu welcher Zeit das Kind auch wieder ein wenig gesungen hat.

Es seien einige Bemerkungen 1. über Aphasie, 2. über Behandlung der diphtheritischen Gaumenlähmung hier angeschlossen.

1. L. Treitel, der eine Arbeit über Aphasie im Kindesalter kürzlich veröffentlichte, hat bereits die Ansicht ausgesprochen, dass kürzer anhaltende Aphasie nach acuten Exanthemen häufiger vorkommen möge, da er mehrere Fälle von Stottern gesehen, welches im Anschluss an eine Aphasie nach Masern sich ausgebildet habe. Derselbe erwähnt auch, dass Clarus in seiner, Mitte der 70er Jahre aus der Gerhardt'schen Klinik hervorgegangenen Abhandlung über Aphasie im Kindesalter nur 4 Fälle von Aphasie nach acuten Exanthemen in der Literatur aufgefunden habe<sup>2)</sup>. Henoch theilt Beobachtungen mit von Aphasie nach Verdauungsstörungen, z. Th. mit epileptischen Anfällen verbunden, nach Intermittens, nach Urämie und besonders nach Ileotyphus, aber keine nach Diphtheritis<sup>3)</sup>. Eichhorst hat einen Fall von Aphasie nach Influenza kurz erwähnt<sup>4)</sup>. Auch Hirt erwähnt die Aphasie nach acuten Infectiouskrankheiten nur summarisch, ohne Näheres beizubringen<sup>5)</sup>. Biedert<sup>6)</sup>, der Aphasie nach Verletzung durch Feuer (Schreckaphasie) selbst gesehen, verweist bezüglich der Aphasie nach Diphtheritis auf eine Beobachtung von Jaeckle, die durch die Güte des Herrn Verfassers im Originale mir vorgelegen hat<sup>7)</sup>. Es handelte sich hier um einen 5 $\frac{1}{2}$ -jährigen, von Diphtherie befallenen Knaben, bei welchem am zehnten Tage der Krankheit Lähmung des Gaumensegels, am zwölften tonische und clonische Krämpfe, vollkommene Bewusstlosigkeit, am vierzehnten Lähmung des rechten Facialis und der rechten Körperhälfte, jedoch ohne Störung der Sensibilität, sowie Aphasie auftraten: letztere hat sich „von fast undeutlichem Lallen zum Aussprechen von Silben und einzelnen Wörtern, die allerdings noch immer den näselnden Character trugen, nach und nach gebessert, so dass mit Beginn der fünften Woche der Kranke manche seiner Wünsche wieder durch Worte kundgeben konnte“ und später volle Wiederherstellung der Sprache eingetreten ist, während die hemiplegischen Erscheinungen, die — im Gegensatz zu mehreren, von A. Baginsky unlängst kurz erwähnten und auf Embolie bezogenen Fällen von Hemiplegie nach Diphtheritis<sup>8)</sup> — Jaeckle auf eine Apoplexie, im hinteren Schenkel der Capsula interna, zurückführt, z. Z. der Publication theilweise noch fortbestanden. Jaeckle erwähnt auch, dass ein ganz ähnlicher Fall aus dem städt. Krankenhaus in Frankfurt a. M. in der Deutschen medicin. Wochenschr. von Auerbach publicirt worden sei, doch habe ich den Fall nicht eingesehen.

Was nun die Deutung der in meinem Falle beobachteten aphasischen

<sup>2)</sup> Sammlung klinischer Vorträge, N. F. No. 64, 1894.

<sup>3)</sup> Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 5. Aufl. 1890, Seite 159, 254, 598, 766.

<sup>4)</sup> Cit. von Kirn, nervöse Störungen bei Influenza, Sammlung klinischer Vorträge, N. F. No. 23, 1891.

<sup>5)</sup> Nervenkrankheiten, 2. Aufl. 1894, Seite 150.

<sup>6)</sup> Lehrbuch der Kinderkrankheiten, II. Aufl., 1894, S. 157 und 408.

<sup>7)</sup> Aerztl. Mittheilungen aus Baden, 46. Jahrg., 1892, S. 75.

<sup>8)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 52, S. 1176.



Störung betrifft, so hätte die bei dem zarten Alter des Kindes natürlich recht schwierige bezügliche Untersuchung allerdings eine vollständigere sein müssen, um genauere Anhaltspunkte zur Beurtheilung zu gewähren. Einiges kann aber trotzdem ausgesagt werden. Zunächst war die Störung der Sprache keinesfalls durch die Gaumenlähmung bedingt, schon deshalb nicht, weil letztere später aufgetreten und auch früher verschwunden ist. Auch war die Hörstörung offenbar keine so hochgradige, dass das Sprechen deshalb unterlassen worden wäre: es ist bereits erwähnt worden, dass in die Ohren eingespritzte Flüssigkeit aus den Tuben abfloss, so dass die Schwellung der Schleimhaut der Trommelhöhle doch jedenfalls nur eine mässig starke war. Ebensowenig kann eine richtige Hämorrhagie oder Embolie im Gebiete des Sprachcentrums, beziehungsweise in der 3. linken Stirnwindung oder der 1. linken Schläfenwindung vorgelegen haben, im Hinblick auf die verhältnissmässig grosse Schnelligkeit der Wiederherstellung der Sprache, welche das für andere Krankheitsfälle der Art öfters angenommene compensatorische Eintreten der entsprechenden Windungen der rechten Gehirnhälfte hier doch gänzlich ausschliessen lässt. Es kann hier wohl nur eine Hyperämie in der Broca'schen Windung vorhanden gewesen sein, so dass es nach Wernicke's Schema um motorische Aphasie sich gehandelt hätte. Für diese Annahme kann angeführt werden, dass das Sprechen in längeren Sätzen erst allmählig zurückgekehrt ist, während die Annahme einer sensorischen Aphasie, als Ausdruck einer umschriebenen Hyperämie in der obersten linken Schläfenwindung, eine Störung des hier, wie es schien, damals wenig beeinträchtigten Gedächtnisses voraussetzen würde, das aber bei Nasenkrankheiten und mit Nasenleiden verbundenen Infectiouskrankheiten, wie z. B. schon bei der von Thucydides beschriebenen Pest von Athen, sonst öfters geschädigt ist. Es ist mir allerdings nicht genügend klar geworden, auf welchen Umstand das Auftreten einer mehr umschriebenen Hyperämie des Gehirnes hier bezogen werden könnte und ob nicht vielleicht gar die Anfangs verordnete Verabreichung von Wein, der ja auch sonst gerade auf das Sprachvermögen oft so wesentlich einwirkt, hier mit von Einfluss gewesen ist: jedenfalls aber kommen umschriebene Hyperämien und Anämien im Gehirne an und für sich häufiger vor, als man sich das, trotz Th. Meynert's glänzenden und überzeugenden Darlegungen, noch meistens vorstellt, ein Gegenstand, der besonders auch für die Physiologie des Schlafes von der grössten Bedeutung ist, worauf bei anderer Gelegenheit eingegangen werden soll. Wenn aber Aphasie nach Infectiouskrankheiten vorwiegend bei Kindern beobachtet worden ist<sup>9)</sup>, so hat dies doch vielleicht nicht nur physiologische und psychologische, sondern auch anatomische Gründe, nämlich 1) im Bestehen von Communicationen zwischen den Venen des Gehirns und denen der Nase, besonders auch vermittelt des im Kindesalter noch offenen Foramen coecum<sup>10)</sup>, 2) in der bei Kindern verhältnissmässig geringen Entfernung der Regio Sylvii vom Cavum narium, so dass Stauungen im letzteren Gebiete nach der 3. Stirn- und 1. Schläfenwindung sich eher fortsetzen können, Verhältnisse, die besser

---

<sup>9)</sup> Vergl. Hirt, l. c. Seite 152.

<sup>10)</sup> Zuckerkandl, Anatomie der Nasenhöhle, I. Bd., 2. Aufl., S. 162.

als am herausgenommenen Gehirn<sup>11)</sup> an Durchschnitten des ganzen Kopfes zu erkennen sind, so wie besonders der, ein allerdings schon 16jähriges Mädchen betreffende, Transversalschnitt auf Taf. III des topographisch-anatomischen Atlas von W. Braune mit schöner Klarheit das zeigt. Wenn durch spontanes Nasenbluten oder durch Blutentziehungen an der Nasenschleimhaut, die Peter Frank<sup>12)</sup> und J. Hyrtl<sup>13)</sup> schon vor Decennien empfohlen haben, bei mit schön klingenden griechischen und lateinischen Namen ausgestatteten, ihrer Natur nach aber unbekanntem Erkrankungen (der Augen und) des Gehirns, in einer Reihe solcher Fälle gute Erfolge thatsächlich erzielt worden sind und eine Entlastung des Gehirns stattgefunden hat, so müssen Ausspülungen der Nase mit Salzwasser, vermöge der in der Nasenhöhle und ihren Nachbargebieten hierbei stattfindenden Förderung der Circulation und Secretion, offenbar gleichfalls eine Degagierung des blutüberfüllten Gehirns zu Stande bringen und es wäre zweifellos eine wichtige Aufgabe, in allen derartigen oder ähnlichen Fällen auch um das Verhalten, beziehungsweise das Verstopftsein, der Nase sich zu kümmern, im Hinblick auf die schnelle Besserung in dem hier vorliegenden Falle durch einen so einfachen Eingriff. Wenn das Kind vielleicht auch in anderer Weise vom Tode hätte gerettet werden können, so erscheint es doch sehr fraglich, ob ohne die Ausspülungen die Aphasie so bald sich zurückgebildet hätte, denn, obschon Biedert erklärt, dass die nach Diphtheritis auftretende aphasische Störung sich allmählig wieder ausgleiche, so ist die Behandlung solcher und ähnlicher Fälle bisher doch noch eine gänzlich negative gewesen und hat nach Hirt nur in „der animi consolatio und dem geduldigen Zuwarten“, u. U. auch in der Suggestion bestanden, wie denn auch in Jaeckle's Fall die Ausgleichung eine längere Zeit beansprucht hat.

2. Der zweite Punkt, über den noch ein paar Worte hinzugefügt werden sollen, betrifft die Behandlung der diphtheritischen Gaumenlähmung. Gross ist meine Erfahrung auf diesem Gebiete allerdings nicht, doch habe ich noch bei anderen Fällen der Art überraschend schnelle, in wenigen Tagen eintretende Heilungen bei Durchspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit der Druckpumpe und Salzlösung gesehen. Man darf sich vielleicht vorstellen, dass dieselben hier wirksam sind 1) als Reinigungsmittel, 2) durch Anregung der Thätigkeit der Musculatur des Gaumens, 3) durch regere Saftströmung in den bespülten Theilen, besonders auch im weichen Gaumen, unter der Einwirkung des Salzes, so dass in den betreffenden Geweben aufgehäuften Zeretzungsproducte, Ptomaine oder dergl., leichter ausgeschieden werden können. Denn es ist nicht einzusehen, warum bei derartigen Lähmungen, die, im Gegensatz zu früheren Autoren, von Mendel, v. Ziemssen u. A. nicht mehr ausschliesslich als spinale, sondern zum grossen Theil als peripherische angesehen werden, das Fortschreiten der Lähmung vom Rachen auf den Kehlkopf und den Oesophagus durch Vermittelung gerade der Nerven, der Aeste des Vagus (v. Ziemssen) stattfinden soll, da

<sup>11)</sup> Ibidem, Taf. XIV.

<sup>12)</sup> Vergl. Voltolini: Krankheiten der Nase, Seite 174.

<sup>13)</sup> Handb. d. topogr. Anatomie, I. Bd.

entsprechend den von Mendel erhobenen Befunden doch auch Veränderungen an und in den Gefässen (Hyperämie, Diapedese und dergl.) vorkommen, auf deren Ausgleichung die genannten Ausspülungen wohl günstig einwirken können. Unter allen Umständen dürfte diese Behandlungsmethode einer ausgedehnteren Prüfung werth sein, auch ist sie natürlich gefahrloser, als die von Hensch u. a. A. empfohlenen Einspritzungen von Strychnin, dessen Einwirkung auf die hier gleichzeitig vorhandene Aphasie ausserdem von vornherein wohl kaum hätte abgeschätzt werden können. Da plötzliche Todesfälle bei diphtheritischer Lähmung des Kehlkopfes nach hastigem Trinken und Ueberschwemmen der Lungen mit Flüssigkeit durch v. Ziemssen<sup>14)</sup> beobachtet worden sind, so wird man bei den hier empfohlenen Ausspülungen eine gewisse Vorsicht natürlich zu beobachten haben: vielleicht sind dieselben im Hinblick auf das eben Gesagte aber überhaupt das beste Mittel, um das Uebergreifen einer schon bestehenden Lähmung auf den Kehlkopf zu verhüten. Bezüglich der Bedeutung solcher Ausspülungen auf den Ablauf der diphtheritischen Erkrankung im Ganzen, sei auf die von Heller<sup>15)</sup> und mir<sup>16)</sup> selbst inzwischen veröffentlichten Arbeiten hingewiesen.

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Mai 1895.

### Officieller Bericht.

Vorsitzender: Herr Gruber. Schriftführer: Herr Pollak.

Herr Urbantschitsch stellte vier Fälle vor:

Der erste Fall demonstrirt den in einzelnen Fällen äusserst günstigen Einfluss der Hammerextraction für die Gehörfunction auf das secundär erkrankte andere Ohr. Der 34jährige Patient litt seit seinem 14. Lebensjahre an linksseitiger Otorrhoe, welcher sich nach 10jährigem Bestande zunehmende Schwerhörigkeit der rechten Seite hinzugesellte. Die dagegen versuchten Behandlungen blieben erfolglos und Pat. hörte schliesslich am rechten Ohre nur mehr auf 2—3 Schritte scharfe Flüstersprache. Am 5. Februar 1891 wurde behufs Heilung der linksseitigen Atticuseiterung der, nebenbei bemerkt, gesund befundene Hammer extrahirt, worauf die Eiterung in kürzester Zeit bedeutend abnahm und nur mehr in ganz minimalem Grade bis heute noch fortbesteht. Nach der Operation blieb functionell das linke Ohr ebenso untauglich wie früher, wogegen das rechte Ohr bereits am Tage nach der Operation eine auffallende Hörverbesserung nachweisen liess (Flüstersprache auf 4 Schritte), welche in den folgenden Tagen sich bis auf 10 bis 12 Schritte für scharfe Flüstersprache hob und jetzt, nach Verlauf von 4 Jahren, auf derselben Höhe sich befindet.

<sup>14)</sup> Klinische Vorträge, 6. Heft, 1887.

<sup>15)</sup> Münchener med. Wochenschrift 1894, No. 44 und 52, und Deutsches Arch. f. klin. Medicin, 55. Bd., S. 540.

<sup>16)</sup> Ziem, Ueber Verhütung der Diphtheritis. Danzig 1887. Münchener medicinische Wochenschr. 1894, No. 49, 1895, No. 8, und Revue internat. de Laryngologie et Rhinologie 1894, No. 24.

Der zweite Fall betrifft ebenfalls eine Hammerextraction, bei welcher die angestrebte Hörverbesserung für das bessere Ohr wohl ausblieb, wohl aber den Effect hatte, dass der starke Schwindel sistirte und die bis dahin continuirliche Gehörsabnahme keine weiteren Fortschritte machte. Bemerkenswerther als dies jedoch ist die an Stelle des extrahirten Hammergriffs in der Membran entstandene callöse Narbe, welche dem Uneingeweihten ganz den Eindruck eines Hammergriffes macht.

Der dritte vorgestellte Patient zeigt eine aus dem rechten Gehörgang hervorragende, das Lumen desselben ganz erfüllende, knochenharte, höckerige Geschwulst, welche sich von oben, vorn und unten mit der Sonde umgreifen und bis gegen die Paukenhöhle verfolgen lässt, nach h. u. dagegen mit der Gehörgangswand verwachsen ist und sich bis in den Proc. mast. verfolgen lässt. Diese Exostose besitzt, wie eine vom Gehörgang aus versuchte Abmeisselung zeigte, Elfenbeinhärte. Die Geschwulst wird demnächst operirt und das Operationsergebniss später mitgetheilt werden.

Als vierten, letzten Fall stellte Herr U. ein benignes Neoplasma der linken Ohrmuschel vor, dessen Sitz am Helixrand am Uebergang in den Lobulus sich befindet, durch Fingerdruck sich verkleinern lässt, circumscript und an der Knorpelbasis verschieblich und in seinem verkleinerten Zustande von derber Consistenz ist. Alkoholenuss, Gemüthsaffect und Kälteeinwirkung bewirken eine bis über nussgrosse Anschwellung der sonst haselnussgrossen Gefässgeschwulst. Ueber die Natur der demnächst zu operirenden Geschwulst wird U. in der nächsten Sitzung berichten.

#### Discussion:

Ad 1. Herr Politzer fragt den Vortragenden, wie derselbe sich die Hörbesserung auf dem nicht operirten Ohre erkläre. Nach P.'s Meinung wäre kein Moment vorhanden, welches ein Causalitätsverhältniss begründen würde.

Herr Urbantschitsch meint, die Ursache sei in der synergischen Action der beiderseitigen Tens. tymp., die durch die Thierexperimente Pollak's und die Versuche Gellé's erwiesen sei, zu suchen.

Herr Politzer erklärt, durch diese Begründung nicht befriedigt zu sein. Die synergische Action der Tensoren sei am Menschen nicht erwiesen; ferner müsste bei einseitigen Mittelohraffectionen das andere Ohr viel häufiger in Mitleidenschaft gezogen werden, was erfahrungsgemäss nicht der Fall ist.

Herr Urbantschitsch bezieht sich auf die Fälle, die er bei der letzten Naturforscherversammlung demonstrirt hat und bei welchen er durch Luftverdünnung auf der einen Seite das Hörvermögen der anderen Seite beeinflussen konnte.

Ad 2. Herr Gomperz sah in einem Falle von Hammerextraction ein ähnliches Bild. Nach Herausnahme des Hammers bildete sich eine strangförmige Narbe, die den Hammer vortäuschen konnte.

Herr Urbantschitsch fragt den Vorredner, ob nicht periostale Reizungen an der inneren Paukenhöhlenwand die Ursache waren? In seinem Falle war von Adhäsion des Paukenfelles und der inneren Paukenwand keine Rede.

Herr Gomperz erwidert, dass in dem von ihm beobachteten Falle die Narbe thatsächlich mit der inneren Paukenhöhlenwand verwachsen war.

Herr Gruber bezieht die Bildung der Narbe auf das reichliche Gewebe, welches von der oberen Gehörgangswand herunterzieht.

Herr Urbantschitsch fragt, ob am Paukenfelle schon eine callöse Narbe beobachtet wurde?

Herr Gruber hat dies nie gesehen, auch sah er nie, dass nach Extraction des Hammers sich eine Membr. propria entwickelt hätte.

Ad 3. Herr Politzer hält die Geschwulst für ein Osteom, welches vom Warzenfortsatze ausgeht und in den äusseren Gehörgang prominirt. Das Vorkommen solcher Osteome sah er selten; er hat einen ähnlichen Fall in seinem Lehrbuche beschrieben.

Herr Gruber hat ähnliche Fälle auf seiner Klinik gesehen und operirt, doch erwiesen sich selbe als Chondrome.

Herr Pollak bemerkt bezüglich der Genese solcher Geschwülste, dass er in einem Falle ein den ganzen äusseren Gehörgang obturirendes Osteom beobachtet habe, welches sich innerhalb eines Jahres nach Extraction eines fibrösen Gehörgangspolypen entwickelt hat.

Der Fall ging leider verloren.

Herr A. Politzer: Eine seltene Form von Exostose des äusseren Gehörgangs mit Demonstration des betreffenden Präparates.

P. weist zunächst darauf hin, dass trotz der keineswegs seltenen klinischen Beobachtungen von Exostosen im äusseren Gehörgange doch nur wenige Sectionsbefunde bekannt sind von Fällen, die während des Lebens genau beobachtet wurden.

P. ist in der Lage, das Präparat eines 69jährigen Gelehrten zu demonstrieren, den er seit mehr als 30 Jahren zu wiederholten Malen zu beobachten Gelegenheit hatte. Schon bei der ersten Untersuchung fand P. rechts die äussere Ohröffnung durch eine vom hinteren oberen Rande derselben ausgehende knöchelgelbe Exostose verlegt, deren vorderer unterer freier Rand die gegenüberliegende Gehörgangswand unmittelbar berührte. Ueber die Entstehung dieser Exostose konnte Patient nichts angeben und liess sich auch nicht feststellen, ob er früher an Otorrhoe litt. Das störendste Symptom war die Schwerhörigkeit, welche theils durch die Exostose selbst, theils durch Ansammlung von Cerumen- und Epidermismassen hinter der Exostose bedingt war.

Nach Entfernung dieser Massen mittelst dünner, in den Gehörgang eingeschobener Röhrchen, welche wiederholt in Zwischenräumen von 4—5 Jahren vorgenommen wurde, ist merkliche Hörverbesserung und eine bedeutende subjective Erleichterung erzielt worden. Auf eine operative Entfernung der Exostose wollte Patient nicht eingehen. Vor mehreren Jahren wurde mir Patient von Herrn Dr. Teleki wieder vorgestellt, mit der Angabe, dass seit mehreren Tagen äusserst heftige Schmerzen und ein übelriechender Ausfluss sich eingestellt hätten. Es gelang auch diesmal, durch Einschieben dünner Drainröhrchen zwischen Exostose und Gehörgangswand die putrid zersetzten, bräunlichgelben Epidermismassen auszuspülen und die bedrohlichen Symptome zum Schwinden zu bringen.

Nach dem vor 2 Jahren an Marasmus erfolgten Tode wurde P.

gemäss der letztwilligen Verfügung des Verstorbenen gestattet, das Gehörorgan behufs wissenschaftlicher Untersuchung herauszunehmen. Das demonstrierte Präparat zeigt nun folgende Veränderungen: Vom hinteren oberen Rande der Eingangsöffnung des knöchernen Gehörgangs geht eine  $1\frac{1}{2}$  Ctm. lange und 1 Ctm. breite, etwas höckerige Exostose aus. Sie erscheint von der Schläfebeinschuppe und dem Planum mastoid. durch seichte Furche begrenzt. Nach Entfernung der Weichtheile und der vorderen unteren Gehörgangswand findet man das Lumen des Gehörgangs von einer braungelben grieslichen Epidermismasse ausgefüllt, welche sich durch eine kleinlinsengrosse Perforationsöffnung am Trommelfelle bis in die Trommelhöhle erstreckt. Nach Entfernung dieser Massen zeigt sich der Gehörgang stark erweitert, der Margo tym. über der Shrapnell'schen Membran in der Ausdehnung einer Linse defect, der Grund des Defectes von einer dünnen, eingesunkenen Narbe ausgefüllt, welche den Hammer-Ambosskörper unmittelbar berührt. Die obere Gehörgangswand bis auf einen kleinen Knochen-Saum, welcher den oben erwähnten Defect begrenzt, ist durch Druckursur zerstört, und führt die Lücke in eine mehr als kirschkerngrosse, glattwandige Höhle, welche zum Theile schon in den Bereich des Warzenfortsatzes fällt. Diese ist an ihrer Kuppe zackig durchbrochen und führt die Lücke unmittelbar in das ebenfalls mit griesslicher Epidermis erfüllte Antrum mastoid. Die Innenseite der Exostose erscheint etwas ausgehöhlt, wodurch der vordere Rand stumpfkantig hervortritt. Die Basis der Exostose geht nach innen einerseits in eine stumpfe Kante über, welche die Gehörgangswand von der grossen Höhle oberhalb des Gehörganges trennt, andrerseits geht sie in diese Höhle selbst über. Der Warzenfortsatz ist vollständig eburneisiert. Der obere Trommelhöhlenraum und ein Theil des Antrum sind vom neugebildeten Bindegewebe ausgefüllt, der mittlere und untere Trommelhöhlenraum frei, Labyrinth und Canalis acusticus unverändert.

In der Epikrise des Falles hebt P. hervor, dass die Exostose höchstwahrscheinlich einer früheren Otorrhoe ihre Entstehung verdankt und dass die Knochendefecte am Gehörgange und zum Theile auch im Warzenfortsatze durch die Retention der Epidermidmassen entstanden sind. Die Perforationsöffnung im Trommelfelle und die gleichzeitige Durchlöcherung der geschilderten Knochenhöhle gegen das Antrum waren günstige Momente für die Ausstossung der Epidermismassen im Mittelohre gegen die Räume des äusseren Gehörgangs. Dass durch eine frühzeitige Abmesselung der Exostose die Entstehung der Knochendefecte im Schläfebeine hintangehalten worden wäre, ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Herr A. Politzer: Demonstration einer Patientin, bei welcher die Radicaloperation der Freilegung der Mittelohrräume mit nachfolgender Thiersch'scher Transplantation ausgeführt wurde.

46jährige, sonst vollkommen gesunde Frau. Ursache und Beginn des Ohrenleidens unbekannt; seit einem Jahre zeitweise geringe, nicht übelriechende Eiterung aus dem linken Ohre. 4 Wochen vor der Spitalaufnahme starke Schmerzen in und hinter dem linken Ohre, seit 14 Tagen sichtbare Anschwellung an der Spitze des Warzenfortsatzes.

Bei der ersten Untersuchung zeigte sich der Gehörgang verengt, mit

Eiter gefüllt, im Mittelohr weiche Granulationen, die Weichtheile des Warzenfortsatzes im oberen und mittleren Theile normal, an der Spitze ein nussgrosser Abscess, der an einer stecknadelkopfgrossen Stelle spontan durchgebrochen ist.

Am 18. April dieses Jahres wurde die Radicaloperation mit Plastik der Gehörgangswand ausgeführt; im Cavum tympani und Attic weissgelbe, trockene Cholesteatommassen. Die Fistelöffnung im Abscesse an der Spitze des Warzenfortsatzes führt direct an die untere Wand des Cavum tympani.

Am 24. April wurde die Transplantation nach Thiersch mit Hautlappen, entnommen der Streckseite des linken Vorderarmes, vorgenommen. An der vorderen und unteren Wand des Wundcanals ist die Transplantation vollständig gelungen, an der hinteren Wand wurde die neue Cutis abgestossen. Obwohl die Ueberhäutung der vorderen und unteren Wand des Canals eine Verwachsung desselben ausschliesst, wird dennoch eine neue Transplantation an der hinteren Wand demnächst vorgenommen werden. P. glaubt, dass vorläufig das Offenhalten des Wundcanals im Warzenfortsatze das sicherste Mittel zur Hintanhaltung von Recidiven des Cholesteatoms bietet.

#### Discussion:

Herr Urbantschitsch hat bei einigen Fällen die Transplantation nach Siebenmann-Bezold vorgenommen. In einem Falle benutzte er mit gutem Erfolge die Haut der anderen Ohrmuschel, an der er eine plastische Operation gemacht hatte, in einem anderen Falle die Haut vom Oberschenkel. In einem Casus, wo er wegen Cholesteatom operirte, machte er sogleich die Transplantation, welche auch, wie es nach 12tägiger Beobachtung scheint, ganz gut hält.

Der Vortrag des Herrn Gruber: „Ueber Morbus Ménièrei“ erscheint ausführlich an erster Stelle dieser Nummer.

## II. Referate.

### a) Rhinologische:

**Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand.** Von Dr. Fr. Fischenich in Wiesbaden. (Archiv für Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Hämatome der Nasenscheidewand sind cystische Extravasationsgeschwülste, welche ausschliesslich durch ein Trauma entstehen. Je stärker die Blutung, desto schneller ihre Entwicklung. Nur selten gelangen sie, sich selbst überlassen, zur Resorption, zeitweilig entwickeln sie sich zu Cysten mit mehr oder weniger blutig-serösem Inhalte. Weit häufiger ist der Uebergang in Eiterung. Septumperforation ist ein im Verlaufe des Hämatoms fast regelmässig vorkommendes Ereigniss und wohl als Druckusur aufzufassen. Baldige breite Eröffnung mit Messer und Scheere bildet das zweckmässigste Heilverfahren. F. theilt einige von ihm beobachtete Fälle mit und zum Schlusse zwei Fälle von seröser Perichondritis der Nasenscheidewand, einer Affection, die im

Gegensätze zur einfachen eitrigen, primären und secundären Perichondritis, wie sie im Gefolge von Lues, Lupus, Tuberculose, häufiger eines Trauma's beobachtet wird, als ausserordentlich selten zu gelten hat.

Beschorner.

---

**Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand.** Von Dr. A. Kuttner in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Bericht über drei einschlägige Fälle, welche durch breite Incision bezw. Excision eines Schleimhautstückes und Jodoformgaze-Tamponade in wenig Tagen geheilt wurden. Bei sämtlichen Patienten ergab weder Anamnese noch genaueste Untersuchung des ganzen Körpers irgend einen Anhaltspunkt für ein constitutionelles Leiden. Für die Bezeichnung acute idiopathische Perichondritis schlägt K., da uns die Aetiologie derselben zumeist ebenso bekannt ist, wie z. B. bei einem Panaritium oder einem Mammaabscess, und da nicht die Entzündung, sondern die Eiterung und Gewebnecrose dem ganzen Prozesse den Stempel aufdrückt und zu einem typischen macht, den Namen: acute Phlegmone oder Abscess der Nasenscheidewand vor.

Beschorner.

---

**Versuch einer Nomenclatur der Geruchsqualitäten.** Von Dr. Ed. Aronsohn in Bad Ems—Nizza. (Archiv f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Erweiterung und Ergänzung einer früheren Arbeit behufs Eintheilung der Gerüche in Klassen, wobei es dem Autor zweckmässig erscheint, die Gerüche complicirter Körper auf ähnliche Gerüche wohlbekannter chemischer Körper zurückzuführen, der dann als Grundgeruch, als Repräsentant dieser Geruchsqualität zu gelten hat. Da wir den physiologischen Weg kennen lernten, meint A., wie wir die Gerüche in Klassen einzutheilen haben und wie, mit Hilfe der in der Chemie eingeführten, in allen Ländern gleich geltenden Bezeichnungen, die Worte nach gewissen Regeln gebildet werden können, so können auch die specifischen Ausdrücke für die specifischen Eigenschaften, welche Buchner verlangt, festgestellt werden. Dementsprechend macht A. Vorschläge, durch Beispiele erläutert, welche im Originale nachgelesen werden müssen.

Beschorner.

---

**Zur Operationsfrage der Nasenrachentumoren.** Von Dr. Fr. Kijewski und Dr. W. Wróblewski in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Im Nasenrachenraum begegnen wir den verschiedensten Geschwülsten: Fibromen, Fibroadenomen, Adenomen, Carcinomen, Sarcomen, Enchondromen, Cysten etc. Im Allgemeinen und ausgenommen die adenoiden Vegetationen, gehören diese Neubildungen nicht zu den häufigen Befunden. Unter 13 Beobachtungen fanden obengenannte Autoren 9 Mal Polypen, 3 Mal Sarcom, 1 Mal Adenoma destruens. Dieselben wurden zumeist, ohne Voroperation, auf natürlichem Wege entfernt. Auf Grund ihrer eigenen und der Erfahrungen Anderer, welche genau besprochen werden, kommen sie hierauf zu folgenden Schlüssen: 1) Nasenrachentumoren



müssen möglichst frühzeitig operirt werden; 2) die Entfernung der fibrösen Polypen muss eine radicale sein; 3) Polypen können radical, ohne Voroperation, mittelst einfacher Methoden, namentlich mittelst kalten und galvanocaustischen Schlingen und Zangen, entfernt werden, es müssen aber die Stielreste nachher gründlich ausgekratzt und ausgebrannt werden und zwar unter Controle des Fingers und des Rhinoscops; 4) nach den einfachen Operationsmethoden muss der Sitz der Erkrankung fortdauernd genau controlirt werden, damit alle verdächtigen Stellen frühzeitig entfernt werden können; 5) bei fibrösen Polypen mit complicirtem Sitz und bei voraussichtlich grösserer Blutung müssen Voroperationen ausgeführt werden, deren Wahl vom Ausgangspunkte des Tumors und der Richtung seiner Auswüchse abhängt; 6) bei bösartigen Tumoren muss die Operation ausgiebig und eingreifend sein, um gründlicher Entfernung möglichst gewiss sein zu können.

Beschorner.

### b) Pharyngo-laryngologische:

**Ueber rheumatische und verwandte Affectionen des Pharynx, Larynx und der Nase.** (On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx and nose.) Von Dr. W. Freudenthal, New-York. (Medical Record, 16. Februar 1895.)

F. bespricht zuerst die rheumatischen Affectionen des Larynx, welche von den einzelnen Autoren mit verschiedenen Namen bezeichnet werden und von denen die rheumatische Laryngitis die häufigste ist. Eine andere Erkrankung ist der Gelenkrheumatismus des Larynx, der, wenn nicht ähnliche Läsionen in anderen Regionen vorhanden sind, schwer zu diagnosticiren ist. Er führt einen Fall von Paralyse des linken Stimmbandes in Folge von Rheumatismus und ebenso einige Fälle lithämischen und gichtischen Ursprungs an.

Rheumatische Angina ist jetzt allseitig anerkannt, und oft bildet die Angina das Anfangsstadium der rheumatischen Attacke. Auch die sog. Heryng'schen gutartigen Pharynxulcerationen hängen nach ihm von Rheumatismus ab, wenigstens haben antirheumatische Mittel dieselben beseitigt.

F. glaubt, dass auch die Nase manchmal von Rheumatismus ergriffen sei und beschreibt zweierlei Zustände: einen ohne sichtbare Veränderungen, den anderen mit Muschelschwellungen einhergehend, die durch Cocain nicht reducirt wurden. In beiden Fällen hatte gegen Rheumatismus gerichtete Behandlung den gewünschten Erfolg.

G—n.

**Fischgräten in dem Halse und was sie für den Schluckact lehren.** (Fish bones in the throat and what they suggest concerning deglutition.) Von Adolph Rupp, M. D., New-York. (New-York medical Journal, 19. Mai 1894.)

Verf. führt zunächst an, dass diese Fremdkörper verhältnissmässig selten im Pharynx gefunden würden. Jurasz habe unter 4048 Kranken nur viermal einen Fremdkörper gefunden, während doch 19 Kranke über angeblich verschluckte Fremdkörper geklagt hätten. In der New-York

Eye and Ear Infirmary sei unter 7840 Kranken keiner mit Fremdkörper im Pharynx gewesen. Schäffer in Bremen habe in 10 Jahren nur 7 Fälle gesehen. Verf. bespricht dann die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung, möge nun der Fremdkörper wirklich vorhanden oder nur seine Anwesenheit vermuthet sein. Betreffs die Untersuchung zieht er die mit einer guten Beleuchtung der mit dem Finger vor, weil da Täuschungen z. B. durch das grosse Horn des Zungenbeins etc. vorkommen könnten. Er berichtet danach über 5 Fälle von Fischgräten, die er selbst beobachtet. Nach seiner Ansicht kämen die Fälle so selten zur Beobachtung, weil der Mund, die Fauces und der Pharynx so wunderbar zweckmässige Organe seien. Ombani habe 14 noch saugende junge Thiere 127 Nadeln schlucken lassen, von denen 110, ohne Beschwerden zu machen, durch den Anus abgegangen seien. Nach Brechmitteln hätte Ombani allerdings eine Anzahl Nadeln gefunden, welche die Magenwand durchbohrten. Er geht dann auf die Theorie des Schluckens über und glaubt es dem ausserdem, dass der Bissen von der Zunge eine Drehbewegung erhalte, und ausserdem der zufälligen Lage der spitzen Körper in dem Bissen zuschreiben zu müssen, dass die Gräten und Nadeln so oft in der Mandelgegend gefunden würden. Stuart und Mc Cormic hätten bei einem Patienten mit einer durch Operation entstandenen seitlichen Oeffnung im Pharynx beobachten können, dass sich die Epiglottis beim Schlucken nicht über den Larynx herunter legte, sondern gegen die Basis der Zunge aufgerichtet geblieben sei; geschluckte Auster seien über die laryngeale Fläche des Kehldeckels geschlitten und an der Seite herausgekommen.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Ursachen der Einkeilung von Fremdkörpern, wie Fischgräten, Näh- und Stecknadeln und ähnlicher, sind nicht ursprünglich in dem Pharynx zu suchen. 2) Unter normalen Verhältnissen sind Zunge, Fauces und Schlund, so weit sie bei dem Schluckact in Betracht kommen, vollkommene Organe. 3) Die primäre und Hauptursache, weswegen Fischgräten und Nadeln im Halse gefangen werden, ist in dem Bissen selbst zu suchen, in der Lage des Fremdkörpers in demselben und nebenher noch in den Kräften, welche ihn nach dem Magen treiben. 4) Möglicherweise verlässt der Bissen die Zunge mit einer schraubenförmigen Bewegung und steigt so in den Schlund hinab. 5) Die Falk-Kronecker-Meltzer'sche Auffassung des Schluckacts kann zur Erklärung benutzt werden, wieso Fischgräten in dem Halse festgepackt werden; die Experimente der genannten Herren schliessen die Kreisbewegung als eine der den Bissen vorwärtreibenden Kräfte nicht aus. 6) Der Kehldeckel ist ein indifferentes Organ, so weit es sich um den Schluckact handelt und ebenso für Fremdkörper.

Am Schlusse polemisiert Verf. gegen die in Deutschland noch verbreitete Ansicht, dass die Epiglottis den Schluckstrom nach den beiden Seiten ablenke und nur durch grosse Bissen hinuntergedrückt werden könne. Er führt speciell das Buch des Ref. an, der öfter Fremdkörper in der Gegend des Kehldeckels gefunden haben wolle; Verf. habe in der ganzen Literatur keine einschlagenden Fälle finden können. Ref. hat in den letzten 12 Jahren 51 Fälle von Kranken gesehen, welche mit Klagen über geschluckte Fremdkörper zu ihm kamen. Unter diesen waren 21 Fischgräten, 3 Borsten von Zahnbürsten, ein Stachel einer Preiselbeere, eine Granne einer Aehre und eine Nadel, also 27 spitze

lange Fremdkörper. Bei 20 Kranken konnte auch die genaueste Untersuchung, die Ref., wenn er den Körper sonst nicht zu finden vermag, immer auch noch mit dem Finger vervollständig, das Vorhandensein eines Fremdkörpers nicht mehr nachweisen, trotzdem die Klagen noch sehr lebhaft empfundene waren. 25 dieser Fremdkörper fanden sich in den Mandeln und Umgebung, drei im Sinus pyriformis und drei in oder an der Epiglottis.

M. Schm.

---

**Soll man das Zungenbändchen durchschneiden?** (Faut-il couper le frein de la langue?) Von Dr. Chervin. (Société d'Éditions scientifiques und Revue de laryngologie et d'otologie No 23, 1894.)

Soll beim Neugeborenen nur ausgeführt werden, wenn das Kind nicht saugen kann; man soll sie nie ausführen, selbst wenn die Familie es verlangt, um Stottern oder Stummsein präventiv zu verhindern.

Dr. P. K.

---

**Syphilis der Zungenmandel.** (Syphilis de la tonsille linguale.) Von Dr. Schiffers. (Archives internationales de rhinologie, Juni 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Ein Schanker kann sich hier ausnahmsweise localisieren. Geschwür an der Zungenbasis, Schlingbeschwerden, indolente Drüsenschwellung am Unterkiefer, endlich Roseola, welche keinen Zweifel mehr übrig liess. Das Küssen muss hier als Ursache angesehen werden; hätte man hier den Schanker nicht gefunden, so wäre dieses Beispiel wieder eins von denen gewesen, wo man die Eingangspforte der Syphilis nicht entdeckt hätte.

Dr. P. K.

---

**Entzündungen des lymphatischen Mandelgewebes an der Zungenbasis: vierte Mandel, Zungenmandel.** (Des affections inflammatoires des tissus glandulaires lymphatiques de la base de la langue: 4ième amygdale, amygdale linguale.) Von Dr. Simanovski. (Wratsch und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Diese Entzündungen sind, wenn man genau Acht giebt, viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Verf. hat in sieben Jahren, als er seine Aufmerksamkeit darauf lenkte, 28 acute und 203 chronische Mandelentzündungen dieses Gewebes beobachtet. Verf. betont die durch das Ligamentum glossoepiglotticum medium, die in V gestellten Zungenpapillen, das kräftige Ligamentum hyoepiglotticum und die Ligamenta glossoepiglottica lateralia begrenzte, kaum 1,50 Ctm. messende Höhle, welche die hier auftretenden Eiterungen beschränken. Er beschreibt der Reihe nach die catarrhalische, die lacunäre, die folliculäre, die eiterige Entzündung nebst deren Behandlungsweise.

Dr. P. K.

---

**Störungen durch Hypertrophie der vierten Mandel bei einer Hysterischen hervorgebracht.** (Des désordres produits par l'hypertrophie de la quatrième amygdale chez une hystérique.) Von Dr. Villecourt. (Gazette des hôpitaux 1894 und Révue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Eine 30jähr. hysterische Frau bekommt plötzlich Dyspnoe mit Erstickungserscheinungen. Schlingbeschwerden, Schmerz in der Höhe des

rechten grossen Zungenbeinhornes, Gefühl eines Fremdkörpers im Halse. Gutes Allgemeinbefinden. Die Zungenmandel war nach rechts hypertrophisch geröthet.

Dr. P. K.

---

**Ein Fall von Sarcoma des Gaumens, erfolgreich mit Toxinen von Erysipelas behandelt.** (A case of sarcoma of the palate successfully treated with the toxines of erysipelas.) Von Dr. Johnson, Paterson. (Medical Record, 17. November 1894.)

Patient von 16 Jahren, häufig an Tonsillentzündungen erkrankt, bekam 6 Wochen vor der Untersuchung Schmerzen im Halse, Schluckbeschwerden, Dyspnoe. Inspection ergab durch die microscopische Untersuchung nachher bestätigte sarcomatöse Erkrankung des ganzen weichen Gaumens, der Gaumenbögen, Tonsillen, des harten Gaumens bis fast an die Schneidezähne, der Zungenbasis, Epiglottis und des oberen Theils des Larynx, ausserdem Betheiligung der Nackendrüsen.

Patient wurde mit subcutanen Injectionen der Culturen von Streptococcus erysipelatosus und Bacillus prodigosus nach Coley's Methode behandelt. Beginnend mit 15 Tropfen der ersteren und bis 60 Tropfen steigend, wurden von letzterer 5 Tropfen injicirt, als die Dose der ersteren 35 erreicht hatte. Die Behandlung wurde mit geringen Unterbrechungen vom 31. October 1893 bis 1. Juni 1894 fortgesetzt, zu welcher Zeit Pat. sich sub- und objectiv wohl befand. Am 1. October 1894 zeigte sich vollständige Vernarbung, einzelne narbige Stränge, kein Recidiv.

G—n.

---

**Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome.** Von Dr. O. Chiari in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc, Bd. II, Heft 1, 1894.)

Die von Ch. untersuchten 16 Stimmbandgeschwülstchen bestanden nur aus denselben Geweben, wie das Stimmband; das Bindegewebe war nirgends in Form eines Knotens gegen die oberflächlichen Schichten des Tumors abgegrenzt; daher darf man sie nicht als Fibrome ansehen, sondern nur als umschriebene Hypertrophien aller oberflächlichen Schichten des Stimmbandes, also als Polypen im Sinne Eppinger's. Der Hauptantheil an dem Wachsthum der Polypen kommt der Stauung zu, die sich theils in Ausdehnung von Gefässen, theils in serösen Ergüssen, theils in Bildung von grossen Bindegewebsmaschenräumen, theils in Blutungen äussert. Wahrscheinlich, meint Ch., zeigen auch die meisten anderen ähnlichen Geschwülste der Stimmbänder gleichen Bau und Entwicklung, so dass man die meisten mit Recht als Stimmband-Hypertrophien und nicht als Fibrome bezeichnen sollte. Dafür spreche ihr ganzes klinisches Verhalten. Leugne er natürlich nicht das Vorkommen von Fibromen im Kehlkopfe, so dürften sie doch selten sein.

Beschorner.

---

**Ueber Physiopathologie des Recurrens.** (De la physiopathologie du recurrent.) Von Dr. G. Masini. (Bollet. della R. accademia medica di Genova und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) im Recurrens befinden sich centripetale und centrifugale Fasern; 2) Reizung und Com-

pression des Recurrens bringen zuerst vermehrte Adduction der Stimmbänder und dann Contractur derselben hervor; 3) die Contractur ist die Folge der Contraction sämtlicher endolaryngealen Muskeln, mit Einschluss der Abductoren; 4) die Abductoren sind theilweise unter dem directen Willenseinfluss.

Dr. P. K.

---

**Zwei Fälle von hysterischer Taubheit.** (Deux cas de surdite hysterique.) Von Dr. A. Cartaz. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 11, 1894.)

Nicht so selten, als früher allgemein angenommen wurde. Verf. erzählt einen Fall von traumatischem hysterischen Stummsein und einen zweiten Fall von hysterischem Blindtaubsein.

Dr. P. K.

---

**Einfluss der Ovariotomie auf die weibliche Stimme.** (De l'influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme.) Von Dr. E. J. Mouré. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894.)

Bisher wenig berücksichtigt; meist nur an der Singstimme bemerkbar, und dann noch nicht immer; nur bei jugendlichen Individuen bemerkbar. Im Allgemeinen sinkt die Stimme nach der Castration der jungen Frau, während beim jungen Manne nach der Castration die Stimme höher wird. Verf. erzählt zwei Krankengeschichten.

Dr. P. K.

---

**Ueber Laryngitis fibrinosa.** (De la laryngite fibrineuse.) Von Dr. Schech. (Deutsche med. Wochenschrift und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Auf das linke wahre Stimmband und den entsprechenden Morgagni'schen Ventrikel beschränkt; charakteristischer Abguss des Ventrikels und des falschen Stimmbandes, welcher alle drei Tage ausgeworfen wurde. Localbehandlung liess im Stiche, bis 10procentige Höllensteinlösung angewandt wurde; das linke wahre Stimmband blieb noch eine Zeit lang schwer beweglich.

Dr. P. K.

---

**Angina pseudomembranacea mit Streptococcen und Orchitis bei Varicella.** (Angine pseudomembraneuse à streptocoques et orchite dans la varicelle.) Von Dr. J. Girode. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, August 1893 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1894.)

Gewöhnlich kommen im Munde nur an der Zunge und am harten Gaumen Varicellabläschen vor; hier war von Anfang an tiefe Abgeschlagenheit, welche auf eine ernstere Infection schliessen liess, noch ehe die Varicella auf der Haut erschienen war; die Pseudomembranen mit einer nachfolgenden Orchitis bildeten das Hauptkrankheitsbild; die Krankheit dauerte 6 Wochen. Die gleich am ersten Tage angestellte bacteriologische Untersuchung ergab fast reine Streptococcenculturen von sehr grosser Virulenz; Klebs-Löffler'sche Bacillen waren nicht zu finden.

Dr. P. K.

**Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche bacteriologisch als nicht diphtheritisch erkannt war.** (Paralytic consécutive à une angine pseudomembraneuse reconnue non diphthérique à l'examen bactériologique.) Von Dr. Proust. (Académie de médecine de Paris, Séance du 18 Décembre 1894 und Semaine médicale No. 70, 1894.)

Ein 7jähr. Knabe litt zwei Wochen an Angina pseudomembranacea, bekam nach zwei Wochen nächtliche Aufregung, Zähneknirschen, Strabismus convergens, Gaumenlähmung und unvollständige Lähmung der Beine; keine Sensibilitätsstörung und keine Muskelatrophie. Heilung nach einem Monat. Die bacteriologische Untersuchung hatte keine Löffler'schen Bacillen, sondern blos Streptococcen ergeben. Die das Kind pflegende Mutter bekam dieselbe pseudomembranöse Angina mit demselben bacteriologischen Befund. Eine den Löffler'schen Bacillus nicht enthaltende Angina kann also sogenannte diphtheritische Lähmungen hervorrufen.

Dr. P. K.

**Beitrag zur Aetiologie der sogenannten Angina follicularis.** (Contribution à l'étiologie de la soidisant angine folliculaire.) Von Dr. Sendziak. (Gazeta Lekarska No. 31, 1894 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Verf. kommt nach seinen klinischen und bacteriologischen Versuchen zu dem Schlusse, dass die Angina follicularis ätiologisch ein für sich unabhängiger Process ist, ohne jede Verwandtschaft mit Diphtherie; sie ist contagiös, wir kennen aber bis jetzt leider das spezifische Agens nicht.

Dr. P. K.

**Behandlung der Diphtheritis mittelst der Serumtherapie im Hospital Trousseau.** (Traitement de la diphtérie par la sérothérapie à l'hôpital Trousseau.) Von Dr. Le Gendre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 14 Decembre 1894 und Semaine médicale No. 70, 1894.)

Die Todesfälle betragen nur mehr 11,1 pCt.; man soll dabei die Tracheotomie im Princip nicht verwerfen, da selbe bei der Serumbehandlung eine viel leichtere Operation ist. Die unangenehmen Nebenwirkungen hängen von dem Pferde ab, von welchem das Serum herrührt. Das Serum verhindert nicht in allen Fällen die bei Diphtheritis eintretenden Folgezustände. Präventiv soll das Serum nicht eingespritzt werden; es soll nur bei gestellter bacteriologischer Diagnose angewandt werden. Im Hôpital des enfants malades war die Sterblichkeitsziffer nur mehr 11,57 pCt.; rechnet man die Fälle ab, wo der Tod vor Ablauf der ersten 24 Stunden des Spitalaufenthaltes eintrat, so bleiben nur mehr 8 pCt. Todesfälle.

Im Institut Pasteur hat man beschlossen, das von den verschiedenen Pferden herrührende Serum zu mischen, um so eine gleichartige Flüssigkeit zu erhalten.

Dr. P. K.

**Fall von Diphtherie mit Antitoxin behandelt.** (Case of diphteria treated with Antitoxin.) Von A. Macgregor, M. D., Aberdeen. (Lancet, 3. Nov. 1894.)

Der Fall betraf einen 10jährigen Knaben, wurde mit Schering's Antitoxin behandelt und heilte.

M. Schin.

**Pachydermia laryngis, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie.** Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Virchow versteht, nach seinem im Jahre 1887 in der Berl. med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage, unter Pachydermia laryngis zweierlei Zustände: Der eine ist umschrieben und führt zur Geschwulstbildung (Pachydermia verrucosa), gemeinhin von den Laryngologen Papilloma laryngis genannt, der andere wird als Pachydermia diffusa bezeichnet. Die letztere, und nur von dieser Form spricht F. in vorliegender Arbeit, beginnt mehr in dem oberflächlichen Bindegewebe der Mucosa, als mächtige Hyperplasie derselben, während das Epithel sich verdickt und in seinen oberflächlichen Schichten verhornt zeigt. Diese Verhornung findet sich nicht nur an den Theilen, welche normaler Weise Plattenepithel tragen, sondern auch an dem Cylinderepithel. Durch all' dies unterscheidet sich der Zustand sehr wesentlich vom blossen chronischen Catarrh. Um Carcinom aber, das allein beziehentlich der Aehnlichkeit in Frage kommen könnte, von der Pachydermie anatomisch zu trennen, wird es immer darauf ankommen, die fortbestehende Grenze zwischen Bindegewebe und Epithel festzustellen, und wird man bei einiger Uebung auch die in Bezug auf die Formen des Epithels immer typischen Zapfen der Pachydermie von dem atypischen Zapfen des Carcinoms zu unterscheiden wissen. Weiter spricht sich F. über den schalenförmigen Wulst und dessen charakteristische Delle aus, von der er, abweichend von Virchow, glaubt, dass dieselbe den Abdruck des Wulstes der anderen Seite darstellt, eine Annahme, die durch klinische Beobachtungen auch von Anderen (Réthi, Krieg etc.) in ihrer Richtigkeit bestätigt wird. Als Complicationen nennt F. den sogen. Prolapsus ventriculi, Geschwüre, Risse und Sprünge an der hinteren Kehlkopfwand, Ulcerationen am Processus und Perichondritis arytaenoidea. „Die Pachydermie — schliesst F. — stellt sich uns als ein Zustand vor Augen, welcher anatomisch wohl gekennzeichnet, trotz der Verschiedenartigkeit seiner Aetiologie das Interesse auch des Klinikers in hohem Grade in Anspruch nimmt.“

Beschorner.

**Pachydermia laryngis, ihre klinische Bedeutung, Eintheilung und Therapie.** Von Dr. Ottok. Chiari in Wien. (Archiv f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Auch Ch. spricht, gleich Fränkel (s. obiges Referat), nur von der Pachydermia diffusa, die er in die primäre, typische oder idiopathische einerseits und in die secundäre, symptomatische oder accessorische andererseits eintheilt. Die erstere tritt in der von Virchow geschilderten Erscheinungsweise, gewöhnlich am Processus vocal., seltener an der Interarytänoidealfalte auf und wird macroscopisch durch die Wulstbildung an jenem so deutlich characterisirt, dass ihre Diagnose leicht ist. Histologisch kennzeichnet sie sich durch Verdickung des Epithels mit Zapfenbildung, mit oder ohne stärkerer Betheiligung des darunterliegenden Bindegewebes, als Folge specifischer Reize, z. B. bei Tuberculose, Syphilis, Typhus, Carcinom etc. — Hierauf geht Ch. zur Besprechung der Therapie über, wobei er hervorhebt, dass, da der Name Pachydermie nur ein Symptom, nicht eine Krankheit für sich bezeichne, die Behandlung

jener identisch sei mit der Behandlung der Epithelialverdickungen des Kehlkopfs überhaupt, seien sie nun dünn oder dick, mit oder ohne Betheiligung des Bindegewebes verlaufend, durch Catarrh oder andere Reize bedingt. 1) Als leichteste Form der Verdickung des Epithels nennt er die Trübung oder weissliche Verdickung der Stimmbänder oder der Plica interarytanoidea: Pinselungen mit Lapislösung oder Jodglycerin. 2) Die Sängerknötchen, Verdickungen des Epithels ohne oder mit Betheiligung des Bindegewebes. — Diätetisches Verhalten. Lapis infern. Operation. 3) Die typische reine Pachyderm. diffusa an den Proc. vocales: Prophylaxe. Diät. Schwefelwässer, Jodkalium, Inhalation von 2- bis 3procentiger Essigsäure oder physiolog. Kochsalzlösung. Bepinselung mit Kali caustic., Jodglycerin, Lugol'scher Lösung; Aetzung mit Lapis infernal.; Operation mittelst Galvanocaustik, Electrolyse oder schneidenden Instrumenten. 4) Pachyderm. laryng. idiopathic. der Plica interarytanoidea mit oder ohne gleichzeitige Localisation an den Processus vocales oder sogar an den ganzen Stimmbändern (nur ganz selten beobachtet). Exstirpation. 5) Pachyderm. accessoria, hervorgerufen durch spezifische Reize, als besonders Tuberculose, Syphilis, Lupus etc. Bei beträchtlichen Stimm- oder Athemstörungen: Operatives Vorgehen. Beziehentlich der localen operativen Behandlung bei tuberculösen Geschwüren und bei pachydermischen Infiltraten tuberculöser Natur giebt Ch. folgende Indicationen: 1) wenn Athemnoth besteht und wenn sich die Stenose voraussichtlich leicht durch endolaryngeale Eingriffe beseitigen lässt (sonst Tracheotomie); 2) wenn Schlingbeschwerden und Heiserkeit durch leicht zu entfernende Wucherungen veranlasst werden und der Allgemeinzustand nicht zu schlecht ist; 3) wenn sich die Tuberculose des Kehlkopfes bei gutem Allgemeinbefinden in Form von Infiltraten umschriebener Art äussert, die voraussichtlich völlig entfernt werden können. Schliesslich empfiehlt Ch., den Namen Pachydermia diffusa als klinische Diagnose nicht zu verwenden, da man jetzt schon, und mit Recht, die verschiedensten, schon längst bekannten Zustände mit diesem Namen bezeichnet. Sie bekamen nur jetzt einen gemeinsamen Namen, so dass die Gefahr nahe liegt, man möchte sie alle als eine in sich abgeschlossene Krankheit betrachten, während sie doch nur das gemeinsam haben, dass bei ihnen Epithelverdickung in Folge chronischer Reize besteht.

Beschorner.

**Nachtrag zu dem Aufsatz über den Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels im ersten Bande des Archivs für Laryngologie, Seite 369. Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Archiv für Laryngologie, Bd. II, Heft 1, 1894.)**

Fall von Maxim. Bresgen betreffend, welcher in der Monatsschr. für Ohrenheilk. etc. 1882, No. 4, unter der Ueberschrift: „Quetschung des Kehlkopfs mit Zerreissung und Vorfall der Ventrikelschleimhaut und Fractur der entsprechenden Schildknorpelplatte“ veröffentlicht wurde. F. kann sich zwar nicht davon überzeugen, dass ein Prolaps. ventriculi vorgelegen hat, giebt aber zu, dass auch durch ein Trauma Zustände hervorgerufen werden können, die an den Prolaps erinnern.

Beschorner.



**Acutes primäres infectiöses Oedem des Larynx.** (Des oedèmes aigues primitifs et infectieux du larynx.) Von Dr. F. Barjon. (Gazette des hôpitaux, 10. Mai 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Man findet in solchen Fällen immer Streptococcen und Pneumococcen, was auf Infection hindeutet. Kälte und Trauma sind nur zufällige Ursachen. Man unterscheidet die seröse und die phlegmonöse Form. Allgemeine und locale Symptome. Das Laryngoscop allein giebt Aufschluss über das Leiden. Behandlung: die gewöhnliche. Dr. P. K.

**Ein Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopflepra.** Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Beschreibung und Abbildung von neun Kehlkopfleprafällen, die übereinstimmend erkennen lassen, dass 1) stets die Epiglottis am leprösen Prozesse mitbetheiligt ist. Ihr Integument zeigt sich, durchweg verdickt, knotig verändert, sie liegt stark nach hinten über und ist seitlich mehr oder weniger comprimirt; — dass 2) eine beträchtliche Verdickung der Epiglottisschleimhaut gefunden wird, welche auch an denjenigen Stellen deutlich ausgeprägt erscheint, an denen eigentliche Knotenbildung nicht vorhanden ist; — dass 3) die Taschen- und Stimmbänder ausnahmslos erkrankt sind, meist ausgesprochene Knotenbildung zeigen oder doch wenigstens mehr oder weniger starke, meist sehr erhebliche Schwellung, die sich speciell an den Stimmbändern in der Pars processus vocalis deutlich wahrnehmen lässt; dass 4) die subchordale Schleimhaut durchweg diffus verdickt erscheint und nur hin und wieder flachknotige Auftreibungen erkennen lässt, und dass 5) sehr constant ein starkes Klaffen der Schleimdrüsenausführungsgänge und stärkere Anschwellung und Verdickung der sie direct umgebenden Gewebspartien angetroffen wird. — Der Knorpel erwies sich macroscopisch stets als intact; das Perichondrium hingegen in einzelnen Fällen eminent verdickt. Perichondritische Reizung war immer zu constatiren. Beschorner.

**Spontane Heilung eines Falles von ulceröser tuberculöser Laryngitis.** (Cas de guérison spontanée d'une laryngite tuberculeuse ulcé-rative.) Von Dr. A. P. Grayson. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 11, 1894 und Med. News 1894, 4. November.)

Lungeninfiltration und Tuberkelbacillen im Auswurf. Der Larynx heilte von selbst durch absolute Ruhe, ohne Localbehandlung.

Dr. P. K.

**Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopftzündung.** (Laryngitis chronica hypertrophica.) Von Dr. A. Sokolowski in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Sechs genau beobachtete Fälle, aus deren klinischem und anatomisch-pathologischem Verhalten S. folgende Schlüsse zieht: 1) die sog. hypertrophische subchordale Kehlkopftzündung ist in unserem Lande ein verhältnissmässig ziemlich seltener Process, welcher meist bei der Landbevölkerung auftritt; 2) ein klinischer Zusammenhang mit der sogen.

Blenorrhoea Stoerkii konnte nicht festgestellt werden; 3) in der Mehrzahl der Fälle wurde in der Anamnese Typhus angegeben und scheint letzterer, in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen anderer Autoren, eine gewisse ätiologische Rolle zu spielen; 4) vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus ist der Process als eine chronische hypertrophische Entzündung, die unter Bildung eines Narbengewebes endet, anzusehen. In einer gewissen Gruppe der Fälle ist als Entzündungserreger der spezifische Bacillus rhinoscleromatis anzunehmen; 5) als die einzig richtige Therapie ist die so früh wie möglich ausgeführte Laryngofissur mit tiefer Excision der gewucherten Kehlkopfabschnitte zu betrachten.

Beschorner.

**Einige Bemerkungen über die chronische Laryngitis sicca.** (Quelques considérations sur la laryngite chronique sèche.) Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Als charakteristische Symptome gelten Entzündung nebst Atrophie der Mucosa, Bildung und Eintrocknen fester adhärenter Secretionen. Bisher nicht genügend beobachtet. Immer mit Rhinopharyngitis sicca verbunden, trotz der entgegengesetzten Behauptung Gottstein's. Meistens bei Köchinnen und Kohlenarbeitern beobachtet. Verf. erzählt die Krankengeschichte, eine 23jährige Lehrerin betreffend, welche beweist, dass man immer den Nasenrachenraum untersuchen soll, wo man auch immer dieselbe Affection findet. Die functionellen Symptome bestehen natürlich in Stimmveränderung, in Aphonie, in Husten, in spärlichen Sputis, welche blutig sein können, in wahren Blutspeien; sieht dabei der Patient zufällig etwas abgemagert aus, so wird eine latente Tuberculose diagnostiziert, der Patient wird nach französischer Mode in eine Schwefeltherme geschickt, aus welcher er natürlich gebessert oder gar geheilt zurückkehrt; solche Fälle machen und machten die Schwefelthermen berühmt, während selbe bei wahrer Tuberculose mehr schaden als nützen.

Dr. P. K.

**Moderne Behandlung der Larynx- und Lungentuberculose.** (Modern treatment of laryngeal and pulmonary tuberculosis.) Von Dr. J. W. Gleitsmann, New-York, und Dr. Carl von Ruck, Asteville. (Medical Record, 6. April 1895.)

Gleitsmann spricht über die Behandlung der Larynx- und klimatologische Behandlung der Lungentuberculose, Ruck über allgemeine und spezifische Behandlung der letzteren.

Der Erstere macht in einem kurzen, historischen Rückblick auf den Fortschritt aufmerksam, der durch die Adoption der roborirenden gegenüber der früheren passiven Methode erreicht wurde und erwähnt Brehmer als deren Gründer. Für locale Behandlung werden ausser Sprays und Pulvereinblasungen vornehmlich die Milchsäure für Ulcerationen und submucöse Injections derselben für tuberculöse Infiltrate empfohlen. Die chirurgische Behandlung besteht in Incision, Curettement und Excision, für welche die Krause-Heryng'schen Instrumente am geeignetsten sind. Bei einer bis vor Kurzem noch für unheilbar gehaltenen Krankheit sind die Resultate Heryng's von 13 $\frac{1}{2}$  pCt. Heilungen ermunthigend, und wird auch ein geheilter Fall des Autors erwähnt. Die

klimatische Frage ist kurz abgehandelt, und wird auf die mit den verschiedenartigsten Klimaten ausgestatteten Orte und auf die Wichtigkeit einer sorgfältigen Auswahl des Curorts für den jeweiligen Fall hingewiesen.

Ruck giebt seine langjährigen Erfahrungen über die allgemeine Behandlung von Schwindsüchtigen, setzt seine sorgfältige Eruirung nicht bloß des localen, sondern auch des Allgemeinzustandes des Patienten bei der Aufnahme auseinander und betont die Nothwendigkeit, den Ernährungszustand des Patienten immer auf dem besten Niveau zu erhalten. Er zeigt, wie wichtig es ist, Patienten jeder Zeit überwachen zu können, um einerseits Fieber, Blutungen, Verdauungsstörungen, andererseits Bewegung, Nahrung, Bäder etc. reguliren zu können.

Er spricht des Weiteren über Antiphthisis und sagt, dass er es jetzt in nahezu 100 Fällen mit gutem Erfolg gegeben und besonders in den gefährlichen Fällen von acuter Tuberculose — vier an der Zahl — mit ausgezeichnetem Resultate angewendet habe. G—n.

---

**Wirkung des Toxins des Staphylococcus pyogenus aureus auf das Kaninchen und dessen secundäre Infectionen.** (De l'action de la toxine du staphylocoque pyogène doré sur le lapin et des infections secondaires qu'elle détermine.) Von Dr. Mosny und Dr. Marcano. (Académie des sciences de Paris, Séance du 26 Novembre 1894 und Semaine médicale No. 67, 1894.)

Die intravenöse Einspritzung hoher Dosen (10 Cubikcentimeter) filtrirter Culturflüssigkeit von Staphylococcus pyogenus aureus tödtet das Versuchsthier in einigen Secunden, während relativ kleine Dosen (1 bis 2 Cubikcentimeter) das Thier nicht tödten; das Kaninchen wird rasch wieder gesund, aber es magert allmählig ab und verliert in 4—5 Wochen ein Viertel seines Gewichtes; es ist nicht gegen die Einwirkung des lebendigen Staphylococcus geimpft; im Gegentheil, es ist empfänglicher dafür. Impft man nun ein solches Thier nicht weiter, so entstehen nach 5 Wochen profuse Diarrhöen, die Temperatur sinkt unter die Norm und das Thier stirbt nach etwa 5 Tagen; die Section zeigt constant dasselbe Ergebniss: kleine Abscesse in der Darmwand, namentlich im Dickdarm, Schwellung und Eiterung der Lumbaldrüsen, Peritonitis der Beckenserosa und oft des ganzen Unterleibes; nie gehen diese Läsionen über den Unterleib hinaus, die bacteriologische Untersuchung des Eiters ergiebt nie die Gegenwart des Staphylococcus aureus; diese Thatsache ist nicht überraschend, da nur filtrirte Culturen inoculirt wurden und mithin kein lebender Microb vorhanden sein konnte. Andererseits aber waren constant zwei andere Microben vorhanden, welche man aber auch immer in den Eingeweiden der Kaninchen findet.

Das Ganze der Experimente beweist, dass das Einführen eines Toxins in den Organismus, ohne eine augenblickliche Gefahr hervorzubringen, in späteren Zeiten den Tod der Thiere durch Eiterung hervorzubringen kann; diese Eiterungen entstehen durch den Austritt der Microben aus dem Darm, in welchem sie normaler Weise sich befanden. Das Einimpfen von antitoxischem Serum, welches von Thieren, die gegen den Staphylococcus oder seine Toxine immunisirt sind, entnommen ist, gestattet, das betreffende Thier gegen die directen Schädlichkeiten des

**Staphylococcus** und seine Toxine zu immunisiren, es beschützt aber das Thier nicht gegen die später eintretenden Infectionen. Die menschliche Pathologie zeigt zahlreiche Beispiele dieser krankhaften Anlagen des Organismus, welche durch vorherige Infection geschaffen worden sind; sie zeigt oft die Transformirung gutartiger einheimischer Microorganismen in pathogene.

Dr. P. K.

---

**Verengung der Speiseröhre in Folge von Verätzung mit Alcohol.**  
Von Dr. Weljaminoff. (Wratsch No. 5, 1895.)

Im betreffenden Falle wurde zunächst, da die Speiseröhre noch durchgängig war, von oben bougirt. In Folge von fortschreitender Cachexie wurde eine Magenfistel angelegt und von derselben aus bougirt. Pat. starb jedoch in Folge (wie die Section nachwies) von Perforation einer oberhalb der Strictur gelegenen Erweiterung der Speiseröhre. Verfasser empfiehlt daher, die Anlegung der Magenfistel frühzeitig (nicht als ultimum refugium) anzuwenden und sich der gefährlichen Bougirung von oben lieber ganz zu enthalten.

Gorodecki.

---

**Perforation der Speiseröhre mit Arrosion eines Zweiges der Arteria pulmonalis in Folge Steckenbleibens eines Knochens in der Speiseröhre.** Von A. Kowalski. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 1, 1895.)

Der Titel sagt Alles. Der Tod erfolgte am 12. Tage nach Verschlingen des Knochens. Die Blutung erfolgte in den Magen.

Gorodecki.

---

**Ueber eine neue electriche Untersuchungs Lampe.** Von Dr. E. Winckler in Bremen. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 1, 1894.)

Während bisher zu laryngo-rhinoscopischen Untersuchungen nur Glühlampen benutzt wurden, verwendet W. bei seinem neuen Apparate das Bogenlicht zu 200 Normalkerzen. Derselbe besteht aus einer durch den Reostaten regulirbaren Bogenlampe, einem Metallcylinder mit Linse und Hebevorrichtung der Bogenlampe und einem verstellbaren Stativ mit Scheibengelenk. Solchen, die Anschluss an eine electriche Centralstelle haben, ist der Apparat (zu beziehen durch Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen) zur Prüfung anzuempfehlen.

Beschorner.

---

### **Eingesendet.**

Löbliche Redaction!

Es wurde mir soeben eine Nummer der Wiener klin. Wochenschrift (1894, No. 1) zugeschickt, in welcher ein Vortrag des Herrn Professor Urbantschitsch „Ueber den Werth acustischer Uebungen an Taubstummen, auch in Fällen von anscheinend vollständiger Taubheit“ veröffentlicht ist. In dieser Abhandlung finde ich folgende Bemerkungen:

„Im Anschlusse an diese Mittheilung über die an Taubstummen vorgenommenen acustischen Uebungen erlaube ich mir noch in Kurzem zu bemerken, dass sich die Hörübungen auch in anderen Fällen von erworbener hochgradiger Schwerhörigkeit nützlich erweisen können. Einem Schwerhörigen ist stets zu empfehlen, dem schwerhörigen Ohre häufige

acustische Anregungen zu geben, um die darniederliegende Thätigkeit des acustischen Organes zu heben, anstatt, wie dies gewöhnlich geschieht bei einseitiger oder verschiedengradiger Schwerhörigkeit nur das gesunde oder besserhörende Ohr zum Hören zu verwenden oder ferner bei beiderseitiger bedeutender Schwerhörigkeit immer weniger Schalleinwirkung den Ohren zuzuführen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass in manchen Fällen von hochgradiger Schwerhörigkeit die Inactivität des Hörsinnes eine nicht unbedeutende Rolle spielt. (Es folgt ein Beispiel.) Ich glaube diese Beobachtung wohl auf eine Inactivität des Hörsinnes beziehen zu können, wie ja ähnliche Beobachtungen betreffs der Bedeutung einer Inactivität des Gesichtssinnes seit Langem bekannt sind.“

Von diesem im Vortrage nur eingestreuten Bemerkungen habe ich erst heute Kenntniss erhalten und erlaube mir an eine löbliche Redaction die Bitte zu richten, diese Thatsache im Anschlusse an meine Abhandlung „Ueber den Ausfall der Gehörspception auf einem Ohre“ (Mai 1895) gefälligst veröffentlichen zu wollen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Wien, 15. Juni 1895.

Dr. Ferdinand Alt.

### Correctur.

In der letzten Nummer dieser Monatschrift (Mai-Nummer) soll es S. 180, Zeile 11 von oben, heissen statt „seine Verbindungsfäden“ jene Verbindungsfäden.

## I N H A L T.

I. Originalien: Gruber: Ueber Morbus Ménéri. — Biehl: Zur Pathologie der „blutenden Septumpolypen“. — Krebs: Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica. — Ziem: Ein Fall von vorübergehender Aphasie nach Scharlach-Diphtheritis. — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — II. Referate: a) Rhinologische: Fischenich: Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. — Kuttner: Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. — Aronsohn: Versuch einer Nomenclatur der Geruchsqualitäten. — Kijewski und Wróblewski: Zur Operationsfrage der Nasenrachentumoren. — b) Pharyngo-laryngologische: Freudenthal: Ueber rheumatische und verwandte Affectionen des Pharynx, Larynx und der Nase. — Rupp: Fischgräten in dem Halse und was sie für den Schluckact lehren. — Chervin: Soll man das Zungenbändchen durchschneiden? — Schiffers: Syphilis der Zungenmandel. — Simanovski: Entzündungen des lymphatischen Mandelgewebes an der Zungenbasis. — Villecourt: Störungen durch Hypertrophie der vierten Mandel bei einer Hysterischen hervorgebracht. — Johnson: Ein Fall von Sarcoma des Gaumens, erfolgreich mit Toxinen von Erysipelas behandelt. — Chiari: Ueber den Bau und die histologische Stellung der Erysen. Stimmbandfibrome. — Masini: Ueber Physiopathologie des Recurrens. — Cartaz: Zwei Fälle von hysterischer Taubheit. — Moure: Einfluss der Ovariectomie auf die weibliche Stimme. — Schech: Ueber Laryngitis fibrinosa. — Girode: Angina pseudomembranacea mit Streptococcen und Orchitis bei Varicella. — Proust: Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche bacteriologisch als nicht diphtheritisch erkannt war. — Sendiak: Beitrag zur Aetiologie der sogen. Angina follicularis. — Le Gendre: Behandlung der Diphtheritis mittelst der Serumtherapie im Hospital Trousseau. — Macgregor: Fall von Diphtherie mit Antitoxin behandelt. — Fränkel: Pachydermia laryngis, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie. — Chiari: Pachydermia laryngis, ihre klinische Bedeutung, Eintheilung und Therapie. — Fränkel: Nachtrag zu dem Aufsatz über den Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels. — Barjot: Acutes primäres infectiöses Oedem des Larynx. — Bergengrün: Ein Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopflepra. — Grayson: Spontane Heilung eines Falles von ulceröser tuberculöser Laryngitis. — Sokolowski: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündung. — Lacoarret: Einige Bemerkungen über die chronische Laryngitis sicca. — Gleitsmann und von Ruck: Moderne Behandlung der Larynx- und Lungentuberculose. — Mosny und Marciano: Wirkung des Toxins des Staphylococcus pyogenus aureus auf das Kaninchen und dessen secundäre Infektionen. — Weljaminsoff: Verengung der Speiseröhre in Folge von Verätzung mit Alcohol. — Kowalski: Perforation der Speiseröhre mit Arrosion eines Zweiges der Arteria pulmonalis in Folge Steckenbleibens eines Knochens in der Speiseröhre. — Winckler: Ueber eine neue electricische Untersuchungslampe. — Eingesendet.

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. Besehermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofer (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. 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. XXIX.

Berlin, Juli 1895.

No. 7.

---

### I. Originalien.

#### Beitrag zur Casuistik und Aetiologie des Carcinoms des Gehörorgans.

Von

Dr. Fritz Danziger, Beuthen O.-S.

Im 24. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde hat Kretschmann eine Zusammenstellung der bis dahin veröffentlichten Fälle von Carcinom des Schläfenbeins — 16 an der Zahl — gegeben und dabei ein vollständiges Bild der klinischen und anatomischen Erscheinungen der Neubildung entworfen. Diese malignen Neubildungen sind selten, falls wir nicht mit Schwartzke der Ansicht sind, „dass das Leiden jedenfalls häufiger, wie bisher angenommen, vorkommt, aber in seiner wahren Natur nicht richtig erkannt und fälschlich für Caries necrotica gehalten wird“. Das Ohr gehört zu denjenigen Organen, welche sich durch geringe Disposition bemerkenswerth auszeichnen, die nur erhöht wird durch langjährige chronische Reize, welche auf das Organ einwirken. In den 16 Fällen Kretschmann's bestand 11 Mal seit frühester Kindheit Ohr-eiterung; diesen 11 Fällen reiht sich ein von mir beobachteter als zwölfter an.

Johanna K. aus Gl. ist 54 Jahre alt; in ihrer Familie hat kein Angehöriger an malignen Tumoren gelitten. Im zehnten Lebensjahre machte sie eine fieberhafte, mit Ausschlag einhergehende Krankheit (Scharlach) durch, nach welcher beiderseits Ohrenlaufen auftrat. Theils Indolenz, theils der hier sehr verbreitete Volksglauben, dass durch das Ohrenlaufen „die schlechten Säfte dem Körper entzogen würden“, bewirkten, dass keinerlei therapeutische Maassregeln getroffen wurden, trotzdem die Schwerhörigkeit von Jahr zu Jahr zunahm. Im März 95 traten starke Schmerzen im linken Ohre auf, die nach dem Scheitel und Hinterkopf ausstrahlten, wozu sich ein lästiges Gefühl von Völle im linken Ohr gesellte. Anfang April suchte Patientin meine Sprechstunde auf. Die Untersuchung ergab nach Ausspritzen eines äusserst fötiden Eiters aus beiden Gehörgängen:

Rechts: Fast völliger Verlust des Trommelfells bis auf den oberen Rand, Hammer nicht vorhanden, Paukenhöhle stark granulirend, die Wände überall cariös. Das Gehör nur laute Stimme am Ohr; die Stimmgabeln C, C<sup>1</sup>, C<sup>2</sup> der Hartmann'schen Reihe werden per Luftleitung gar nicht gehört, C<sup>3</sup>, C<sup>4</sup> nur bei sehr starkem Anschlage.

Links: Etwa 1 Ctm. von der Oeffnung befindet sich ein den ganzen Gehörgang obturirender Tumor von weisslichrother Farbe, dessen Oberfläche ulcerirt ist und der bei jeder Sondenberührung sofort durch Bluten reagirt. Die Sondenuntersuchung ergiebt, dass der Tumor der hinteren Gehörgangswand breitbasig aufsitzt. Nach Abtragung und Entfernung desselben aber zeigt sich, dass die Massen die Paukenhöhle vollständig ausfüllen. Von Trommelfell und Gehörknöchelchen ist natürlich nichts wahrzunehmen. Die Untersuchung mit der Sonde, die trotz Cocain sehr schmerzhaft ist, ergiebt überall cariösen Knochen und weiche Granulationen, durch welche die Sonde leicht eindringt. Der Warzenfortsatz ist nicht empfindlich, vor und hinter der Spitze desselben sind erbsengrosse Drüsen deutlich fühlbar, die Gegend darunter teilig geschwollen. Die postrhinoscopische Untersuchung zeigt auf der linken Tubenöffnung Eiter. Auf Befragen erklärt Patientin, namentlich des Morgens übelriechenden Eiter durch Räuspfern aus dem Rachen entleeren zu müssen.

Das Gehör ist merkwürdiger Weise besser, als rechts. Flüsterstimme wird an Ohr gehört, Stimmgabeln C—C<sup>4</sup> werden wahrgenommen, wenn auch um  $\frac{1}{2}$  herabgesetzt.

Der auffällige Befund veranlasste mich, aus den entfernten Tumormassen sofort ein Zupfpräparat zu untersuchen, das deutliche Krebsnester erkennen liess. Das gehärtete Präparat ergab einen Tumor, der aus spärlichem alveolären Bindegewebsstroma besteht, dessen Zwischenräume zum grossen Theil mit typischen Nestern aus grossen Plattenepithelien ausgefüllt sind, welche vielfach Verhornung zeigen; kleine Rundzellen füllen die übrigen Räume aus. Mein früherer Chef, Herr Dr. B. Baginsky, hatte die Güte, ein eingesandtes Stück des Tumors zu untersuchen und meine Diagnose zu bestätigen.

Patientin lehnte nach Auskratzen des Tumors jede weitere Behandlung ab. Nach 8 Tagen war bereits der Gehörgang wie früher ausgefüllt, die Beschwerden dieselben. Nach 6 Wochen entzog sich Pat. der Beobachtung; die Drüsen waren vergrössert, der Gehörgang zeigte einen grossen ulcerirten Tumor.

Weiterhin erwähnt Lemcke im 36. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde in dem Bericht über die Thätigkeit der Ohren-Poliklinik in Rostock ein rechtsseitiges Epithelialcarcinom, von dem in ätiologischer Beziehung erwähnenswerth ist, dass Patient an Otorrhoe aus dem Ohr gelitten hatte, so lange er denken konnte und dass mehrfach Polypen entfernt worden waren. Das Trommelfell fehlte ganz; an der Innenwand des Mittelohres liegt der Knochen bloss; Patient ist gehörlos und leidet an häufigen Schwindelanfällen. Die benachbarten Drüsen sind wenig geschwollen. Der Tod erfolgte nach 3½ Monaten. Kein Sectionsbefund.

In drei anderen Fällen, welche ich in der Literatur gefunden habe, war vor der Erkrankung Ohreiterung nicht vorhanden. Haug beschreibt im 36. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde ein Adeno-Carcinom der Ohrschweissdrüsen rechts. Pat. hatte eine kleine Geschwulst im rechten Gehörgang, welche er bei Gelegenheit der Reinigung des Ohres bemerkte. Sie sitzt in der Mitte des knorpeligen Theiles an der unteren Wand. Ein Befund des Trommelfelles fehlt, ebenso die Gehörprüfung, weshalb wir wohl keine anormalen Verhältnisse anzunehmen berechtigt sind.

Denker-Hagen veröffentlicht im XXVI. Bande der Zeitschrift für Ohrenheilkunde ebenfalls ein Carcinom des linken Gehörganges, das nach ausgiebiger Entfernung geheilt wurde, ohne dass das Mittelohr ergriffen wurde. Den Fall stellte Denker zugleich in der III. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft vor. In der Discussion berichtet

Lemcke-Rostock über einen vor fünf Jahren beobachteten Fall, in welchem an der unteren Fläche des äusseren Gehörgangs links ein gut erbsengrosser, oberflächlich ulcerirender Tumor bestand, der sich bei der microscopischen Untersuchung als Carcinom erwies. Nach Operation Heilung, welche bis dato bestand.

In Bezug auf die klinischen und anatomischen Verhältnisse verweise ich auf den oben erwähnten Kretschmann'schen Aufsatz; betreffs der Aetiologie will ich bemerken, dass man bei dieser Betrachtung die Carcinome des Schläfenbeins streng scheiden muss nach dem Ursprung, welchen sie haben. Wir finden dann, dass die Carcinome, welche ohne vorherige Erkrankung des Gehörorgans entstehen, meist dem äusseren Gehörgange angehören und von den histologischen Bestandtheilen desselben ausgehen. Das primäre Carcinom der Paukenhöhle dagegen entsteht fast nur auf dem Boden einer chronischen Eiterung; in den 21 Fällen finden wir 13 Mal diese Thatsache, sämmtlich sind es Carcinome, welche in der Paukenhöhle entstanden sind. Es muss dies als das hervorragendste ätiologische Moment besonders betont werden; eine derartige Entstehung hat an sich nichts Auffälliges; ähnliche Verhältnisse finden wir bei anderen Organen, und Tillmanns hat wiederum auf dem chirurgischen Congresse („Ueber die Aetiologie der Carcinome“) die prädisponirende Bedeutung langjähriger chronischer Reize betont. Als ein weiteres Moment soll nach Kretschmann die Angewohnheit Vieler sein, mit einem Instrument im Ohre zu bohren. Dafür spräche auch der Umstand, dass das rechte Ohr 11 Mal, das linke 5 Mal betroffen war, „das häufige Vorkommen auf der rechten Seite würde sich daraus erklären lassen, dass ein Bohren im Ohre hier, weil mit der rechten Hand ausgeführt, jedenfalls viel häufiger stattfindet, als links“. Wenn das in der That von Bedeutung sein sollte, so müsste es vor Allem bei den



Carcinomen, welche von dem Gehörgange ausgingen, der Fall sein. Aber gerade hier sind die linksseitigen Erkrankungen — in 5 Fällen 3 Mal — häufiger. Allerdings sollen anatomische Momente bei der Entstehung mancher Carcinome eine Rolle spielen, mehr noch chemische Reize. Die Bedeutung der schädlichen und reizenden Theerpräparate ist ja bekannt. Doch misst Thiersch diesen Substanzen nur die Rolle als Gelegenheitsursache bei bestehender Krebsdisposition zu. Dies müssen wir auch für die Carcinome der Paukenhöhle annehmen, welche nach langjähriger Eiterung entstehen. Denn bei der grossen Verbreitung der Otorrhoe müsste das Carcinom viel häufiger beobachtet werden, wenn dieser Reiz allein ohne Prädisposition genügen würde, eine Neigung zur Gewebswucherung hervorzubringen. Andererseits kann es kein Zufall sein, dass sich das Carcinom der Paukenhöhle fast nur auf dem Boden der chronischen Eiterung entwickelt. Wir sind gezwungen, eine gewisse Beziehung zwischen beiden anzunehmen.

## Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica.

Von

Dr. Krebs, Hildesheim.

(Schluss aus voriger Nummer.)

Stelle ich die verschiedenen Angaben zusammen, welche die Autoren über die objectiven Befunde bei Pharyngitis sicca oder atrophica mittheilen, so wird beschrieben: a) bezüglich der Beschaffenheit der Schleimhaut: Atrophie, Hypertrophie, Hypertrophie neben Atrophie, normales Verhalten, Granula, keine Granula; Farbe intensiv roth, blassroth, blassgelb, grau schimmernd, normal; gespannt, gefältelt; b) bezüglich der Secretion: fehlend, spärlich, reichlich, diffuser Firnissüberzug, Schleiminseln, dickflüssig, harte, muschelähnliche Krusten, lederartige Borken, stinkend, nicht stinkend.

Beinahe noch widerspruchsvoller lauten die Beschreibungen über Laryngitis sicca, und zwar hauptsächlich, weil manche Autoren, wie Gottstein<sup>29)</sup>, auch eine acute Form derselben annehmen.

(f. Lewin (l. c.) beschrieb die Larynxerkrankung, welche im Gefolge der Pharyngitis sicca aufträte, als Laryngitis follicularis ulcerosa.

B. Baginsky<sup>30)</sup> stellte im Jahre 1876 in einer Sitzung der Berl. Medicin. Gesellschaft einen Fall von Ozaena laryngo-trachealis vor. B. giebt an, dass vorher keine ähnliche Mittheilung in der Literatur zu finden sei; nur ein Mal habe B. Fränkel bei einer jungen Dame, die an Ozaena litt, auch im Larynx grünliche stinkende Borken u. s. w. gefunden. Sein Fall unterscheidet sich aber wesentlich dadurch, dass keine Affection der Nase vorhanden sei. Am Pharynx geringe Röthung der hinteren Wand. Im Larynx und Trachea, und zwar tief in diese hinein, grünlich-graue stinkende Borken. Epithel der Schleimhaut abgestossen, Erosionen. Analogie mit putrider Bronchitis sei zu negiren,

dagegen Aehnlichkeit vorhanden mit Ozaena, auch darin, dass trotz zehnonatlicher Behandlung keine Heilung erzielt worden sei. Der Name Ozaena habe keinen pathologischen Inhalt, sondern solle nur bedeuten, dass es sich um die trockene Form des Catarrhs handle, in der das Secret wegen seiner Zähigkeit liegen bleibe und sich zersetze.

Nach Lublinsky<sup>31)</sup> ist die Laryngitis sicca die Fortsetzung der Pharyngitis sicca, aber im Gegensatz zu dieser sehr selten. Sie äussere sich in hochgradiger Atrophie der gesammten Schleimhaut, die mit zähen, klebrigen Borken bedeckt sei. Dieselben finden sich an der Epiglottis, an den aryepiglottischen Falten und an den Taschenbändern.

v. Schrötter<sup>32)</sup> beschreibt unter Laryngitis sicca „eine besondere Form des Catarrhs, welche sich durch Trockenheit der Gebilde, Epithelabstossung, Excoriationen und dergl. auszeichnet“. Er glaubt, dass die von Baginsky, Lublinsky und ihm mitgetheilten Fälle nichts anderes als graduelle Unterschiede bedeuten, und dass es durch Hinzutreten besonderer Umstände zum Ueberwiegen des einen oder des anderen Symptoms komme, namentlich zeige das Secret in Bezug auf seinen Geruch die allergrössten Abstufungen. Es sei aber auch nicht ausgeschlossen, dass es sich um verschiedene Prozesse handle. Es sei richtig, dass diese Formen meistens im Gefolge der Nasenzoena vorkommen; allein es sei auch eine genuine Entstehung denkbar.

Nach Jurasz (l. c.) ist für die Krankheit pathognomonisch das zähe, leicht eintrocknende Secret, welches nur an ganz bestimmten Stellen vorkomme und zwar (im Gegensatze zu Lublinsky's Fällen) an der Plica interarytanoidea oder an den angrenzenden Theilen der Aryknorpel, an den subchordalen Schleimhautabschnitten, an der vorderen Commissur, am Rand oder auf der Oberfläche der wahren Stimmbänder. Die anatomischen Veränderungen im Kehlkopf seien meist unbedeutend. Besonders energisch wird Atrophie bestritten; auch Ulcerationen oder stärkere Hypertrophie seien nicht beobachtet. Selten sei die Fortsetzung des Leidens auf die Trachea: Trachëitis sicca. Es sei meistens eine Folge von Pharyngitis sicca (21,7 pCt. derselben), jedoch auch von Pharyngitis diffusa. Bemerkenswerth sei das häufige gleichzeitige Bestehen von Ozaena, um so mehr, als zuweilen dabei die Pharyngitis fehle.

Nach M. Schmidt (l. c.) ist der Kehlkopf in den meisten Fällen von Pharyngitis sicca mehr oder weniger theilhaft. Es komme zur Bildung ziemlich fest anhaftender, trockener oder zäher Krusten, namentlich an der hinteren Wand oder an den Stimm- und Taschenbändern, ähnlich den phthisischen Geschwüren. Durch das anhaftende Räuspern komme es zur Verdickung des Epithels, namentlich an der hinteren Wand und an den beiden Processus vocales. Späterhin betheilige sich an der Hypertrophie die ganze Dicke der Schleimhaut und es komme zur Pachydermie als einer besonderen Form der Lar. sicca. Aehnliche Erscheinungen gäbe es in der Trachea.

Die Divergenz der Meinungen, welche über Lar. sicca herrscht, kam auf das Drastischste zum Ausbruch gelegentlich der Discussion über Lublinsky's Vortrag auf der 59. Naturforscherversammlung. Fast jeder der acht Sprecher hatte in Bezug auf Aetiologie, Pathologie oder Therapie eine abweichende Ansicht und Störk traf wohl das Rechte, wenn er meinte, dass man verschiedene Krankheiten zu confundiren scheine.

Wenn ich aus dem Conglomerat dieser Widersprüche über das Bild der Pharyngitis (Laryngitis und Trachëitis) sicca diejenigen Punkte, welche der relativen Mehrzahl der Autoren gemeinsam sind, aufsuche, so finde ich drei Symptome, welche die Krankheit characterisiren sollen, nämlich Atrophie der Schleimhaut, gewisse Eigenthümlichkeiten der Secretion und subjectives Gefühl von Trockenheit. Einzelne Autoren nennen alle drei Kriterien, andere zwei, noch andere nur eines, und zwar der eine dieses, der andere jenes. Aber immerhin sind diese drei Symptome noch die einzigen Anhaltspunkte, an welche man sich bei einer Besprechung der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca anlehnen kann. Ich gebe im Folgenden eine kurze Analyse dieser drei Punkte und versuche zu zeigen, dass keine derselben etwas Pathognomonisches bietet.

Die Atrophie ist eine regressive Ernährungsstörung, welche ohne jede Spur von Entzündung häufig vorkommt. Fast alle alten Leute haben einen atrophischen Pharynx. Dann, wie Löri<sup>33)</sup> und viele Andere betonen, führt eine grosse Anzahl von schwächenden Krankheiten, wie fettige Degeneration des Herzens, Tuberculose, Morbus Brightii häufig zur Atrophie des Pharynx. Ferner verursacht, wie ich Zarnikow (l. c.) beistimmen muss, das Jahre lang herablaufende Secret von Nasennebenhöhleneriterungen eine Verdünnung der Schleimhaut. Sehr lehrreich ist eine Abbildung im kleinen, aber vortrefflichen Atlas von Grünwald<sup>34)</sup>, in welchem das postrhinoscopische Bild von Ozaena pharyngis dargestellt ist mit deutlicher Atrophie der Schleimhaut, starker Erweiterung des Rachenraumes, missfarbigen Borken, und in welchem es sich in Wirklichkeit um eine Erkrankung einer Keilbeinhöhle handelt. Wäre hier das Grundleiden übersehen worden, so hätte man eine „typische“ Pharyngitis atrophica sive sicca diagnosticirt. Diese Atrophie kann übrigens, ebenso wie die durch Eiterung der Nebenhöhlen verursachten Granulationspolster, nach Heilung des Processes wieder schwinden, ist also wohl nicht als wirklicher Gewebsuntergang sämtlicher Schleimhauttheile aufzufassen, sondern wahrscheinlich nur als Hypoplasie der regenerationsfähigen lymphoiden Elemente in der Submucosa und Mucosa.

Ich kann die Bemerkung nicht unterdrücken, dass ich bei Controle fremder Diagnosen den Eindruck gewonnen habe, als ob man mit der Annahme einer Atrophie der Rachenschleimhaut zu leicht bei der Hand sei. Ich verweise in dieser Beziehung auf die oben citirten Worte M. Schmidt's. Man bedenke doch stets, dass es sich nur um wenige Millimeter handelt, und dass man nicht den Querschnitt der Haut vor Augen hat, sondern nur die Fläche! Woran will man an dieser die grössere oder geringere Dicke erkennen? Viele Autoren legen das Hauptgewicht auf das Durchscheinen der Pharynxmusculatur und behaupten, dass manchmal deutlich die Faserbündel zu erkennen seien. Ich selbst habe solche Fälle nicht gesehen. Die durchscheinende Beschaffenheit der Schleimhaut kann übrigens auch ihren Grund haben in der geringen Menge oder der Blässe ihres Blutes. Ebenso wie die äussere Haut der Chlorotischen zart und dünn aussieht, ohne dass Atrophie vorhanden ist, ebenso gewinnt die Pharynxschleimhaut diesen Character. Als ein besseres Merkmal bei der Abschätzung der Dicke betrachte ich die Faltenbildung der Mucosa. Wenn diese atrophirt ist, pflegt sie sich beim Würgen und Schlucken in feine Falten zu legen; aber auch hierin ist man Täuschungen

ausgesetzt. Wenn manche Autoren behaupten, man erkenne die Atrophie aus der Weite des Rachenraumes, so ist darauf zu antworten, dass dieselbe normaliter individuellen Schwankungen unterworfen ist, welche nach Centimetern zählt, und dass dagegen die wenigen Millimeter, welche die gesammte Schleimhaut an Dicke beträgt, gar nicht in Betracht kommen können. Endlich wird als Zeichen der Atrophie ein verkümmertes Zustand der Uvula beschrieben, wobei dieselbe dünn und schwächlich sei und, nadelförmig sich zuspitzend, lang und schlaff herabhängt. Allein dies ist wohl eher als eine Missbildung des Zäpfchens anzusehen, denn als Product einer rareficirenden Schleimhautentzündung.

Was die Secretionsanomalien anbelangt, so werden am häufigsten als Characteristica der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca angeführt firnissartiger, zäher Belag, missfarbige, stinkende Borken und muschelartige, harte Krusten. Bei sämmtlichen Autoren aber vermisse ich den scharfen Nachweis dafür, dass diese Secrete in der That im Pharynx beziehungsweise Larynx und Trachea gebildet werden. Es ist unstattlich, wie es bis jetzt geschieht, jedes an ihren Schleimhäuten sitzende Secret als das Product einer Pharyngitis, Laryngitis oder Trachöitis anzusprechen. Da das Leiden, wie alle Autoren angeben, in der Mehrzahl der Fälle mit einer Erkrankung der Nase verbunden ist, liegt doch der Gedanke sehr nahe, dass die Secrete aus letzterer stammen. Ich behaupte, dass sowohl der firnissartige Ueberzug, als die Borken nichts Anderes sind, als Absonderungen der Nase und der Nasennebenhöhlen. Bei allen Patienten, welche diese Pharynxbilder boten, konnte ich nachweisen, dass entweder in der Nase reichliches Secret vorhanden war, welches in den Hals herunterfloss, oder dass der Nasenschleim willkürlich mit dem bekannten, eigenthümlichen Geräusch nach dem Halse gezogen wurde. In den letzteren Fällen war manchmal die Secretion der Nase sehr gering, so dass man kaum von einer wirklichen Erkrankung derselben sprechen konnte. Bei anderen Patienten besteht die Gewohnheit, das herabfliessende Secret zu verschlucken, ein Vorgang, den viele Autoren „Leerschlucken“ nennen, welches bei Pharyngitis sicca sehr häufig sei. Man kann es oft im postrhinoscopischen Spiegelbilde beobachten, wie Nasenschleim oder Eiter auf die Oberfläche des weichen Gaumens sich herabzieht, und wenn man nach einer Minute von Neuem untersucht, so ist der Schleimballen von dieser Stelle verschwunden; auf Befragen geben die Patienten alsdann an, dass sie etwas hinuntergeschluckt hätten. Man kann sich ferner im Spiegel überzeugen, dass die zähen Massen gewöhnlich im Halse hängen bleiben, und zwar meist an der Plica interarytaenoidea, von wo sie in das Larynxinnere hinabfliessen. Durch die physiologischen Bewegungen des Rachens und des Kehlkopfs wird nun der Schleim gleichmässig dünn vertheilt und bildet den firnissartigen, lackähnlichen Ueberzug. Besonders findet das Herabziehen des Schleimes statt bei Deviationen oder Spinae am Septum, weil hierbei das Herausbefördern des Secrets nach vorn auf Schwierigkeit stösst. Dies erklärt die verhältnissmässig hohe Ziffer (21 Fälle), welche Jurasz über die Complication der Pharyngitis sicca mit Deformitäten des Septum angiebt. Die Annahme, dass der firnissartige Belag nichts Anderes sei als Nasensecret, erklärt aber auch noch viele andere that-

sächliche Beobachtungen, welche bisher an der „Pharyngitis sicca“ dunkel erschienen, sowie manche Widersprüche der verschiedenen Autoren unter einander. Zunächst den Umstand, dass die Einen dabei Atrophie beschreiben, die Anderen Hypertrophie, die Dritten beides neben einander, die Vierten normale Beschaffenheit der Schleimhaut. Alle vier Beobachtungen sind vermuthlich richtig und erklären sich einfach daraus, dass in den ersten Fällen das Nasensecret sich über einen zufällig atrophischen Rachen verbreitete, in den zweiten über eine zufällig hypertrophische Schleimhaut, in den dritten über eine solche, welche beide krankhaften Zustände aufwies, während in den vierten Fällen der Hals überhaupt gesund war. Dieselbe Erklärung finden die verschiedenen Angaben über das Vorhandensein der Granula. Ferner findet die von den Meisten betonte starke Beteiligung des weiblichen Geschlechts darin ihre Erklärung, indem bei diesem Nasenkrankheiten besonders häufig vorkommen. Weiter erklärt sich daraus ungezwungen die Localisation des Leidens, welches sich meist im oralen Theil und im Nasenrachenraum etablirt, manchmal nur in letzterem, nie auf der vorderen (unteren) Fläche des Gaumensegels. Im Kehlkopf findet sich das Secret besonders an der Plica interarytaenoidea und den übrigen Theilen des Kehlkopfeingangs. Ihre Erklärung findet ferner die Thatsache (Jurasz), welche von Moure<sup>35)</sup> mit Unrecht bestritten wird, dass manchmal „trockene Laryngitis“ ohne Pharyngitis vorkomme, aber mit gleichzeitiger Ozaena. In diesen Fällen wird, wie ich mich mehrfach überzeugen konnte, das Secret besonders durch Schlucken in der oben beschriebenen Weise an die Plica interarytaenoidea befördert. Ihre Erklärung findet endlich die Erfahrung, dass alles Pinseln des Halses therapeutisch erfolglos ist, während die Nasendouche von grösserem Werthe ist.

Bezüglich der missfarbigen, stinkenden Borken, welche im Pharynx, Larynx und Trachea beobachtet werden, behaupten schon Jurasz und Michel (l. c.), dass sie aus der Nase stammen und nicht an Ort und Stelle gebildet werden. Roth (l. c.) suchte die Frage durch Tamponade der Choanen zu entscheiden, und aus der Thatsache, dass trotz dieser sich Borken im Rachen vorfanden, schloss er die Existenz der Pharyngitis foetida. Die Versuche Roth's sind indessen nicht beweisend. Erstens könnte man den Einwand machen, dass es sich in seinen Fällen um eine übersehene Erkrankung der Keilbeinhöhlen gehandelt habe, deren Öffnungen durch die Choanen-Tampons natürlich nicht verstopft wurden. Wichtiger aber ist folgender Einwand: Bei Ozaena wird das Secret nicht als Borke abgesondert, sondern zum grössten Theile in flüssigem Zustande, und wird entweder vorn herausbefördert oder fliesst nach hinten, nur der Rest verbleibt auf der Schleimhaut und macht in Folge von Ursachen, welche noch nicht genügend eruiert, wahrscheinlich aber bacillärer Natur sind, die Umwandlung zu Borken durch. Letztere konnten durch die Roth'schen Tampons nicht hindurch, wohl aber kann man es als sicher annehmen, dass das flüssige Secret dieselben, während sie mehrere Tage liegen blieben, durchtränkt hat und in den Nasenrachenraum gedrungen ist, woselbst es sich zu Borken umbilden konnte.

Zum Beweise, „dass der Process auch einmal von der laryngotrachealen Schleimhaut ausgehen oder auf dieselbe beschränkt bleiben kann“, führt v. Schrötter eine Beobachtung von Türk<sup>32)</sup> an, „in welchem der

Athem des Kranken durch Anhäufung eines aus Schleim und Epithel bestehenden zähen Belages an einer übrigens narbig verengten Stelle unterhalb der Stimmbänder sehr übelriechend war“. Bei Durchsicht dieses Falles aber finde ich denselben auf nichts weniger passend, als auf genuine Ozaena laryngo-trachealis.

Türk überschreibt die betreffende Krankheitsgeschichte: „Persistente, im unteren Kehlkopfabschnitt diaphragmaähnlich vorspringende Membran, oberflächliche Geschwüre der wahren Stimmbänder, kleine Neubildung, Catarrh der Tracheal-Schleimhaut.“ Er sagt ausdrücklich, was v. Schrötter wohl übersehen haben dürfte: „ein ähnlicher Belag erschien an der hinteren Pharynxwand und reichte bis an die Wände des Cavum nasopharyngeum.“ Es giebt zu denken, dass v. Schrötter aus seinem reichen Erfahrungsschatze keinen eigenen Fall von Ozaena laryngo-trachealis anzuführen weiss und als einziges Citat aus fremden Beobachtungen eine solch' wenig beweisende Krankengeschichte herbeizieht. Bedeutend mehr Schwierigkeiten macht nach meiner Annahme der exact beobachtete und beschriebene Fall Baginsky's. Die einzige Möglichkeit, diesen anzufechten, bestände in dem Einwand, dass es sich dabei um ein Empyem einer Keilbeinhöhle gehandelt habe, dessen Diagnose man damals noch nicht zu stellen gelernt hatte.

Was die austernschalenartigen Krusten anbelangt, welche von manchen Kranken alle paar Tage unter Würgen und Räuspern herausbefördert werden, und welche manche Autoren als charakteristisch für die trockene Pharyngitis erklären, so haben sich M. Schmidt und Andere Thornwald angeschlossen, welcher diese Borken als ein Product des Recessus pharyngeus medius hinstellt. Thatsächlich kommen an diesem die Borken am häufigsten vor. Allein die oben berichtete Krankengeschichte XI, wonach eine solche Kruste sich in dem trichterförmigen Eingang einer Gaumenperforation bildete, legt die Vermuthung nahe, dass es sich auch hier um Nasensecrete handelt, welche an besonders unebenen oder ausgebuchteten Stellen des Pharynx, wie sie der Recessus und hier die Perforationsöffnung darbietet, längere Zeit anhaften und dort eintrocknen.

Was drittens das subjective Gefühl der Trockenheit anbelangt, welches von einigen Autoren als Hauptmerkmal der Pharyngitis sicca angegeben wird, so ist es von allen das vageste Symptom. Es kann fast bei jeder Pharynx- oder Larynxerkrankung vorkommen. Der acute Catarrh setzt gewöhnlich mit Trockenheit ein. Die chronischen Entzündungen der Raucher und Trinker, welche kaum Jemand als „trockene“ ansprechen dürfte, sind meistens mit starkem Trockenheitsgefühl verbunden: dasselbe notiren fast sämtliche Beobachter bei Ozaena nasi, desgleichen bei Empyemen der Nasennebenhöhlen. Die Mehrzahl der Tuberculösen klagt gleichfalls darüber, ebenso der Diabetiker und Brightiker (Joal<sup>37</sup>).

Ferner findet es sich constant bei Leuten mit habitueller Mundathmung, besonders des Morgens, nachdem sie des Nachts mit offenem Munde geschlafen. Im Laufe der Zeit kann es bei solchen Personen in Folge des Reizes durch die ungereinigte Luft zum wirklichen chronischen Catarrh kommen; aber es ist kein Grund vorhanden, daraus eine besondere Form der Pharyngitis zu construiren.

Es ist zu beachten, dass das Krankheitsbild der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca nur von Klinikern aufgestellt und beschrieben wird; die pathologischen Anatomen reden davon recht wenig. In den gebräuchlichen Lesebüchern der pathologischen Anatomie habe ich vergeblich danach gesucht. Jedoch existiren einige anatomische Untersuchungen, welche Kliniker p. m. über Pharyngitis sicca angestellt haben.

Wendt schreibt: Die Schleimhaut ist verdünnt, bis zu 0,24 Mm., das Epithel normal (Lewin hatte eine hornige Metamorphose angenommen), Bindegewebe lang ausgezogen oder wellig angeordnet, traubenförmige Drüsen waren spärlich, Follikel nicht oder ganz vereinzelt vorhanden. Nur einmal waren trotz starken Schwundes zahlreiche Follikel vorhanden. Auch kamen spaltförmige Einsenkungen der Schleimhaut als Reste der geschwundenen Balgdrüsen vor.

Roth beschreibt ebenfalls Atrophie, gesteht aber, dass über die Entstehung derselben die microscopische Untersuchung keinen genügenden Aufschluss gebe.

Trautmann (l. c.) schreibt im Kapitel „atrophischer Rachencatarrh“: „Aus meinen zahlreichen Sectionsberichten ersehe ich, dass Atrophie des Nasenrachenraums meist nur bei Personen über 30 Jahren gefunden wird... Als Todesursache finden sich fast immer Erkrankungen, die den allgemeinen Ernährungszustand im hohen Grade beeinträchtigen, am häufigsten Tuberculose und Syphilis, ferner fettige Degeneration des Herzens, Carcinom, Atherose der Gefässe, Erkrankungen der Leber und der Nieren. Der Nasenrachenraum ist in Folge des Gewebeschwundes weit, ebenso die Choanen... Bindegewebsstränge zwischen Tubenwulst und Rosenmüller'scher Grube habe ich bei Atrophie wiederholt gefunden. Microscopisch zeigt sich das Epithel der Rachentonsille sehr schön erhalten; die adenoide Substanz ist nur noch spärlich vorhanden. Die lymphoiden Zellen des adenoiden Gewebes und der Follikel sind fettig degenerirt, in den Follikeln finden sich zuweilen grössere Fettzellen. Im Bindegewebe, meist über der Fibrocartilago, finden sich erweiterte Gefässe. Der atrophische Process ist also als regressive Metamorphose durch fettigen Zerfall aufzufassen.“ Wie Trautmann mit den letzten Worten selbst gesteht, ist also von entzündlicher Atrophie nichts festzustellen. Als einziges Entzündungsproduct könnte man die Bindegewebsstränge zwischen Tubenwulst und Rosenmüller'scher Grube ansprechen; doch beschreibt Trautmann selbst (Seite 103) diese als normal-anatomische Variante.

Auch die Untersuchungen von Roth und Wendt beweisen nur das Vorhandensein einer Atrophie, keinen entzündlichen Process. Wenn nun aber auch einmal ein Anatom Atrophie und Entzündung zusammen finden sollte, so würde dieses noch immer nicht für das Bestehen einer Pharyngitis atrophica beweisend sein, da beide Processe zufällig und selbstständig nebeneinander oder nacheinander stattgefunden haben können. Und nimmt man mit Jurasz, Schech, Schmidt u. A. an, dass Atrophie mit der Pharyngitis sicca nichts zu thun habe, so wüsste ich vollends nicht, wie das anatomische Bild beschaffen sein müsste, welches die Krankheit hinreichend kennzeichnen würde.

Ich resumire: In Erwägung, dass ich selbst nie Veranlassung hatte, Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca sive atrophica zu dia-

gnosticiren, und dass diejenigen Fälle, welche, von anderer Seite mit dieser Diagnose belegt, in meine Behandlung kamen, von mir eine andere Deutung erfahren konnten, und zwar, wie meist der therapeutische Effect zeigte, eine richtige Deutung; in Erwägung zweitens, dass die Ansichten der verschiedenen Autoren über dieses Krankheitsbild so auseinandergehen, dass man fast sagen kann: Quot capita, tot sensus; in Erwägung drittens, dass die drei Symptome, welche von den meisten Autoren, allerdings unter dem Widerspruch anderer, als pathognomonisch angegeben werden, durchaus nichts Characteristisches bieten und zum Theil eine ganz andere Deutung verlangen; in Erwägung endlich des Fehlens beweisender anatomischer Befunde behaupte ich: Es giebt keine Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca sive atrophica.

Wie aber sind alsdann die Pharynxbilder zu deuten, welche die Autoren, allerdings verschieden, unter diesem Namen beschreiben, und welche ohne Zweifel sehr häufig vorkommen?

Man hat offenbar verschiedene Zustände zusammengeworfen, und es ist schon grössten Theils im Vorhergehenden angedeutet, welche es sind. Ich sehe dabei von Fällen ab, in denen es sich, wie in X—XII meiner Krankengeschichten, um grobe diagnostische Irrthümer handelt.

Diejenigen Fälle, bei welchen man Pharyngitis sicca aus dem firnissartigen Ueberzug oder aus den Borken diagnosticirt, sind normale oder catarrhalische Pharyngen, welche mit Nasen- oder Nasennebenhöhlensecret bedeckt sind. Als ursächliche Krankheiten sind besonders zu nennen Ozaena, Empyem der Nasennebenhöhlen, einfacher chronischer Nasencatarrh, besonders wenn gleichzeitig in der Nase irgend ein mechanisches Moment vorhanden ist, welches das Herausbefördern des Schleimes nach vorn behindert, wie Spina, Crista oder Deviation am Septum, Hypertrophie der unteren Muscheln, Polypen etc. Die Secretion kann, wie oben bemerkt, dabei sehr gering sein, so dass man manchmal kaum von einem deutlichen Catarrh der Nase sprechen kann, und hierin finden die meisten Fälle der Pharyngitis sicca ihre Erklärung, bei welchen von den sorgfältigsten Beobachtern eine Nasenerkrankung vermisst wurde.

Der aus der Nase oder einer Nasennebenhöhle fliessende Schleim und Eiter verursacht im Laufe der Zeit fast stets eine secundäre Entzündung. Dieselbe aber mit dem Namen einer „trockenen“ zu belegen, wäre nichts weniger als begründet.

Eine zweite Reihe von Fällen, welche man als Pharyngitis sicca oder atrophica beschreibt und behandelt, sind einfache oder mit chronischem Catarrh zufällig complicirte Atrophien des Rachens, deren Ursachen oben zusammengestellt sind.

Eine dritte Reihe von Fällen endlich bilden die chronischen Catarrhe, welche durch behinderte Nasen- und habituelle Mundathmung bedingt sind. Bei diesen Formen tritt das lästige, subjective Gefühl der Trockenheit in den Vordergrund und giebt Veranlassung zu der Diagnose Pharyngitis sicca.

Wenn nun drei unter einander so verschiedene Zustände unter einem Namen zusammengefasst werden, so begreift es sich leicht, warum die einzelnen Autoren in ihren Beschreibungen so sehr differiren. Der



eine hat mehr die Fälle der einen Art im Auge, der andere die der anderen. Die Verwirrung wird noch dadurch vermehrt, dass häufig zwei oder alle drei Zustände sich combiniren können. Ein Patient mit *Deviatio septi* kann in Folge mangelnder Nasenpassage mit offenem Munde athmen und zugleich die Secrete nach hinten ziehen; und wenn es zufällig eine alte oder decrepide Person ist, kann auch noch *Atrophie des Rachens* zu constatiren sein.

Es erklären sich daraus auch die schwankenden Angaben über die Häufigkeit des Leidens. Lewin zählt unter 63 Pharyngitiden 5 sicca (7,9 pCt.), Jurasz unter 995 — 224 (24,5 pCt.), Lemcke<sup>38</sup>) unter 95 — 27 (26,3 pCt.). Die widerstreitenden Angaben über die Häufigkeit der Laryngitis sind bereits oben skizzirt.

Die Frage der Existenz der Pharyngitis (Lar., Trach.) sicca oder atrophica ist nicht nur von theoretischem Interesse, sondern auch von beträchtlicher practischer Wichtigkeit in Bezug auf unser therapeutisches Handeln. Das Leiden gilt bei den Meisten für unheilbar; die subjectiven Beschwerden seien allenfalls für die Dauer der Behandlung zu lindern. Das ist zu bestreiten. Die Fälle von Atrophie sind natürlich nicht zu heilen, verlangen aber auch gar keine Behandlung, da sie, wenn uncomplicirt, keine Beschwerden verursachen. Hingegen bietet die erste und die dritte Form eine ganz gute Prognose, falls man das Grundleiden der Krankheit richtig auffasst. Die Behandlung muss natürlich eine ätiologische sein und besteht in Beseitigung der Nebenhölenkrankungen, Spinae etc. Es lassen sich aber auch einige allgemeine therapeutische Sätze aufstellen: 1) Jedes Pinseln des Rachens ist zwecklos. 2) Man untersage dem Patienten das Herabziehen der Nasensecrete nach dem Halse und das Herunterschlucken derselben. 3) Man Sorge dafür, dass Patient nicht durch den Mund, sondern durch die Nase athme.

#### Literatur.

- 1) G. Lewin: Beiträge zur Inhalationstherapie der Respirations-Krankheiten. Berlin 1863.
- 2) Wendt, v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie (Krankh. d. chylopoët. Apparates), Leipzig.
- 3) Trautmann in Schwartz's Handbuch der Ohrenheilkunde, Bd. II, Leipzig 1893.
- 4) B. Fränkel in Eulenburg's Encyclopädie d. gesammten Heilkunde. Wien und Leipzig 1881.
- 5) Zarniko: Krankheiten der Nase etc.
- 6) Thornwaldt: Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea etc. Wiesbaden 1883. Derselbe auch: Bericht der 59. Naturforscherversammlung.
- 7) Keimer, Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1884.
- 8) Broich, ibidem.
- 9) Moldenhauer, Lehrbuch der Krankheiten der Nasenhöhlen etc. Leipzig 1886.
- 10) Walb: Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen- und Rachen-Krankheiten. Wien 1888.
- 11) Broich, Berliner klin. Wochenschrift 1889.
- 12) Kafemann: Der Catarrh des Recessus pharyngeus medius. Wiesbaden 1889.
- 13) Siebenmann, Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1889.
- 14) Gerber, Therapeut. Monatshefte 1890.

- 15) Ziem, ibidem 1892.
- 16) Kafemann, ibidem.
- 17) Gerber, ibidem.
- 18) M. Schmidt: Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1894.
- 19) Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle etc. Leipzig u. Wien 1890.
- 20) Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1892.
- 21) Roth: Die chronische Rachenentzündung. Wien 1883.
- 22) Hoppe, Memorabilien, XXVI, 6.
- 23) Michel: Krankheiten der Nasenhöhle etc. Berlin 1876.
- 24) Gottstein in Eulenburg's Encyclopädie: Nasenkrankheiten.
- 25) Bresgen: Der chronische Nasen- und Rachencatarrh. Wien 1883.
- 26) E. Fränkel in Virchow's Archiv, Bd. 90: Weitere Untersuchungen über die Rhinitis chron. atroph. foetida.
- 27) Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Wien und Leipzig 1887.
- 28) Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch von F. Semon. Berlin 1880—1884.
- 29) Gottstein: Die Krankheiten des Kehlkopfes etc. Leipzig und Wien 1890.
- 30) B. Baginsky, Deutsche medicin. Wochenschrift 1876.
- 31) Bericht der 59. Naturforscherversammlung.
- 32) v. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. Wien 1889.
- 33) Löri: Die durch anderweite Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens etc. Stuttgart 1885.
- 34) Grünwald: Atlas der Krankheiten der Mundhöhle etc. München 1894.
- 35) Moure: De la laryngite sèche. Revue mens. de laryngol etc. 1882.
- 36) Türk: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes etc. Wien 1867.
- 37) Joal: De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie. Revue mens. de laryngol. etc. von Moure 1882.
- 38) Lemcke, Archiv für Ohrenheilkunde 1893.

---

## Zur Galvanocaustik.

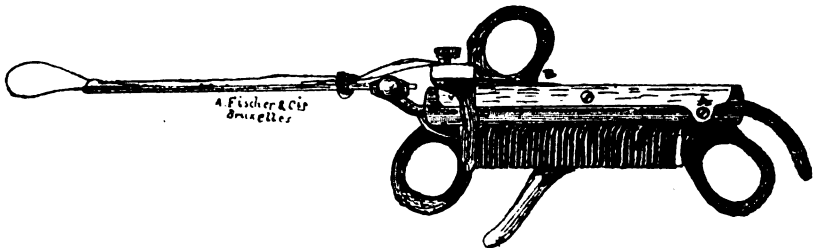
Von

Dr. W. Schleicher, Antwerpen.

Es ist bekannt, dass beim Zusammenziehen der galvanocaustischen Schneideschlinge, durch die Ausschaltung ihres eigenen Widerstandes, die Stromintensität mitunter dermaassen steigt, dass die Durchtrennung des Tumors zu rasch erfolgt und dennoch eine Blutung entsteht. Um diesem Uebelstande des zu starken Erglühens am Ende der kleinen Operation abzuhelpen, wählt man von vornherein einen möglichst schwachen Strom, man macht den Draht nur rothglühend. Doch die Geschwulst verbrennt dabei zu langsam, der Schorf wird zu dick, die nachfolgende Reaction zu gewaltig, die Operation ist schmerzhafter; wurde der Strom gar zu schwach gewählt, so erlischt mitunter das Glühen ganz. Andere helfen sich dadurch, dass sie den Strom von Zeit zu Zeit unterbrechen, wenn das rasche Gleiten der Schlinge, das zu laute Knistern des verbrennenden Gewebes ein zu starkes Erglühen des Drahtes verräth. Dessenungeachtet reisst ihnen mitunter die Schlinge, bevor sie am Ziele

sind, und die Enden der gesprengten Hälften des Drahtes verletzen das angrenzende Gewebe. Diejenigen gehen am sichersten, welche über eine Assistenz verfügen, welche, während der Operateur die Schlinge schliesst, durch Drehung der Manette eines am Accumulator oder an der Tauchbatterie angebrachten Rheostaten den Strom allmählig vermindert. Denn dass der Operateur selbst, wie man behauptet hat, diese Bewegung ausführt, ist in den meisten Fällen durchaus unmöglich. Man hat zwar gesagt, dass die Einführung eines compensatorischen Widerstandes in den Stromkreis deswegen unnütz sei, weil die grössere Dichtigkeit des zugeschnürten Stumpfes auch ein stärkeres Erhitzen der Schlinge verträgt. Das mag mitunter richtig sein, in Wirklichkeit ist es aber nur selten der Fall. Selbstverständlich kommt bei kleineren und ganz kleinen Geschwülsten das allmählig stärkere Erglühen der Schlinge nicht in Betracht, während für grössere der Nutzen der Einschaltung eines Widerstandes im Laufe der galvanocaustischen Schlingenoperation im Allgemeinen wohl nicht geläugnet wird.

Zweck dieser Zeilen ist, den Herren Collegen einen Griff vorzuführen, wodurch der Operateur selbst in der Lage ist, den gewünschten Compensationswiderstand in den Stromkreis einzuschalten. Ein solcher Schneideschlingengriff mit Rheostat ist, m. W., bisher noch nicht beschrieben worden. Die Furcht, das schon ohne dies so feine Instrument noch zu compliciren, hat gewiss bisher die Erfinder von der Construction



Figur 1.

dieses Griffes abgehalten. Bei dem hier gezeichneten Instrumente hat der im Handel wohl am meisten verbreitete Boecker'sche Handgriff Verwendung gefunden. Selbstverständlich können auch andere Universalgriffe, wie die von v. Bruns, Schech u. s. w., mit Rheostaten versehen werden, sobald sie den bekannten Forderungen bezüglich der Dicke und Leitungsfähigkeit der Stromleiter und der Excursion des Schlittens entsprechen, nur bei den metallenen Schneideschlingengriffen von Kuttner, Keimer, Meyer-Hüni u. A. möchte die Anlage eines Rheostaten schwieriger sein. Bei meinem Instrumente hängt die um eine Glasplatte gewundene Neusilberspirale am linken unteren Rand der Ebonitfassung. Hinten ist sie mit einer Schraube am hinteren Ring des Griffes befestigt, vorn endet sie in das vordere Ende des linken Stromleiters. Letzterer ist in der Mitte durchfeilt, so dass die gewöhnliche Stromleitung aufgehoben ist. Dagegen tritt der Strom durch die Schraube A in die dünne Kupferleiste AD, welche sich nach oben rechtwinklig umbiegt und so

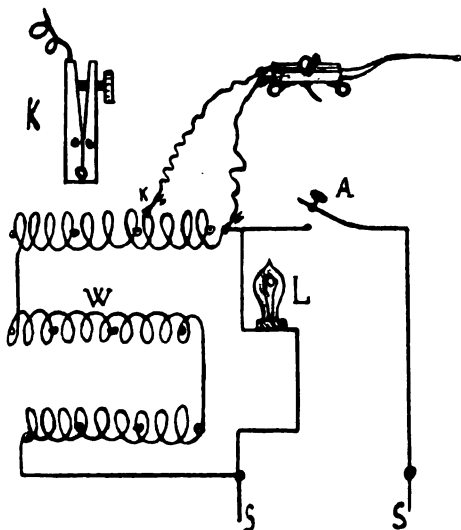
auch den linken oberen Rand der Ebonitfassung bedeckt. Dort oben wird der Strom durch eine unter dem Schlitten angebrachte federnde horizontale Zunge *B* aufgenommen und durch eine zweite verticale Zunge *C* auf den Rheostaten fortgeleitet. Je weiter nun der Schlitten nach hinten steht, desto mehr Spiralen hat der Strom links zu durchlaufen, ehe er in die Schlinge tritt. Soll das Instrument gut arbeiten, so müssen die Contacte überall fest und kräftig wirken. Es musste deshalb darauf verzichtet werden, nur mit einer verticalen Zunge auszukommen, welche nur auf den verticalen Flügel der Leiste *AD* gedrückt hätte. Wie aus der Zeichnung ersichtlich ist, musste die elfenbeinerne Platte des Schlittens etwas stärker als gewöhnlich gewählt werden, auch auf die Querspaltung wurde verzichtet. Die Drahtenden befestigen sich vorzüglich zwischen Elfenbein und Schraubenrand. Man erkennt auch aus der Skizze, dass der Neusilberwiderstand viel grösser ist, als der Widerstand einer jeglichen Schlinge. Auf diese Weise ist es gestattet, gleich bei Beginn der Operation einen starken Strom zu verwenden. Kleinere Wellen gaben mir weniger gute Resultate. Selbstverständlich erhitzt der  $\frac{1}{3}$  Mm. starke Neusilberdraht beim Zuschnüren der Schlinge. Geschieht die Zuschnürung rasch, z. B. in ein paar Secunden, wie bei der galvanocaustischen Amygdalotomie, so kommt die Erhitzung kaum in Betracht. Stösst man aber bei der Operation auf irgend ein Hemmniss, so ist die Erhitzung des Rheostaten ziemlich gewaltig. So, wie die Spirale an meinem Instrument angebracht ist, müsste man aber schon sehr ungeschickt verfahren, um sich die Finger zu verbrennen. Was die Beweglichkeit des Schlittens betrifft, so wird dieselbe beim Rheostatengriff kaum beeinträchtigt.

Dennoch — und dies führt zum zweiten Theil dieses Aufsatzes — sollten die Anstrengungen unserer Fabrikanten mehr darauf bedacht sein, die colossale Reibung, welche der Draht in den Schneideschlingenröhrchen erfährt, um Vieles zu vermindern. Collegen mit eiserner Hand resp. Zeigefinger mag es eine Kleinigkeit sein, diesen Reibungswiderstand zu überwinden. Im Allgemeinen gilt aber wohl der Satz, dass je leichter die Schlinge zugeschnürt wird, desto sicherer und präciser die Operation. Es ist doch gewiss in vielen Fällen entbehrlich, dass der Draht auf der ganzen Strecke vom Schlitten bis zur Geschwulst durch die Ligaturröhren geleitet wird, und es genügt häufig, an den Enden zweier isolirter Stromleiter je eine Oese anzubringen, durch welche der Draht geleitet wird, anstatt ihn durch den ganzen Stromleiter zu leiten. Es lässt sich noch ein zweiter Kraftverlust vermeiden, wenn man die Reibung vermindert, welche die Schlinge an den Spitzen der Ligaturröhren oder der Oesen dadurch erleidet, dass ihr Bogen mit den Extremitäten dieser einen mehr oder weniger stumpfen Winkel bildet. Man trenne nur die beiden Stromleiter durch eine grössere Entfernung, wie bei den Middeldorpf'schen Schneideschlingen, und bringe zwischen ihren vorderen Enden eine Isolirscheibe, auf deren convexem Rand die Geschwulst am Ende der Operation durchtrennt wird. Auf diese Weise entsteht z. B. der Guide-anse, welcher im Chardin'schen Catalog S. 73 abgebildet ist und den man zweckmässig dahin umändert, dass man am freien convexen Rand der Isolirscheibe eine tiefe Rinne einfeilt, um die Schlinge sicherer aufzufassen. Macht man unter diesen Umständen eine

galvanocaustische Amygdalotomie, so ist während der ganzen Operation der Reibungswiderstand so gering, dass auch ein Kindesfinger den Schlitten verschieben kann. Ausserdem ist das Anlegen der Schlinge mit diesem Guide-anse viel bequemer und sicherer. Ich gestehe offen, dass, so unständig mir früher die electricische Amygdalotomie erschien, so leicht erscheint sie mir jetzt, wo das Anlegen und Zuschnüren der Schlinge so einfach und ohne Kraftanstrengung geschieht und wo der Rheostaten-griff mir eine gleichförmige Durchtrennung sichert. Bedenkt man, wie gross die Zahl Derer ist, welche ungeachtet der Todesgefahr der blutigen Amygdalotomie noch täglich Messer und Guillotine verwenden, so gewinnt man den Eindruck, als ob das electricische Verfahren eine ganz bedeutende persönliche Geschicklichkeit erfordert. Selbst unter uns Specialisten giebt es nur einzelne hervorragende Aerzte, wie zur Zeit Michel in Köln und heute M. Schmidt in Frankfurt, Heryng in Warschau, Lichtwitz in Bordeaux, welche beinahe ausschliesslich galvanocaustisch verfahren. In seiner klaren, jüngst erschienenen Monographie über diesen Gegenstand bezieht Lichtwitz das Verlassen der Methode auf die Schwierigkeit, mit welcher man vor der Accumulatorzeit sich einen genügend starken Strom verschaffen konnte. Es sollte mich freuen, wenn es mir gelungen wäre, durch die obige Besprechung gezeigt zu haben, wie sich auch andere Schwierigkeiten in der galvanocaustischen Amygdalotomie vermeiden lassen.

Zum Schluss möchte ich noch den Herren Collegen eine Vereinfachung der Anschlussapparate an städtische Electricitätswerke demonstrieren, denen man bisher allgemein den Vorwurf gemacht hat, dass sie complicirt und recht theuer sind, zumal sie den Arzt nicht dispensiren, ausserdem für die Hauspraxis noch Accumulatoren oder Tauchbatterie zu besitzen. Sollen in der That die Anschlussapparate die Verbreitung finden, welche sie verdienen, soll das ärztliche Publikum in einer Zeit, wo beinahe alle grösseren Städte mit electricischem Licht versehen sind, von der wunderbaren Bequemlichkeit dieser Einrichtungen Nutzen ziehen, so muss ihr Preis möglichst gering, die Anlage möglichst einfach sein. Dr. Bröse hat vor fünf Jahren sich das schöne Verdienst erworben, die Bedingungen festzustellen, welche zur medicinischen Verwendung der von Dynamo's erzeugten Electricität erforderlich sind, und dennoch giebt es heute, m. W., in Deutschland nur zwei Fabrikanten, welche sich auf die Construction der Anschlussapparate verstehen, und nur ganz vereinzelte Collegen, welche solche benutzen. Es sei mir desto mehr gestattet, darauf hinzuweisen, wie einfach im Grunde solche Einrichtungen sind, als der Passus im Artikel von Dr. Bröse bezüglich des galvanocaustischen Anschlusses auf mich selbst zuerst den Eindruck hinterliess, als handle es sich dabei um grosse technische Schwierigkeiten. Vor Allem aber möchte ich hier beweisen, wie billig ein solcher Anschluss ist, wenn man jeden Luxus bei Seite lässt. Jeder Arbeiter aus Electricitätswerken kann nach Angabe des Arztes und mit dem nöthigen Material ausgerüstet, die Installation in wenigen Stunden ausführen und der Preis der ganzen Einrichtung im ärztlichen Cabinet beträgt keine 50 Mark. Specielle Kenntnisse ausser den Punkten, welche in Dr. Bröse's Aufsatz beleuchtet wurden, sind durchaus nicht erforderlich, und jede entgegengesetzte Behauptung ist Geheimnisssthuerei.

Nehmen wir den gewöhnlichen Fall einer Gleichstromvertheilung von 110 Volts an, so beauftragen wir zunächst die Electricitätswerke damit, eine 20 Ampères starke Leitung von den Kellerräumen in unser Cabinet zu leiten und bestellen in irgend welcher grösseren Fabrik einen Neusilber-Rheostaten von 5 Ohm, 2—3 Mm. dick und in Spiralen von etwa 10 Ctm. Durchmesser aufgewunden. Ein solcher elementarer



Figur 2.

Widerstand kostet 25 Mark und zählt etwa 150 Windungen. Diese werden nun mittelst Porzellanknöpfe und isolirtem Draht in 2 oder 3 Serien auf ein Brett fixirt, welches man unter der Fensterbank aufhängt. Die beiden Pole *S* der 20 Ampères starken Zimmerleitung werden in die beiden Enden des Neusilberdrahtes *W* gelöthet, nachdem man vorher einen 20 Ampères starken Schlüssel oder Stromausschalter *A* und eine Lampe témoin *L* intercalirt hat, damit der starke Strom nicht unnütz gebraucht wird. Der eine unserer galvanocaustischen Kabel oder die am Tisch sich befindende Schraube, in welche er hineinpasst, steht nun in Verbindung mit dem einen Ende unseres Neusilberdrahts; in die der nächstliegenden Spiralen endet mittelst einer beweglichen Klemme *K* oder einer alten Péan'schen Pincette der andere galvanocaustische Kabel, so dass der Strom den weitaus grössten Theil des Widerstandes zu durchlaufen hat, bevor er in den galvanocaustischen Stromkreis gelangt. Das ist die ganze Einrichtung.

Funkenbildung im Handgriff giebt es nicht, weil der Strom stets geschlossen bleibt, die Hitze des Neusilberdrahtes kommt nicht in Betracht, denn sobald die Operation fertig ist, unterbrechen wir die Hauptleitung; je nach der Stelle, wo wir die Klemme aufsetzen, erglühn die stärksten Porzellanbrenner wie die feinsten Galvanocausteren; keine Raum-

verschwendung in dem schon meist überfüllten Cabinetzimmer des Arztes, und endlich — last not least — wir erschrecken nicht unnütz unsere kleinen Patienten, die von der ganzen Einrichtung eben nur den Handgriff und seine Kabel zu Gesicht bekommen.

---

## Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

Unter zahlreicher Betheiligung und vollkommener Erledigung des Programmes verlief die heutige Versammlung unter dem Vorsitze der Herren Proff. Walb (Bonn) und Zaufal (Prag). Es wurde während der ganzen Zeit überaus fleissig gearbeitet, so dass auch die noch im letzten Moment angekündigten Vorträge und Demonstrationen abgehalten werden konnten.

Bevor ich über die wissenschaftliche Thätigkeit der Versammlung berichte, will ich in Kürze über Einiges aus der am 1. Juni Nachmittags stattgehabten Geschäftssitzung referiren.

In der Eröffnungssitzung begrüßte Walb die erschienenen Mitglieder der Gesellschaft und gedachte zugleich pietätvoll des Hinscheidens der verstorbenen Mitglieder v. Helmholtz, Lemcke und Gottstein. Zu dem zu errichtenden Denkmale des Ersteren beschloss die Versammlung 100 Mk. beizutragen.

Auf Antrag Bürkner's wurde beschlossen, in Zukunft den officiellen Bericht der Versammlungen im Buchhandel erscheinen zu lassen; für denselben sind die Mitglieder ihre gehaltenen Vorträge oder Demonstrationen im Originale zu liefern verpflichtet. — Ein Antrag des Schatzmeisters O. Wolf, welcher sich, zufolge des überaus günstigen Kassenbestandes der Gesellschaft, auf eine Herabsetzung des Mitgliedsbeitrages bezog, fand keinen Anhang, worauf der Antragsteller selbst seinen Vorschlag zurückzog.

Als Ort der nächstjährigen Versammlung wurde nach längerer Debatte mit Stimmenmehrheit Nürnberg gewählt und als Zeitpunkt Freitag und Sonnabend vor Pfingsten bestimmt.

Drei Anträge Barth's, welche sich auf Standesangelegenheiten bezogen, wurden abgelehnt, da solche laut Statuten der Gesellschaft aus den Verhandlungen ausgeschlossen sind.

An den Verhandlungen nahmen folgende Herren Theil:

Anton (Prag), Barth (Marburg), Beckmann (Berlin), Behrendt (Berlin), Biedermann, Binswanger (Jena), Brandt (Strassburg), Braukmann (Jena), Brieger (Breslau), Bürkner (Göttingen), Dennert (Berlin), Fricke (Stettin), Friedrich (Leipzig), Haeckel (Jena), Hansberg (Dortmund), Hartmann (Berlin), Haug (München), Hecke (Breslau), Heine (Berlin), Hessler (Halle a. S.),

Hoffmann (Dresden), Hübner (Stettin), Jansen (Berlin), Jens (Hannover), Joël (Gotha), Joseph (Stettin), Karutz (Lübeck), Katz (Berlin), Kayser (Breslau), Kessel (Jena), Koch (Jena), Körner (Rostock), Krehl (Jena), Kretschmann (Magdeburg), Kümmel (Breslau), Leutert (Halle a. S.), Lucae (Berlin), Edg. Meier (Magdeburg), Moldenhauer (Leipzig), Müller (Altenburg), Noltenius (Bremen), Obermüller (Jena), Panse (Dresden), Pfeiffer (Leipzig), Prockoff (Bonn), Reinhard (Duisburg), Richter (Graz), Riedel (Jena), Rohden (Halberstadt), Roller (Trier), Schubert (Nürnberg), Seligmann (Frankfurt a. M.), Sonnenkalb (Chemnitz), Skutsch (Jena), Stacke (Erfurt), Stein (Metz), Stimmel (Leipzig), Stinzing (Jena), Szenes (Budapest), Thies (Leipzig), Ulrichs (Halle a. S.), Walb (Bonn), Weiling (Coburg), v. Wild (Frankfurt a. M.), O. Wolf (Frankfurt a. M.), Zaufal (Prag), Ziehen (Jena) = 67.

### Wissenschaftlicher Theil.

I. Sitzung Sonnabend, den 1. Juni, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Walb (Bonn).

1) Hartmann (Berlin): Ueber Dehiscenzen im Schläfenbeine, durch fibröse Membranen ausgefüllt.

H. legt folgende Präparate vor:

An einem Präparate findet sich im Tegmen tympani eine linsengrosse Stelle, welche statt aus Knochen aus einer derben, durchsichtigen Membran besteht, welche sowohl an der oberen als unteren Fläche glatt in den umgebenden Knochen übergeht.

Drei Präparate von an den Folgen chronischer Mittelohreiterung resp. Cholesteatombildung verstorbenen Patienten (Sinusthrombose, Hirnabscess). In zwei Fällen befindet sich die Membran im Tegmen antri mast., in dem anderen Falle auf der hinteren Fläche des Schläfebeins, zum Theil den Sulc. sigm. einnehmend. In Mitte dieser grossen Membran befindet sich eingewachsen ein mit der knöchernen Umgebung nur durch die Membran in Verbindung stehende, etwa bohngrosse Knochenlücke. In allen Fällen bestand keine Verwachsung der Knochenmembranen mit der Dura mater. Dieselben gehen alle glatt in den benachbarten Knochen über.

Am macerirten Schläfebein ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, ob es sich bei den gewöhnlichen Dehiscenzen nicht auch um die Ausfüllung mit Membranen handelt. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine jedenfalls selten vorkommende Entwicklungsanomalie.

Was die Knochenmembranen in den kranken Schläfebeinen betrifft, so muss durch den Entzündungsprocess ein Reiz auf den Knochen ausgeübt worden sein, welcher zu einer Umwandlung desselben in fibröses Gewebe Veranlassung gab. Es dürfte eine rückläufige Verbildung und bindegewebige Anlage des Knochens stattgefunden haben.

Ob die Bildung der rechten Membranen, wie die Sclerose des Knochens, vielleicht eine Zeit lang die Uebertragung der Eiterung auf die Umgebung zu hindern vermag, lässt H. unentschieden. — Bei operativen Eingriffen wird man geneigt sein, die Knochenmembran für die Dura mater oder Sinuswand zu halten.



2) Kretschmann (Magdeburg): Ueber eine Form von Paukenhöhleneiterung.

Der zu behandelnde Gegenstand betrifft diejenigen Eiterungen, welche in dem unteren Abschnitt der Paukenhöhle ihren Sitz haben. Die Lichtung der Paukenhöhle überragt die des Gehörganges in ausgedehnterem Maasse nach oben und nach unten. Für den oberen Raum giebt es eine ganze Reihe von Bezeichnungen, für den unteren fehlt bisher ein generalisirender Name. H. schlägt deshalb vor, den Raum *Recessus hypotympanicus* zu nennen. Begrenzt wird derselbe nach aussen von dem freien Ende des *Os tympanicum*, nach innen von dem unter dem Promontorium gelegenen Theil der Labyrinthwand, nach vorn und nach hinten von den bez. unteren Abschnitten der entsprechenden Paukenhöhlenwände, nach unten von der unteren Paukenhöhlenwand; nach oben geht er in den mittleren Theil des *Cavum tympani* über. Ausgezeichnet ist der *Recessus hypotymp.* durch die Structur seiner Wandungen, die in der Regel einen *sinuösen* Bau zeigen. Diese *sinuösen* Hohlräume erstrecken sich bei grösserer Ausdehnung des *Recessus* unter die untere Gehörgangswand *lateral*, unter die Labyrinthgebilde *medial*, unter die Tube nach vorn, bis an den *Facialcanal* nach hinten.

Der *sinuöse* Bau ist zwar in der Regel vorherrschend, kann aber nahezu ganz fehlen oder ist weniger ausgesprochen. Die Form des Raumes hängt hauptsächlich von der unteren Paukenwand ab. Sie kann muldenförmig sein bei geschwungenem Verlauf, kubisch oder abgestumpft pyramidenförmig bei geradem Verlauf der unteren Platte.

Die Länge des Raumes (*sagittal*) beträgt 9,5,  
die Breite (*frontal*) . . . . . 3,0,  
die Tiefe (*vertical*) . . . . . 2,7 (Bezold).

An Interesse gewinnt der Raum durch seine Verhältnisse zu den wichtigen Nachbargebilden: *Carotis interna*, *Bulbus venae jugularis*, *Facialis*, die meist nur durch dünne Blätter von ihm geschieden sind.

Dass sich in dem *Recessus hypotymp.* häufig eitrige Prozesse etabliren werden, kann bei Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse nicht verwundern. Ihre Anwesenheit zu erkennen ist nur möglich bei Fehlen des Trommelfells im Ganzen oder wenigstens in seinem unteren Abschnitt. Granulationen, die aus der Tiefe kommen, Blutspuren, die eine entsprechend gekrümmte, mit Watte umwickelte Hakensonde zu Tage fördert, führen auf die Erkrankung des *Recessus hypotymp.* Ist bei spärlicher *Secretion* nur die Stelle des Tampons, welche dem *Recessus* entspricht, feucht, so führt das gleichfalls auf die Diagnose. Ein spannendes Gefühl, in die Gegend der Mitte des *Musc. sternocleidomastoideus* verlegt, wurde von den Patienten mit *Recessuseiterung* häufig angegeben.

Die Behandlung bestand in Ausspülungen mit entsprechend gebogener Hartmann'scher Canüle und in Aetzungen mit Milchsäure und Trichloressigsäure, mittelst Watte umwickelter Hakensonde. In zwei Fällen wurde nach vorausgegangener Aufmeisselung des Warzenfortsatzes mit Fortnahme der hinteren Gehörgangswand der *Recessus hypotymp.* durch Abschnürung der unteren und unteren hinteren Gehörgangswand freigelegt, mit günstigem therapeutischen Erfolge.

### Discussion:

O. Wolf (Frankfurt a. M.) bezeichnet die von Kretschmann vorgeschlagene Benennung „*Recessus hypotympanicus*“ für sehr richtig. Er selbst beobachtet häufig Eiterungsprocesse desselben, besonders nach acuten Processen, welche mit Granulationen einbergingen, die aus der im vorderen unteren Quadranten liegenden Trommelfellperforation herauswucherten. Zur Abtragung solcher Granulationen empfiehlt er seinen kleinen Löffel, welcher sich bequem biegen lässt, ohne schädlichen Einfluss auf die untere Paukenhöhlenwand zu üben. In einem Falle von Abschnürung erfolgte ein Exitus letalis unter pyämischen Erscheinungen; hier handelte es sich um eine pulsirende Geschwulst (Angiom).

Meier (Magdeburg) berichtet, zur Illustration der Bedeutung der hypotympanischen Eiterungen, über einen operirten Fall von jauchiger Thrombose des *Bulbus venae jugularis* und *Jugularis interna*.

Panse (Dresden) und Leutert (Halle a. S.) erwähnen die Re-infection der Operationshöhlen, welche von der Tube aus stattfindet, weshalb es auch angezeigt ist, dieselbe zu verhüten.

Hessler (Halle a. S.) glaubt nicht, vom Gehörgange aus Eingriffe vornehmen zu können, ohne *Facialisparalyse* zu verursachen.

Walb (Bonn) glaubt in dem *Recessus hypotymp.* bequem unter Beleuchtung mit dem intratympanalen Spiegel arbeiten zu können.

Kretschmann erwähnt, die Intra-tympanalspiegel versucht zu haben, doch waren die Erfolge nicht befriedigend.

3) Barth (Marburg): Ueber die sogenannte Lateralisirung bei Knochenleitung.

Das Lateralisiren bei Knochenleitung ist entweder ein subjectives, wie es der Untersuchende hört, oder ein objectives, welches man mittelst zweier gleicher Otoscope controliren kann. Letzteres ist ausschliesslich bedingt durch Veränderungen in der Leitung und in der Resonanz. Bei dem subjectiven Herüberhören ist ausser den vorher genannten zwei Punkten zuerst zu nennen einseitige Erkrankung des percipirenden Apparates, die wohl selten Veranlassung zu objectiv nachweisbaren Aenderungen der Leitungs- und Resonanzverhältnisse geben wird, ausserdem aber spielen wahrscheinlich noch mit: die günstigeren Verhältnisse der Schallübertragung auf ein untersuchtes Ohr, Schallreflexe und der Abschluss eines erkrankten Ohres gegen Schalleinwirkungen von aussen. Nicht von Einfluss in Bezug auf einseitig verstärktes Hören sind: verstärkter Druck auf das innere Ohr, sogen. Hyperästhesie des *Acusticus*.

Der Weber'sche Versuch beruht also auf complicirten Verhältnissen, so dass es nicht erlaubt ist, ihn blind als Maassstab für eine Diagnosenstellung zu benutzen, obwohl er, mit Kritik angewandt, oft zu recht brauchbaren Untersuchungsergebnissen führen kann.

### Discussion:

Lucae (Berlin) bemerkt, dass bei seitlichem Aufsetzen der Stimmgabel die auf das andere Ohr diagonal verlegte Schallempfindung zum Theil dadurch zu Stande kommt, dass die Schallwellen hierdurch mehr senkrecht auf das Trommelfell fallen und der schalleitende Apparat dadurch stärker in Schwingungen gesetzt wird. Aehnliche Einflüsse

können sich auch dann bemerkbar machen, wenn man die Stimmgabel an verschiedenen Stellen des Warzenthales aufsetzt, so dass die Tonwellen das Trommelfell in verschiedenen Richtungen treffen.

Beckmann (Berlin) bezweifelt, dass Schallwellen vom Warzenfortsatze aus senkrecht auf das nach vorn, innen und unten gerichtete Trommelfell fallen können, sondern immer nur von einem vor dem betreffenden Ohre gelegenen Punkte.

(Fortsetzung folgt.)

## Gesellschaft der ungarischen Ohren- u. Kehlkopfarzte.

V. ord. Sitzung am 19. April 1894.

Vorsitzender: Emerich v. Navratil.

Secretär: Ludwig Polyák.

1) Krepuska: Symptome von Gehirndruck bei einem Falle von Otitis media suppurativa chronica. Operation. Heilung.

Pat., ein 37 Jahre alter Maschinist, der schon seit seiner Jugend an linksseitiger Otorrhoea leidet, meldete sich am 17. März 1893 mit seit sieben Tagen stärkeren Ohrenscherzen an der linken Seite, starkem Schwindel und Erbrechen. — Status praesens: Gang incoordinirt; starker Schwindel; die linksseitigen Stirnfalten verwischt; die linke Pupille weiter; äusserer Gehörgang verengt, Trommelfell gänzlich zerstört, Promontorium mit kleinen Granulationen bedeckt. Aus der oberen Partie der Paukenhöhle entleeren sich durch die Hartmann'sche Canüle fischschuppenartige kleine Schuppen. Bei der Weber'schen Untersuchung ist das linke Ohr stark „positiv“, bei der Rinné'schen Untersuchung ist das linke Ohr stark „negativ“. Bei normaler Temperatur und bei Anhalten der übrigen Symptome (Nystagmus oscillatorius) sank der Puls in fünf Tagen bis auf 40 in einer Minute.

Die Diagnose schwankte zwischen Cholesteatom und Abscess des Kleinhirns, obzwar eine protrahirte Meningitis auch nicht ganz ausgeschlossen werden konnte.

Operation am 21. März. Der hochgradig sclerotisirte und eburnirte Processus mastoideus wurde aufgemeisselt, der Sinus transversus freigelegt; von da entleerte sich wenig kirschensaftartiges, seroso-sanguinolentes Secret. Der Additus war nicht gut zu erreichen. — Schwindel und Erbrechen hörten nach der Operation auf, der Puls stieg auf 80, bei fieberfreiem Verlauf erfolgte die Heilung gegen Ende April, Anfang Mai war Pat. schon arbeitsfähig. Der Krankheitsprocess der Paukenhöhle hat ebenfalls ein Ende gefunden. Patient steht seit einem Jahre unter Beobachtung und ist bis jetzt recidivfrei geblieben.

Vortragender muss trotz des ziemlich dunklen Krankheitsbildes und trotz der nicht zu Ende geführten Operation die Heilung doch dem chirurgischen Eingriff zuschreiben, und da während dieser Operation weder Cholesteatom, noch krankhafte Veränderungen oder deren Secrete an dem Knochen und den benachbarten Hirnhäuten gefunden worden

sind, so ist anzunehmen, dass die Entleerung des neben dem gesunden Sinus transversus herausgeflossenen blutig-serösen Secretes druckerleichternd und folglich heilungsbefördernd wirkte.

Böke: Bei eitrigen Paukenhöhlenentzündungen kommen Cerebralsymptome recht häufig vor, unsicherer Gang, Pupillenerweiterung, Facialisparalyse können auftreten, ohne dass der Processus mastoideus entzündlich erkrankt wäre. In ähnlichen Fällen, wie der jetzt demonstrirte, hatten schon die älteren Aerzte die sog. Wilde'sche Incision über dem Proc. mastoid gemacht. — Neuerdings macht man schon tiefere Eingriffe, in der Annahme, dass die Ursache der Erscheinungen tiefer liegt. Redner hat in seinen neueren Fällen den Warzenfortsatz nur dann aufgemeisselt, wenn auch die Knochensubstanz erkrankt war, sonst begnügte er sich mit tiefen Incisionen, welche bis zum Periost gingen, worauf die schweren Erscheinungen aufhören und auch das jahrelange Eitern in kurzer Zeit sich vermindert. Redner schreibt die Cerebralsymptome den Hyperämien zu, welche durch die 6—7 Ctm. lange Incision beseitigt werden, wie er es eben jetzt bei zwei Fällen an seiner Abtheilung im St. Rochusspital beobachtet hat. Einen dem demonstrirten ganz gleichen Fall hat er vor drei Jahren gesehen, nach der Incision schien der Knochen ganz intact zu sein; er meisselte den Knochen, dessen Substanz elfenbeinhart war, auf und fand in der Höhle des Warzenfortsatzes ebenfalls nichts; der Kranke starb am nächsten Tage. Bei der Section wurde im Gehirn ein grosser Abscess gefunden, welcher sicherlich 2—3 Monate alt sein musste.

Was den demonstrirten Fall betrifft, so hat Vortragender den Warzenfortsatz in der Annahme eröffnet, dass es um Cholesteatom sich handelte, er ist tiefer gedrunken und nachdem er in der Höhle nichts gefunden hatte, wollte er bis zum Additus kommen, welcher nahe zur Fossa sigmoidea liegt und die innere Wand des Sinus transversus bildet. Hierher gelangt, hat er die Wand der periphlebitischen Vene berührt und das Exsudat entleert. In diesem Falle hat also die aus der Trommelhöhle hervorgegangene Entzündung eine Periphlebitis verursacht.

Lichtenberg: Auf welche Weise hat es Vortragender erfahren, dass der Ambos fehlt und dass er den Stapes berührt hat, da doch der äussere Gehörgang stark verengt und die Paukenhöhle mit Granulationen ausgefüllt war?

Krepuska: Diejenigen Theile der Paukenhöhle, welche durch Inspection nicht zu untersuchen sind und doch den wichtigsten Theil bilden, wie z. B. der Sinus superior und die Theile, die gegen den Additus antri und gegen die Tuba liegen, pflege ich mit einer äusserst dünnen, biegsamen Silbersonde zu untersuchen; auf diese Weise kann ich das Promontorium gut erreichen, ebenso in dessen unterstem Theil die Fenestra rotunda; von da höher in derselben Richtung muss der Stapes liegen, dessen beide Seiten gewöhnlich gut fühlbar sind. Das konnte ich aber in diesem Falle nicht tasten, an dessen Stelle fand ich eine Vertiefung, auf welche ich mit einer mit Watte armirten Sonde Druck ausgeübt habe, was bei dem Kranken das Gefühl von Plätschern ausgelöst hat. Auf diese Weise konnte ich constatiren, dass der Ambos fehlt, und aus dem negativen Befund in Bezug auf den Stapes konnte ich folgern, dass ich den Boden des Stapes berührt hatte.

Lichtenberg: Es ist schwer festzustellen, ob der Stapes wirklich dort war, wo Vortr. den Druck ausgeübt hat. In solchen Fällen hängt viel von dem objectiven Eindruck ab. Es ist fraglich, ob auf dem Kopfe des Stapes nicht auch Granulationen waren, welche ähnliche Symptome verursachen können?

Was die meritorische Seite des Falles betrifft, so kommt Schwindelgefühl bei fast allen Ohrenleiden vor. Redner hat einen sehr ähnlichen Fall gehabt, wo die Operation auch unterbrochen wurde. Die Operation wurde auf die Diagnose des Redn. hin (Abscessus subduralis) durch Dr. Farkas gemacht und musste unterbrochen werden. Pat ist geheilt. — Der andere Fall war ein Abscess des Warzenfortsatzes mit ähnlichen Symptomen, operirt durch Doc. Baron, und ist ebenfalls geheilt. Ein dritter Fall (gewöhnliches Paukenhöhlenleiden mit Granulationen) hatte sämtliche hier vorgezählte Symptome gezeigt, obzwar nachträglich bewiesen wurde, dass das 2—3 Wochen alte Leiden durch die Paukenhöhlenerkrankung verursacht wurde. Im Gegensatz zu Böke kann Redner den Nutzen der Wilde'schen Incisionen in Fällen von chron. Eiterungen nicht einsehen. Diejenigen Fälle, wo diese Incisionen genutzt hatten, sind dem jetzt vorgestellten und denen des Redners vielleicht doch nicht ähnlich?

Böke: Bei den vorgezählten Fällen hat man bei tieferen Eingriffen auch nichts gefunden und Pat. ist geheilt. Redner hat den Warzenfortsatz auch öfters eröffnet und Heilung erzielt. Er hat die Wilde'sche Incision deshalb hervorgehoben, weil in Fällen, wo der Knochen nicht krank ist, die 6 Ctm. lange Incision und die Abtrennung des Periosts von ebenso guter Wirkung sind, wie die Eröffnung des Warzenfortsatzes; die Symptome hören ebenso gut auf, wie bei der unterbrochenen Operation.

Lichtenberg bemerkt, dass in jenem Falle von Eröffnung der Schädelhöhle, wo die Operation unterbrochen wurde, nach 2—3 Tagen viel Eiter sich aus dem extraduralen Abscess entleert hat.

Baumgarten meint, dass die schweren Symptome in dem jetzt demonstirten Falle durch die Eiterung der membranösen halbzirkelförmigen Canäle verursacht worden sind.

Szenes: Dem Augenspiegelbefund wird manchmal keine Bedeutung zugeschrieben. Redner hat einen Fall beobachtet, wo bei erweiterten Gefäßen der Papilla keine Complication vorhanden war; ein anderes Mal gesellte Otitis media sich der Otitis externa bei, im Augenhintergrunde waren Stauungssymptome vorhanden und der Fall hat sich nach Blutegeln doch gebessert. In zwei Fällen hat Szenes tödtlichen Ausgang beobachtet, trotz des negativen Augenspiegelbefundes. Die Wilde'sche Incision verursacht ziemlich häufig das Aufhören des Eiterns in der Paukenhöhle, doch gibt es auch Fälle, wo die Incision nicht genügt. Bei einem subperiostalen Abscess, wo der Knochen intact war, machte Sz. die Incision und hierauf begann die Heilung, doch bildete sich später eine Metastase am Kreuzbeine und der Kr. starb.

Krepuska bedauert, bei dieser Ausdehnung der Discussion sich nicht auf die Indicationen der Eröffnung des Warzenfortsatzes ausbreiten zu können. Er hält den klinischen Verlauf für ausschlaggebend, da nur dieser es zeigen kann, was vorhanden ist. Es giebt fast keinen Fall

von frischer Otitis media, wo die Schleimhaut in der Warzenfortsatzhöhle nicht miterkrankt wäre, doch heilt sie bei solchen Fällen gewöhnlich und kommt keine Osteomyelitis oder Periostitis zu Stande; treten aber diese Complicationen auf, dann kann keine einfache Incision Heilung bringen, der Fall wird dadurch nur in die Länge gezogen und complicirt. Bei den Wilde'schen Incisionen ist es rathsam, sich auch auf die Eröffnung des Warzenfortsatzes vorzubereiten, selbst wenn der Knochen gesund ist. Sind die Indicationen richtig aufgestellt, dann kann man den gesunden Knochen ruhig aufmeisseln. Redner hat auch in ähnlichen Fällen Granulationen gefunden. Diejenigen Fälle, wo in Folge von Druck in der Paukenhöhle sich Gehirndrucksymptome und statische Störungen gezeigt hatten, sind wohl zu unterscheiden von Fällen wie der jetzt demonstrierte, wo bei normaler Temperatur der Puls bis auf 40—45 in der Minute sank. In zwei Fällen hat er auch Tuberculose beobachtet. Die Annahme Baumgarten's, dass eine Perforation der membranösen halbzirkelförmigen Canäle vorhanden war, ist richtig gedacht; Kr. hat einen solchen Fall auch secirt und histologisch und bacteriologisch untersucht. In solchen Fällen fehlen die Gehörsensationen niemals und ausser den Störungen des statischen Gleichgewichts tritt auch Fieber auf. Bei Suppurationen im Labyrinth darf man nicht spritzen, und schliesslich ist es viel leichter, nachträglich anders von diesem Fall zu sprechen, als nach einer 4tägigen Beobachtungszeit.

2) Egmont Baumgarten: Ein Fall von Nasenrachenfibrom.

Der 12 Jahre alte Knabe athmet seit 4 Monaten so geräuschvoll, besonders Nachts, dass die Mutter oft schon an Erstickung gedacht hat. Seit 5 Wochen stinkender Ausfluss aus der Nase, Fieber, Kopfschmerzen; Aufnahme in das Stefanie-Kinderspital. Befund: Pat. fiebert, sieht sehr schlecht aus, athmet nur bei offenem Munde, rechte Nase normal, nur durch Septumdeviation etwas verengt, die linke Nase ist fast bis zum Ostium cutaneum durch ein grauweisses, bei Berührung leicht blutendes, hartes und pestilent riechendes Gewebe ausgefüllt. Der Fall wurde erst nach einigen Tagen klar, als einige Theile der Geschwulst durch Zange und kalte Schlinge entfernt und die Nase öfters mit Sublimatlösung durchgespritzt war. Die histologische Untersuchung (Dr. Preisz) ergab die Diagnose: Fibrom. Aus dem Nasenrachen entleerten sich Anfangs stinkende, graue grössere Gewebsfetzen. Die Operation ging sehr schwer, da das Gewebe sehr hart und nur in kleinen Stücken zu entfernen war, was jedes Mal von starker Blutung, nur durch Tamponade stillbar, gefolgt war. Nach 8 Tagen verlor sich der Geruch, die Geschwulsttheile aus der Nase und theilweise auch aus dem Nasenrachen wurden allmählig entfernt. Votr. will den Rest, welcher durch die kalte Schlinge nicht zu schneiden ist, durch Galvanocaustik oder Electrolyse zerstören, um so mehr, da er sich vor heftigen Blutungen fürchtet. Pat. sieht gut aus und hat keine Kopfschmerzen mehr.

Nasenrachenfibrome sind bei uns sehr selten, sie kommen meistens im 15.—25. Jahre vor. In diesem Falle hat sich das Fibrom aus dem Fibrocartilago basilaris entwickelt und ist deshalb von Interesse, weil Pat. erst 12 Jahre alt ist und nur aus dem Grunde zum Arzte geführt war, weil bei ihm, wie es auch Bensch beschreibt, die seltene Erscheinung aufgetreten ist, dass die Oberfläche gangränös geworden ist. Ein-

zelle Verfasser sprechen auch von Rückbildung, und bei Patienten von 20—25 Jahren operiren sie selbst dann nicht mehr, wenn die Geschwulst sehr ausgebreitet ist, ich glaube aber, dass man bei solchen passenden Fällen die Operation nicht unterlassen darf. Leider sind die Recidive bis zum 25. Jahre recht häufig und daher sollen die Kranken stets unter Controle bleiben. — Es giebt auch Fälle, wo sich die Geschwulst bis in die Schädelhöhle ausbreitet, diese, sowie jene, bei welchen das Microscop kein reines Fibrom, sondern Fibrosarcom zeigt, sind in Betreff der Prognose sehr ungünstig. Nur in solchen Fällen kann keine Rede davon sein, ohne Resection zu operiren, und deshalb kann man da den intranasalen Eingriff unterlassen.

Onodi: Bei einer 60 Jahre alten Frau wollte sich die Nasenathmung nach Entfernung der Nasenpolypen noch immer nicht herstellen, die Ursache war eine haselnuss-grosse, glatte harte Geschwulst, welche am Rachendache sass. Pat. wollte sich keiner Operation unterwerfen. Nach einigen Monaten wurde die Mitte der Geschwulst weich, Pat. ging in ein Jodbad und nach ihrer Rückkehr war die erweichte Stelle grösser. Vielleicht war es ein Fibrosarcom.

Polyák hat vor zwei Jahren bei einem 20 Jahre alten Mädchen, die an Nasenpolypen litt, aus dem Nasenrachen ein riesengrosses reines Fibrom entfernt, welches hinter der Uvula noch 2 Ctm. lang in den Rachen hing und so hart war, dass der Corpus nur mit dem Messer und der Rest mit der Glühschlinge entfernt werden konnte. Die Geschwulst ging vom Vomer aus und erwies sich microscopisch als ein typisches Fibrom.

Zwillinger: Es möchte viel Zeit kosten, wenn wir hier alle durch uns operirten Fibrome vorzählen wollten. In diesem Falle ist hauptsächlich das Alter des Pat. interessant. Die Art der Entfernung wird immer durch den Ursprung des Tumors bestimmt.

Baumgarten: Nicht nur das Alter ist hier von Interesse, sondern auch der Zerfall und das Gangrän des Tumors. Votr. hätte gern besprochen, ob die Operation nothwendig ist? Seiner Meinung nach ist dies bei Kindern stets der Fall.

Navratil hat solche Fälle früher in mehreren Sitzungen, jetzt aber immer in einer Sitzung mit der Glühschlinge operirt, wie er es auch von Balatta und Middeldorpf gesehen hat.

3) Egmont Baumgarten: Choanalpolyp.

Das Präparat stammt von einem 40 Jahre alten Manne und hat die hinteren zwei Drittel der linken Nase und den ganzen Nasenrachenraum ausgefüllt, war sogar hinter der Uvula sichtbar. Der Polyp ging von der Choane aus, war retortenförmig,  $7\frac{1}{2}$  Ctm. lang und  $3\frac{1}{2}$  Ctm. breit im Nasenrachen. Microscopisch war die vordere Hälfte nur Myxom, der Nasenrachentheil jedoch typisches Fibrom.

4) Discussion über die Function des M. cricothyreoides.

Onodi eröffnet die Discussion, vorweg bemerkend, dass er sämtliche seine Beobachtungen und Schlüsse, welche sich auf die Function des erwähnten Muskels beziehen, unverändert aufrecht erhält und diesmal die Suppositionen von Jelenffy, welchen sich auch Neumann angeschlossen hat, besprechen will. — Onodi hat in einer Versuchsserie die Function des Cricothyreoides und die Lage des Stimmbandes

bei offener Trachea, in der zweiten Serie bei unter dem Zungenbeine geöffnetem Kehlkopfe, und endlich in der dritten Serie bei intacten Luftwegen beobachtet. Das Resultat war stets ein und dasselbe, nämlich Erhebung des Ringknorpels zum Schildknorpel und Annäherung des Stimmbandes. Die Messungen zeigten, dass das Stimmband sich 2 Mm. zur Medianlinie nähert und der Durchmesser der verengerten Stimmritze 1,2 Mm. beträgt. — Wenn das obere Horn des Schildknorpels vom Zungenbein freigelegt wird, dann wird es sich bei der Contraction des Muskels auswärts bewegen. Es folgt aus der Function des Muskels und aus der Thatsache der Spannung, dass das lose Stimmband in der Cadaverstellung bei der Extension sich gegen die Medianlinie nähern muss. Aber zu gleicher Zeit werden auch diejenigen Muskelbündel gespannt, welche ein wenig in Zusammenhang mit dem Stimmbande ihm parallel verlaufen, wie die *Mm. thyreocarytaenoidei int. et ext.* — Wenn diese Muskeln passiv gespannt werden, dann muss das Stimmband in der Medianlinie oder sehr nahe daran liegen. Die Annäherung des Stimmbandes ist das Resultat der passiven Bewegung bei seiner Spannung. Onodi erklärt das Auswärtsbewegen des freigelegten Horns des Schildknorpels aus der Vergrößerung des Schildknorpelwinkels und des Durchmessers zwischen den beiden Platten, entstanden in Folge der Ziehung, welche die sich verlängernden Gebilde auf die Mitte des Schildknorpels ausüben. — v. Jelenffy hat diesen Muskel auf drei Kraftcomponenten getheilt: Der erste, welcher vom Schildknorpel zum Ringknorpel geht, hebt den Ringknorpel zum Schildknorpel hinauf; der zweite Component hat bloß Endpunkte, zieht den Schildknorpel nach vorn und setzt den Ringknorpel nach hinten; der dritte Component geht vom Ringknorpel zum Schildknorpel und nähert die zwei Platten des Schildknorpels in ihrer ganzen Breite zu einander und verursacht dadurch auch die Annäherung der Stimmbänder. — Diese Annahme entbehrt jeder anatomischen und physiologischen Grundlage, sie ist auch nicht nothwendig, da, wie Vortr. schon erwähnt hat, bei der Spannung auch die Erklärung der Annäherung zu finden ist. Von dieser natürlichen Erklärung kann sich Jedermann anatomisch und physiologisch überzeugen, während die Jelenffy'sche Theorie als eine bloße Annahme ausser der Möglichkeit einer Beweisführung steht. Colledge Neumann schliesst sich der Annahme v. Jelenffy's an und erklärt die Auswärtsbewegung des freigelegten oberen Schildknorpelhorns aus der Zusammenpressung der Schildknorpelplatten. Vortragender will diese Annahmen, da sie anatomisch und physiologisch nicht zu beweisen sind, bei Aufrechterhaltung seines eigenen Standpunktes, nicht acceptiren.

Neumann will sich auf einige kurze Bemerkungen beschränken, denn diese Discussion hat eine lange Geschichte und es giebt Gegenstände, die darum nicht besser ausführbar sind, weil die damit zusammenhängende persönliche Frage dabei nicht unerwähnt bleiben kann. Da es aber für die Gesellschaft kaum von Interesse ist, wie die Gegenmeinung sich entwickelt hat, inwiefern es übereilt war und von dem Vortredner revocirt wurde, will Redner ebenfalls unerwähnt lassen.

Dass Redner vorher keinen Zwischenruf gethan hat, geschah nur aus Höflichkeitsrücksichten und nicht deshalb, weil er das acceptirt hätte, was v. Jelenffy geschrieben hat. Redner ist kein Posthumus-Commen-



tator von Jelenffy und will nur dafür verantwortlich sein, was er selbst behauptet. Er theilt die Action des *M. cricothyreoideus*, welcher das Stimmband spannt, ebenfalls auf drei Componenten und beruft sich dabei auf die Gesetze der Mechanik, auf die Kraftparallelogramme, nach welchen die Action der querlaufenden Muskeln auf Componenten getheilt wird. So zerfällt z. B. der *M. sternocleidomastoideus* auch auf mehrere Kraftcomponenten, der eine zieht den Kopf nach unten, der andere rotirt ihn einwärts. — Der *M. cricothyreoideus* selbst wird durch die meisten Anatomen in zwei Portionen (vertical und quer) getheilt, der erste hebt, der zweite zieht nach hinten. Es ist selbstverständlich, dass ein Muskel nicht mehr thun kann, als wozu er fähig ist, das aber thut er jedenfalls: der Muskel kommt in Contraction und bringt die zwei Endpunkte näher zu einander, sofern diese Endpunkte beweglich sind und sofern keine Gegenkraft arbeitet.

Wenn Muskelfasern vom Ringknorpel zum Schildknorpel gehen, dann können diese bei der Contraction nichts Anderes thun, als den Ringknorpel zum Schildknorpel näher bringen. Dass aber der *M. cricothyreoideus* nicht nur einen verticalen, sondern auch einen horizontalen Componenten besitzt, das wird fast von Allen zugegeben, die sich mit der Sache beschäftigen, denn die Nachgiebigkeit des Gelenkes ermöglicht nicht nur die Charnierbewegung, sondern auch die Verschiebung in das Horizontale (zweiter Component); dasselbe wird von Niemandem bezweifelt. Der dritte Component endlich wirkt in der frontalen Fläche, denn diejenigen Muskelfasern, welche nach dieser Richtung vom Ringknorpel zur inneren Fläche des einen grösseren Kreis bildenden Schildknorpels verlaufen, ziehen den letzteren zum steifen Ringknorpel hin, d. h. sie drücken ihn seitwärts zusammen. Wenn ich mich auch nicht mit Jelenffy decken will, so erwähne ich doch, dass seine Meinung auch von Grützner angenommen wurde.

Ich will nur noch das Eine beweisen, dass die Auswärtsbewegung der grossen Hörner der Schildknorpel durch den Muskel und nicht durch die Stimmbänder verursacht wird. Zu diesem Zwecke habe ich die Stimmbänder zerschnitten und gefunden, dass das grosse Horn auf die Muskelfunction die Auswärtsbewegung macht.

Halász will als Anatom an der Discussion Theil nehmen. Die meisten Anatomen glauben, dass der Ausgangspunkt des *M. cricothyreoideus* am Ringknorpel und der Endpunkt am Schildknorpel liegt, und nehmen an, dass der Muskel den Schildknorpel vor- und abwärts zieht und auf diese Weise die Stimmbänder spannt. Die physiologischen Versuche haben bewiesen, dass der Ringknorpel zum Schildknorpel hinaufgezogen wird, was ein Beweis dafür ist, dass der Muskel vom Schildknorpel entspringt und zum Ringknorpel geht. — Was die Theilung des Muskels betrifft, so kann er dies nicht zugeben, physiologisch fungirt hier auch nur ein Muskel. Das Beispiel, dass der *Sternocleidomastoideus* zwei Abgangspunkte hat und daher auch eine doppelte Function besitzt, während der *Cricothyreoideus* nur einen Abgangspunkt hat, war ein schlechtes. Was die Auswärtsbewegung des grossen Hornes betrifft, so hält Votr. Onodi's Erklärung für richtiger, da er Neumann's hente zuerst erwähntes Experiment noch nicht gesehen hat.

Onodi: Nachdem man in der Anatomie keinen solchen Muskel

kennt, wie den Cricothyreoidens, dessen Action in drei verschiedenartig wirkende Componenten zerlegbar wäre, so halte ich meine Behauptung aufrecht. Grützner hat Jelenffy's Ansicht bloß erwähnt, ohne irgend eine Beobachtung oder Beweis zuzusetzen, das hat also keinen besonderen Werth. Der letzterwähnte Versuch Neumann's ist jedenfalls interessant, obzwar er sich nur auf eine untergeordnete Frage und nicht auf die normalen Verhältnisse bezieht; ich möchte nur wissen, ob sämtliche Weichtheile oder bloß die Stimmbänder entfernt worden sind, denn im zweiten Falle konnten die letzteren noch immer die Auswärtsbewegung der grossen Hörner verursachen. Redner wiederholt, dass er sich weder anatomisch noch experimentell von der Behauptung Jelenffy's und Neumann's überzeugen konnte, dass dieser Muskel die Schildknorpelplatten zusammendrücken und einander nähern kann, ein Beweis dafür ist auch nicht zu erbringen, da jede anatomische und physiologische Grundlage fehlt.

Neumann wundert sich über die Behauptung von Onodi und Halász, dass die Action dieses Muskels in keine Componenten zerlegbar ist. Die Herren sprechen so, dass sie nur die Leiche vor den Augen haben und entbehren jedes Sinnes für die Erscheinungen an den Lebenden. Da hört ja jede Physiologie und jede Erklärung auf. Bei der Zertheilung auf zwei Kraftcomponenten ist es ja gar nicht nöthig, dass die Fasern des Muskels in verschiedener Richtung verlaufen sollen, sondern der Effect wird auf mechanischer Basis erklärt, weil die mechanische Action fast aller querverlaufender Muskeln in Componenten zerfällt.

Onodi: Mit Beispielen kann die Frage nicht entschieden werden. Wenn eine That existirt, so muss man sie auch anatomisch und physiologisch erklären und beweisen können.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Statistischer Bericht über die in den Jahren 1887—1889 incl. behandelten Ohrenkranken.** Von Prof. F. Bezold. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII, X)

Der vorliegende Bericht ist der siebente dreijährige über des Autors otiatrische Thätigkeit; er bezieht sich auf 4473 Patienten mit 4867 Erkrankungen, wovon 22,4 pCt. bei Kindern unter 15 Jahren vorkamen.

Es vertheilen sich von obiger Zahl der Erkrankungen

21,7 pCt. auf Erkrankungen des äusseren,

65,7 " " " " mittleren und

12,6 " " " " inneren Ohres,

ein Ergebniss, das nur wenig von dem der letzten drei Triennien differirt; es würde zu weit führen, auf die Procentzahlen der einzelnen Erkrankungen hier zurückzukommen, die Bezold in sorgfältig ausgearbeiteten Tabellen niedergelegt hat; es sei aber nachdrücklichst auf dieselben hingewiesen.

Eine wesentliche Differenz gegen die von Bürkner ausgearbeitete Statistik über 100000 Patienten verschiedener Ohrenärzte findet sich bei den Erkrankungen des inneren Ohres —, bei Bürkner 6,6 pCt., bei Bezold 12,6 pCt.; dagegen hat in Bezold's Berichten die Diagnose „chronischer Mittelohrcatarrh“ bedeutend abgenommen, die der nervösen Schwerhörigkeit bedeutend zugenommen, eine Folge der neuen verbesserten Untersuchungsmethoden.

Eine dritte Tabelle enthält die Uebersicht über Einseitigkeit und Doppelseitigkeit, Alter, Geschlecht, subj. Geräusche, Schwindelerscheinungen und Heredität bei den am schwierigsten zu diagnosticirenden Formen, den chronischen, nicht eitrigen Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres. Die sehr lehrreichen Zusammenstellungen des Autors über diese einzelnen Gruppen sind im Originale nachzusehen; hier mag Folgendes besonders hervorgehoben werden:

An diesem Krankenmateriale sind die von Bezold bei früheren Gelegenheiten\*) entwickelten Grundsätze für die Untersuchung zur Anwendung gekommen; bereichert hat sie Bezold durch die Prüfung mit tiefsten Stimmgabeln, F<sup>-1</sup>, Des<sup>-1</sup> und C<sup>-1</sup>, welche Töne durch verschiedene Belastung einer und derselben Stimmgabel zu erreichen sind; in der Prüfung für diese tiefsten Töne durch die Luftleitung sieht Bezold eine sehr wichtige Ergänzung der Functionsprüfung.

B. hat sich nur dann für berechtigt gehalten, beim Mangel an sonstigen objectiven Symptomen die Diagnose auf „Otitis media simplex chronica ohne Einsenkungserscheinungen am Trommelfell“ zu stellen, wenn 1) eine Verkürzung am unteren Ende der Tonscala, 2) eine Verlängerung der Knochenleitung für die Stimmgabel A und 3) ein je nach der noch vorhandenen Hörweite verkürzter positiver oder ein negativer Ausfall des Rinne'schen Versuches mit Stimmgabel a' constatirt werden konnte.

Als nervöse Schwerhörigkeit wurden dagegen alle Fälle bezeichnet, bei welchen der Rinne'sche Versuch mit a' sowohl, als auch mit A unverkürzt oder, verhältnissmässig zur Hörweite, nur wenig verkürzt positiv ausfiel und wo Verkürzung oder totaler Mangel der Knochenleitung vorhanden war. Die Mehrzahl dieser Kranken hörte trotz oft hochgradiger Schwerhörigkeit die tiefen Töne bis zum unteren Ende der Scala per Luftleitung.

Einen grossen Procentsatz in der Bezold'schen Statistik umgreift noch die „Dysacusis“, in welcher Rubrik alle jene Fälle zusammengefasst wurden, bei denen eine unzweifelhafte Entscheidung über den Sitz der Krankheit nicht gewonnen werden konnte; allerdings ist die Zahl der Fälle von Dysacusis im letzten Berichte schon geringer, 153 gegen 209 im Berichte von 1881 – 83, dagegen hat die Zahl der Diagnosen: „nervöse Schwerhörigkeit“, wie schon oben erwähnt, zugenommen.

Für die Aetiologie in Bezug auf die Entstehung der chronischen sclerosirenden Mittelohraffectionen einerseits und der nervösen Schwerhörigkeit andererseits konnte Bezold sehr werthvolle Beiträge bei der Abfassung seiner Statistik liefern; auch hierauf muss nachdrücklichst hingewiesen werden.

---

\*) Statist. Ergebn. über die diagn. Verwerthbark. des Rinne'schen Vers. und Nachträge hierzu.

Bei der Verzeichnung der therapeutischen Ergebnisse hat sich Bezold wieder nur auf die Mittelohreiterungen beschränkt und nur die in der Privatpraxis behandelten Kranken berücksichtigt.

Von den in die Statistik einbezogenen acuten 171 Mittelohreiterungen betrafen 40,4 pCt. Kinder, 59,6 pCt. Erwachsene. Die Erkrankung war in 87,1 pCt. einseitig, 12,9 pCt. doppelseitig. Geheilt wurden 72,6 pCt., gebessert 5,8 pCt., ungeheilt blieben 3,5 pCt., gestorben sind 2,3 pCt.

Von den 452 chronischen Mittelohreiterungen fanden sich nur 25 pCt. bei Kindern; die Erkrankung war in 81,4 pCt. einseitig, in 18,6 pCt. doppelseitig.

Heilung mit Wiederverschluss der Perforation erfolgte in 1,8 pCt.,  
Aufhören der Eiterung . . . . . in 50,9 pCt.,  
ungeheilt blieben . . . . . 11,1 pCt.,  
lethaler Ausgang wurde bekannt . . . . . in 0,4 pCt.

Aus der reichen Zahl der Operationen sei folgende hervorgehoben:

Bezold veranlasste bei einem Mädchen von sieben Jahren, welches beiderseits an angeborener Atresie des Gehörganges bei rudimentärer Muschel litt und dabei relativ gut hörte, die Operation behufs Bildung eines künstlichen Gehörganges. Beiderseits wurde das Muschelrudiment von rückwärts her vom unterliegenden Knochen abgelöst, wobei sich keine Spur eines knöchernen Gehörganges finden liess, da die vordere Fläche des Warzenfortsatzes rechts wie links direct den aufsteigenden Unterkieferast berührte.

Dieser Befund lehrt somit, wie auch die bisherigen Sectionsergebnisse einschlägiger Fälle, welche vollkommenen Defect des Annulus tympanicus ergaben, dass bei Missbildung der Ohrmuschel mit Atresie des Gehörganges durchgängig eine Agenesis des Os tympanicum und damit auch zum Mindesten des Trommelfelles vorzuliegen scheint, und dass daher eine künstliche Gehörgangsbildung keine Aussicht auf Erfolg bieten kann.

Interessant ist auch ein Fall von Versteinerung alter Epidermissmassen im äusseren Gehörgange; den Schluss der Arbeit bildet eine specielle Uebersicht über die in dem Triennium beobachteten Scharlacherkrankungen des Ohres.

Gomperz.

---

### Zur microscopischen Anatomie der Geschwülste des äusseren Ohres.

Von Docent Dr. Haug. (Ibidem, XI.)

Die Arbeit ist der eingehenden Erörterung der microscopischen Anatomie von 12 Geschwülsten gewidmet, von denen drei Fibrome, ein Keloid, einmal Knotentuberculose und Angiom den Lobulus betrafen; ein weiches Fibrom sass im äusseren Gehörgang, ein Lymphangiofibrom am Tragus; ein Chondromyxom wucherte an der hinteren Fläche der Ohrmuschel, die übrigen vier Geschwülste waren Carcinome. Die Ergebnisse der histologischen Untersuchung bieten manches Neue, noch nicht Beschriebene.

Gomperz.

---

### Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelohrentzündung. Von Docent Dr. Haug. (Ibidem, XII.)

Der Patient nieste nach einer Prise mit völlig geschlossenem Munde, wonach er sofort das linke Ohr wie verschlagen fühlte; noch in derselben

Nacht kamen Schmerzen, die nach 3 Tagen den Patienten zum Arzte trieben. H. fand sehr intensive Otitis media und führte gleich die Paracentese aus; im vorquellenden eitrigen Secrete fanden sich Schnupftabakkörner.

Gomperz.

**Zur Geschichte und Technik der operativen Freilegung der Mittelohrräume.** Von Prof. Dr. E. Zaufal. (Arch. f. Ohrenhklde. 37, V.)

Die Frage der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes nahm 1889 eine neue Wendung, als die Chirurgen Küster und Bergmann die Art ihres Vorgehens bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes mittheilten. Küster forderte die breite Blosslegung des Krankheitsherdes, um alles Krankhafte entfernen und die Eiterquelle so vollkommen freilegen zu können, dass der Eiter nirgends in seinem Abflusse behindert ist. — Obwohl Küster's Technik ungenügend und seine Indicationsstellung in Hauptpunkten unrichtig erschien, fand sein Mahnruf lebhaften Nachhall; gegen die Forderung breitester Freilegung des Entzündungsherdens konnte ein Widerspruch nicht erhoben werden und es war klar, dass diesem Postulate der Schwartz'sche Trepanationscanal nicht immer entsprechen konnte

Zaufal hat nun gleich nach der ersten Mittheilung Küster's den von diesem eingeschlagenen Weg betreten und dessen Vorschlag, die hintere knöcherne Gehörgangswand nicht zu schonen, aufgenommen. Zaufal ist dabei einen sehr wichtigen Schritt weitergegangen, indem er die Nothwendigkeit erkannte, auch die Pars epitympanica des Gehörganges wegzunehmen, und schon im April 1890 beschrieb er in klarster Weise, unter Bezugnahme auf 12 so operirte Fälle, seine Methode, mit der es ganz gefahrlos möglich wird, die Räume der Paukenhöhle und des Antrum mit der auf pathologischem Wege im Proc. mastoideus gebildeten Höhle und dem Lumen des äusseren Gehörganges in eine grosse zusammenfliessende Höhle mit breiten Communicationen umzuschaffen, in der Secretstauungen nicht vorkommen können, und aus der sich, selbst bei vollständigem Vernähen der äusseren Wunde, das Secret frei in den äusseren Gehörgang ergiessen kann.

Ein halbes Jahr später schilderte Stacke seine Methode der operativen Freilegung der Mittelohrräume, welche sich in ihrem Endresultate mit dem der Zaufal'schen Methode deckt.

Die Operationen von Zaufal und Stacke kommen bei acuten Mittelohrentzündungen nur ausnahmsweise zur Ausführung; vorwiegend sind sie bei chronischen Eiterungen indicirt.

Zaufal hält sein Verfahren in folgenden Fällen für angezeigt:

1) In allen jenen Fällen chronisch-eitriger Mittelohrentzündung, bei denen es zur Schwellung, Schmerzhaftigkeit oder Abscessbildung an der äusseren Fläche des Warzenfortsatzes kommt, bei Fisteln an der äusseren Fläche des Proc. mast. und in der hinteren knöchernen Gehörgangswand, bei knöcherner Gehörgangsstenose und Facialisparalyse.

2) Beim Auftreten von Gehirnerscheinungen (wie fortschreitender Hyperämie des Augenhintergrundes, Neuroretinitis, Schwindel, Erbrechen u. s. w.) und Herdsymptomen, bei länger dauerndem hohen continuirlichen oder remittirender, ferner bei septischem Fieber, ob der Proc. mast. von aussen Entzündung zeigte oder nicht.

In diesen letzteren Fällen ist die breiteste Freilegung aller Mittelohrräume nothwendig, da sie oft als Voroperation zur Eröffnung der Schädelhöhle dient behufs Entleerung extraduraler Abscesse, zum Aufsuchen von Hirnabscessen oder zur Eröffnung des Sinus sigmoideus und transversus. In solchen Fällen nach Stacke zu operiren, wäre nach Z. eine unnütze Zeitvergeudung.

3) Bei ausgebreiteter Cholesteatombildung.

4) Bei in der Paukenhöhle oder dem Antrum eingekeilten Sequestern und Fremdkörpern, besonders, wenn alarmirende Erscheinungen hinzutreten.

5) Bei profuser jauchiger Secretion, bei Actinomybose und Tuberculose des Mittelohres.

Die Operationsmethode Zaufal's besteht aus folgenden Acten:

1) Die Freilegung des Operationsfeldes.

2) Die Exstirpation der hinteren oberen membranösen Auskleidung der Pars ossea des Gehörganges, resp. die Auslösung der ganzen membranösen Auskleidung nach Stacke.

3) Die Freilegung des Antrum mastoideum durch Ausmeisselung des Warzenfortsatzes und Wegnahme der ganzen hinteren knöchernen Gehörgangswand.

4) Die Wegnahme der Pars epitympanica (der äusseren unteren Wand des oberen Trommelhöhlenraumes)

5) Die Exenteration der Mittelohrräume.

6) Naht und Verband.

7) Nachbehandlung.

Die kurze Wiedergabe der Details dieses Verfahrens ist nicht gut möglich und muss hierbei auf das Original verwiesen werden.

Der Hauptzweck der Operation ist, an den Wänden der chronisch erkrankten Mittelohrräume die Bildung eines gesunden Narbengewebes zu erreichen, dessen Oberfläche weder Cholesteatom noch Eiter erzeugt. Bei den geheilten Fällen sah Zaufal die Hohlräume sich mit einer dünnen, trockenen, durchsichtigen glänzenden oder mit einer gelblichen dicken, festen, straff gespannten, glänzenden, trockenen Membran überkleiden, oder sie füllten sich mit trockenen, festen, callösen Bindegewebsmassen aus.

Die Anlegung permanenter Oeffnungen im Warzenfortsatz durch Hauttransplantation, wie sie besonders bei Cholesteatom geübt wird, hält Zaufal zwar für ganz zweckmässig, aber doch auch für eine Verstümmelung; die Aufgabe dieser Sicherheitslöcher wird bei seiner Operation durch die breite Communicationsöffnung der Mittelohrräume mit dem äusseren Gehörgang übernommen. Gompertz.

## b) Rhinologische:

**Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen.** Von Dr. Killian in Freiburg i. Breisgau. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 224, 1894.)

Vorwiegend topographisch-anatomische bzw. anthropologische Studie, um auf Grund der vergleichenden Entwicklungsgeschichte den an indi-

viduellen Eigenthümlichkeiten so ausserordentlich reichen Bau der menschlichen Nase morphologisch verstehen zu lernen. Diese Studie stützt sich auf Beobachtungen an den Köpfen von 239 menschlichen Embryonen mit im Ganzen 472 Kopfhälften. Einzelheiten der durch sehr gute Abbildungen illustrierten, werthvollen Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden.

Beschorner.

---

**Ueber die Nerven der Nasenpolypen.** Von Dr. O. Kalischer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc, Bd. II, Heft 2, pag. 269, 1894.)

K. weist nach, dass das Vorkommen von Nerven in den Schleimpolypen der Nase durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, vielmehr ein recht häufiges ist, dass ferner die Polypen durchschnittlich arm an Nerven sind und dass diese oft über grosse Strecken verlaufen, ohne Seitenäste abzugeben. Auffallend sind die in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen wiederkehrenden Kerne, welche, von schmaler und länglicher, oft unregelmässiger, knolliger Form, den Nerven ausserordentlich fest anliegen, so dass leicht der Eindruck entsteht, als bilden sie eine Anschwellung der Nerven selbst. Aus dem Verlauf der Nervenfasern und der besonderen Form und Anordnung der Kerne geht hervor, dass es sich um neugebildete Nerven handelt.

Beschorner.

---

**Zum Wesen und zur Heilbarkeit der Ozaena.** Von Dr. L. Réthi in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc, Bd. II, Heft 2, pag. 194, 1894.)

R. glaubt, dass das Wesen der Ozaena, unter welcher Krankheit er jenen chronischen Nasencatarrh versteht, bei dem sich ein specifischer, ganz eigenartiger Geruch entwickelt, der für sich allein zur Erkennung und Characterisirung der Krankheit hinreicht, weder im Epithel, noch in den Gefässen, noch in der Zellinfiltration und Schrumpfung der Schleimhaut zu suchen ist, sondern in Veränderungen der Drüsen und fettiger Degeneration, da dieser Befund bei Ozaena ein constanter ist. — Von einer Zusammengehörigkeit von Ozaena und Nebenhöhlen-Erkrankungen oder einer Abhängigkeit jener von diesen, wie sie von mancher Seite angenommen und betont wird, meint R., könne nur dann die Rede sein, wenn dem in den Nebenhöhlen abgesonderten Secret der Ozaengeruch anhaftet. Die Nebenhöhle kann miterkranken und auch allein Sitz der Erkrankung sein, doch sind solche Fälle selten. — Die Prognose der Krankheit ist im Allgemeinen schlecht und nur, wenn der Process noch nicht weit vorgeschritten ist, die Schleimhaut noch einen gewissen Grad von Succulenz besitzt, noch nicht atrophirte, kann sich bei entsprechenden Maassnahmen, namentlich bei jugendlichen Individuen eine Besserung bezw. Regeneration vollziehen. In nicht sehr veralteten Fällen sah Autor die besten Erfolge von oberflächlichen Aetzungen; in solchen mit bedeutender Schrumpfung der Schleimhaut und hochgradigen Veränderungen setzt er tiefergehende Schorfe, um einen Theil der Schleimhaut zu zerstören und wenigstens die Zahl der das specifisch veränderte Ozaenasecret liefernden Drüsen wesentlich zu verringern.

Beschorner.

**Ein Apparat zur Behandlung der Ozaena durch Massage.** Von Dr. H. Daae in Christiania. (Archiv für Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 265, 1894.)

Dünner, ein wenig gebogener, etwas elastischer Wattehalter, der durch Umdrehen einer Rolle in rotirende Bewegung versetzt wird; die Rolle, mit einem Griffe versehen ist, durch eine elastische Schnur mit dem Schwungrad verbunden. Letzteres wird an einer Tischplatte oder dergl. befestigt und vom Patienten selbst gedreht. Der Kranke kann sich dergestalt selbst gefahrlos behandeln. Die Watte wird mit 1 % Sublimat-Lanolin versehen, und indem man den Wattehalter in der Nase vor- und rückwärts bewegt und successive alle Theile der Nasenhöhle berührt, wird die ganze Nasenschleimhaut vibrirt, und zwar eine Minute lang erst täglich, dann in grösseren Zwischenräumen. Der Gestank verschwindet nach 1—2maliger Behandlung, und wengleich D. keineswegs behaupten will, dass man durch Massage Ozaena heilen kann, so glaubt er doch, dass keine andere Behandlungsmethode so wenig unangenehm und ungefährlich ist und so ermunternde Resultate aufweist, wie eben die beschriebene.

Beschorner.

**Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetation im Nasenrachenraum.** Von Dr. A. C. Grönbach in Kopenhagen. (Arch. f. Laryngol., Bd. II, Heft 2, pag. 214, 1894.)

Unter 23 Patienten, bei welchen adenoide Vegetationen entfernt wurden, fanden sich 12, bei denen die Enuresis nocturna, die seit mehreren Jahren bestanden hatte, unmittelbar oder doch kurze Zeit nach der Operation aufhörte, ohne innerhalb der Observationszeit (wenn nicht Recidive der Vegetationen oder geschwollene Tonsillen, wie in 2 Fällen, bezw. vorübergehende Rückkehr veranlassten) zu recidiviren. — Fünf Patienten, ebenfalls mit mehrjähriger Enuresis, wurden durch die Operation wesentlich, zwei etwas gebessert, ein Patient, dessen Observationszeit sich nur über neun Tage erstreckte, war während dieser Zeit vollständig trocken gewesen. — Nur drei Fälle blieben ungeheilt. G. hält gehinderte nasale Respiration, insbesondere die durch vorhandene adenoide Vegetationen veranlasste, für die häufigste Ursache von Enuresis nocturna.

Beschorner.

**Ein Fall von primärem Epitheliocarcinom der Oberkieferhöhle.** Von Dr. Reinhard in Duisburg a. Rh. (Arch. f. Laryngol., Bd. II, Heft 2, pag. 230, 1894.)

65jähriger Patient klagt ausser über einseitige Nasenverstopfung und Naseneiterung, Appetitmangel, Verdauungsbeschwerden über anhaltende Schlaflosigkeit, hervorggerufen durch Kopfschmerz und unerträglichen Gestank in Folge von stetig sich absondernden Nasensecretes. — Es findet sich im linken mittleren Nasengange eine breite Eiterstrasse, die zum Hiatt. semilunaris führt; am vorderen Ende der mittleren Muschel sieht man polypenartige Gebilde, leicht blutend und derb. Der harte Gaumen linksseits fühlt sich bei intacter Oberfläche in seinen hinteren zwei Dritteln erweicht an und giebt dem Fingerdruck nach. In sämtlichen Alveolen der drei oberen Backzähne zeigt sich eine längliche, zusammenhängende Spalte, durch welche man mit der Sonde bequem in die



Oberkieferhöhle gelangt. Beim Sondiren stiess man überall auf einen weichen, aber soliden Widerstand, welcher den Verdacht auf eine maligne Neubildung erweckte. Es wurde nur ein Stückchen von dem die Alveolen ausfüllenden Gewebe untersucht und als Epithelial-Carcinom erkannt. Nach Totalresection des Oberkiefers konnte Patient, 5 Wochen nach der Operation, sehr gebessert entlassen werden. Beschorner.

**Ueber die Prothese bei Behandlung der chirurgischen Fisteln des Sinus maxillar.** (De la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire) Von G. v. Marion. (Archiv internat. de Laryngol. etc., Bd. VIII, No. 1, Januar/Februar 1895.)

Das zum Durchspülen der Highmorshöhle nach Durchbohrung von der Alveole aus bestimmte Metallröhrchen ist an einer aus Kautschuk, Gold oder Platin gefertigten Gaumenplatte, welche gleichzeitig dem Ersetze für die fehlenden Zähne dient, angebracht. Beschorner.

**Ueber Fremdkörper im Sinus maxillaris, insbesondere über ihre Entfernung durch den Hiatus semilunaris.** (Des corps étrangers du sinus maxillaire et en particulier de leur élimination par l'hiatus semi-lunaire.) Von Dr. M. Gouly. (Archiv internation. de Laryngol. etc., Bd. VIII, No. 1, Januar/Februar 1895.)

Bei Anwesenheit von Fremdkörpern im Sin. maxillar. soll man zunächst versuchen, dieselben durch forcirte Injectionen antiseptischer Flüssigkeiten von der Alveole aus auf dem Wege durch den Hiatus semilunaris zu entfernen. Dass dies nicht selten gelingt, dafür bringt G. eine Anzahl frappanter Belege. — Wo es nicht gelingt, muss die Extraction mittelst Polypenschlinge oder einer geeigneten Zange (die Abbildung einer solchen ist beigegeben) geschehen, wobei man trachten muss, durch passende Kopfstellung des Kranken den Fremdkörper nahe dem Hiatus semilunar. zu bringen, so dass er von da aus gefasst zu werden vermag. Aeussersten Falles muss eine breite Oeffnung in der Fossa canina angelegt werden, von welcher aus die Extraction des Fremdkörpers bewerkstelligt bezw., nach ausgiebigem Curettement, der Eiterung Einhalt gethan werden kann. Beschorner.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Ein Fall von symmetrischer Parotitis mit Sclerose der Mundschleimhaut.** (Sur un cas de parotidite symétrique avec sclérose de la muqueuse buccale.) Von Dr. Battle. (Société clinique de Londres, séance du 8 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Bei einer 54jährigen Frau besteht seit 2 Jahren eine beiderseitige chronische Parotitis, welche Schwellungen alle 2—4 Wochen zunehmen. Die Mundschleimhaut war trocken und glatt; es bestand Atrophie der Schleimdrüsen. Der Ursprung datirt vor fünf Jahren, der Menopause entsprechend. Die chronischen Anschwellungen waren schmerzlos, die darüberliegende Haut normal. Dr. P. K.

**Ein Fall von Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberculose.** Von Dr. H. Neumayer in München. (Arch. f. Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 260, 1894.)

Bei einem 37 Jahre alten Phthisiker heilte eine durch Zahnextraction gesetzte Wunde der rechten Seite des Oberkiefers nicht, es kam vielmehr zu einer Lockerung und Entzündung der benachbarten, vorher gesunden Partien. Innerhalb von zwei Jahren pflanzte sich der Process allmählig auf das Zahnfleisch des ganzen Oberkiefers und auf einen Theil des harten Gaumens fort und auch der Sinus maxillaris, wie die rechte Nasenseite wurden von der Erkrankung mit betroffen. Obgleich der Nachweis von Tuberkelbacillen in den afficirten Geweben selbst nicht gelang, so musste doch die Schleimhautrekrankung auf Tuberculose zurückgeführt werden, da sich das Epithel zerstört fand und in dem subepithelialen Bindegewebe zahlreiche Zellanhäufungen, welche centralen Zerfall erkennen liessen und einzelne Riesenzellen enthielten, nachgewiesen werden konnten. Es erscheint wahrscheinlich, dass die bei der Zahnextraction gesetzte Verletzung zur Eingangspforte für den Tuberkelbacillus wurde.

Beschorner.

**Ueber den vergleichenden Werth der rhythmischen Zungentraktionen und des Luftenblasens zur Wiederbelebung Neugeborener.** (De la valeur comparative des tractions rythmées de la langue et de l'insufflation comme moyen de rappel à la vie.) Von Dr. Tarnier. (Académie de médecine de Paris, séance du 19 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Trotz aller entgegengesetzten Behauptungen wissen die Geburtshelfer, dass das Luftenblasen tausenden von Kindern das Leben selbst nach 2, 3 und 4 Stunden Scheintod gerettet hat; bis jetzt haben die von Laborde angerathenen Zungentraktionen keinen solchen Erfolg aufzuweisen. Dass das Luftenblasen, weil es Expirationsluft ist, dem Kinde nur Kohlensäure einführt, ist falsch; denn die Physiologie beweist, dass jede Expiration ungefähr einen halben Liter giebt, von welchem halben Liter die ersten 170 Cubikcentimeter keine Spur von Kohlensäure enthalten, während dem Neugeborenen bei gelindem Einblasen 30 und bei starkem Einblasen 60 Cubikcentimeter Luft eingeführt wird; es kommt also auf keinen Fall Kohlensäure in die Lungen des Neugeborenen. Jedenfalls ist die Methode der Zungentraktionen derjenigen des Luftenblasens nicht vorzuziehen; man kann beide probiren; da nicht jeder Scheintod dieselbe Ursache zu haben scheint, soll man alle Methoden probiren.

Dr. P. K.

**Hypertrophie der Zungenmandel.** (Hypertrophie de l'amygdale linguale.) Von Dr. Clarence. (Archiv. of pediatrics No. 4, 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Ein 12jähriger Knabe hat einen eigenthümlichen Husten, welcher weder vom Larynx, noch vom Pharynx, noch von den Lungen her zu erklären ist. Es zeigt sich schliesslich Hypertrophie der Zungenmandel mit nach vorne zurückgeschlagener Epiglottis; durch diese, dem Gewöhnlichen nicht entsprechende Lage der Epiglottis bestand fortwährender Reiz, welcher den continuirlichen Husten hervorbrachte. Galvanocauter brachte Heilung.

Dr. P. K.

**Beitrag zur Lehre der Functionen der Schilddrüse. Pathogenie der Basedow'schen Krankheit.** (Contribution à l'étude des fonctions de la glande thyroïde. Pathogénie de la maladie de Basedow.) Von Dr. Canter. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 1, 1895.)

Die Secretion spielt eine Hauptrolle in der Zerstörung der Grundsubstanz des Bindegewebes und wirkt auf die Nervensubstanz. Das Fehlen der Secretion bedingt das Myxödem, die Hypersecretion bedingt die Gesamtheit der Symptome des Morbus Basedowi. Verf. erklärt diese beiden Serien von Symptomen nach seinen an Hunden ausgeführten Experimenten. Er erklärt ferner die wichtige Wirkung der Dosen von Thyroidin und deren beträchtliche Desassimilation auf das Nervensystem in den ersten Stadien der Intoxication.

Dr. P. K.

---

**Ueber die Ursache der Aegophonie.** (Des causes de l'égophonie.) Von Dr. Taylor. (Société royale de médecine et de chirurgie, séance du 12 Février 1895 und Semaine médicale No 10, 1895.)

Taylor spricht über die physicalischen Bedingungen, welche zur Production der Aegophonie nöthig sind. Die Aegophonie ist nach Verf. nichts Anderes, als eine musikalische Dissonanz, welche durch die Verstärkung der obersten Obertöne des vom Kranken ausgegebenen Tones entstanden ist, während der Grundton in den unteren Obertönen wegfällt. Diese Verstärkungen und Wegfall der Obertöne rühren von krankhaften Veränderungen der Bronchialwände her, welche Wände die oberen Obertöne, nicht aber die unteren Obertöne verstärken. Diese Dissonanzen sind am deutlichsten, wenn Patient die Vocale e und i ausspricht. Die an 25 Patienten gemachten Experimente haben ergeben, dass die Aegophonie nicht immer auf die obere Gegend der Dämpfung beschränkt ist und dass sie bestehen kann, ohne dass ein pleuritisches Exsudat vorhanden ist. So bestand z. B. Aegophonie bei einem Fall von Pneumonie, wo die Bronchien durch Fibrinpfropfe verstopft waren. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass Aegophonie zwar am häufigsten bei pleuritischem Exsudat, in manchen Fällen aber auch bei Veränderung der Bronchialwände ohne Pleuritis vorkommt. Jedenfalls ist die Aegophonie kein sicheres Zeichen von Pleuritis.

Dr. P. K.

---

**Ein Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung in Folge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia.** Von Dr. Edm. Meyer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 263, 1894.)

Zwei Punkte sind es, die M. nach Schilderung eines, einen 38jähr. Fleischer betreffenden Falles hervorhebt: 1) Die rechtsseitigen Recurrenslähmungen sind seltener, als die linken, insbesondere gehört eine Parese rechts in Folge von Aneurysma zu den grossen Seltenheiten; 2) Pulsationen im Pharynx sind nicht gerade Seltenheiten, aber Pulsationen von der Ausdehnung und der Intensität wie im vorliegenden Falle müssen ohne Weiteres den Verdacht auf Aneurysma entstehen lassen.

Beschorner.

**Ein Fall von Diphtherie, der erfolgreich mittelst Einblasungen und Tabletten von Magnesia sulfurica behandelt wurde.** (A case of diphtheria successfully treated by insufflations and tabloids of pure sulphite of Magnesia.) Von Brownlow R. Martin, M. B., Dublin. (Lancet, 9. Februar 1895.)

Verf. empfiehlt auf die Erfahrung des einen Falles hin das Mittel, da auch Nachkrankheiten am 13. Tage ganz gefehlt hätten!!

M. Schm.

**Beitrag zum Studium der Diphtheritis und der Serumtherapie.** (Contribution à l'étude de la diphtérie et de la sérothérapie.) Von Dr. Roux und Dr. Martin.

**300 Fälle von Diphtheritis.** (Trois cents cas de diphtérie.) Von Dr. Roux, Dr. Martin und Dr. Chaillou. (Annales de l'Institut Pasteur, Septbr. 1894 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Experimente des Institut Pasteur über die Behandlung der Diphtheritis mittelst des antitoxischen Serums beruhen auf einer neuen Theorie der Immunität. Die ersten Ideen gingen von der Dorpater Schule (Dissertation von Grohman) und einigen Breslauer Aerzten aus. Aber erst aus den Versuchen von Buchner, Behring und Kitasato ging das klar dargestellte Factum hervor: Man kann ein Thier gegen eine Bacterienkrankheit impfen; das Blut dieses Thieres erhält durch diese Impfung eine derartige toxicide Kraft, dass ein damit geimpftes anderes Thier gegen dasselbe Gift immun wird. Die Erfolge der Impfung gegen den Tetanus waren die ersten Errungenschaften der Serotherapie, und nachdem Roux das diphtheritische Gift isolirt hatte, gelangte man mittelst Impfung mit demselben zu denselben glänzenden Resultaten.

Das Toxin des Löffler'schen Bacillus selbst dient zur Immunisirung der Thiere; man bereitet dasselbe, indem man in alcalischer Fleischbrühe bei 37 Grad Hitze den diphtheritischen Bacillus züchtet; nachdem man die Kraft des Toxins erprobt hat, wird es mit  $\frac{1}{3}$  der Gramm'schen Lösung gemischt und so erhält man ein gemildertes Product, welches genügt, die Thiere zu immunisiren und so das heilwirkende Serum zu bereiten. Das Pferd ist das am leichtesten immunisirbar und am meisten Serum liefernde Thier, ohne dass die Abzapfung demselben schadet. Man beginnt also, dem Thier dieses Jodtoxin zu  $\frac{1}{10}$ , dann zu  $\frac{1}{4}$  und endlich pur einzuspritzen. Nach  $2\frac{1}{2}$  monatlicher successiver Einspritzung hat das Serum eine Kraft erlangt, welche der Zahl 1:50000 entspricht. Letzteres ist eine conventionelle Zahl und will sagen, dass ein Thier der Impfung mit einem halben Cubikcentimeter frischer und natürlich giftiger Cultur widersteht, wenn man ihm 12 Stunden früher eine Quantität Serum eingespritzt, welche dem fünfzigtausendsten Theil seines Gewichtes entspricht. Dennoch ist das Toxin nicht durch das antitoxische Serum zerstört. Gift und Gegengift scheinen nebeneinander zu bestehen, sich zu neutralisiren; als Beweis dient, dass eine Dosis Toxin, in die Venen eines Meerschweinchens gespritzt, dasselbe unwiderrufflich tödtet; dasselbe Phänomen tritt ein, wenn man dem Thier eine Impfung mit einem indifferenten Bacillus gemacht hat.

Das Serum erhält sich sehr gut, wenn man es vor der Luft schützt und etwas Campher zusetzt; wenn man es an der Luft trocknet, so

behalt es seine curativen Eigenschaften; im Augenblick, wo man es braucht, löst man es dann in Wasser auf; letztere Einspritzungen sind aber schmerzhafter.

Die vorher von Roux an Meerschweinchen gemachten Experimente bewiesen, dass die Einspritzungen gegen den Löffler'schen Bacillus bei Weitem am besten wirken, also bei reiner Diphtheritis. Sind aber verschiedene Arten Microben vorhanden, so ist die Wirkung viel unsicherer; sind verschiedene Cocci, namentlich Staphylococcen dabei, so vermindert sich die Wirksamkeit der Einspritzungen; sind Streptococcen dabei, so ist die Wirkung fast Null.

Die klinischen Experimente wurden im Hôpital des enfants malades gemacht. Das Serum, dessen man sich bediente, hatte eine zwischen 50000 und 1100000 sich bewegende Stärke. Jeder verdächtige Kranker erhielt eine Einspritzung von 20 Cubikcentimeter in die seitliche Bauchgegend; die Einspritzung ist nicht schmerzhaft, die Resorption macht sich schnell, gewöhnlich tritt keine Röthung der Haut ein; manchmal tritt Urticaria ein, welche aber nicht bösartig ist. Seit dieser Behandlung ist der Procentsatz von 51,71 pCt. auf 24,5 pCt. gesunken; dabei sind alle in dieser Periode behandelten Diphtheritiskranken einbegriffen. Nimmt man die reinen Diphtheritisfälle heraus, so beläuft sich die Mortalität bloß auf 1,7 pCt.; von 113 Fällen starben 2; Roux behauptet also mit Recht, dass jede frühzeitig behandelte Diphtheritis mittelst Heilserum geheilt wird. Die gemischten Fälle haben auch noch einen niedrigen Procentsatz von Mortalität; mit Staphylococcus weniger, mit Streptococcus am meisten Todte. Nicht operirter Croup heilt in wenigen Tagen; bei Tracheotomirten ist die Sterblichkeit gross trotz der Einspritzungen, aber noch geringer als früher; das ungünstige Resultat wird von den Verfassern auf die durch die Wunde begünstigte Infection zurückgeführt; auch hier wird das fatale Gesetz festgestellt, dass der Löffler'sche Bacillus desto mehr wüthet, wenn er mit anderen Microben, namentlich mit Streptococcen, vermischt ist. Roux behauptet, dass die Mischformen sich meist in den schlecht eingerichteten Krankenzimmern bilden und fordert eine strenge Absonderung der verschiedenen Diphtheritisformen; für diese idealistische Einrichtung sind bis jetzt keine Ausichten vorhanden.

Dr. P. K.

---

**Einige Bemerkungen über die Tracheotomie bei Diphtheritis.** (Discussion sur la trachéotomie en cas de diphtérie.) Von Dr. van Kleef. (Société médico-chirurgicale de Liège, séance du 6 Déc. 1894.)

Wenn man im Allgemeinen annimmt, dass die Canüle am sechsten oder siebenten Tage entfernt werden kann, so besteht doch diese Regel nicht als allgemein. Verf. konnte während einer von ihm beobachteten Epidemie 16 Mal die Canüle in der ersten Woche entfernen, 17 Mal während der zweiten, 9 Mal während der dritten, 2 Mal während der vierten, 1 Mal während der fünften, 1 Mal während der sechsten, 1 Mal während der siebenten, 1 Mal während der achten, 1 Mal während der neunten, 1 Mal während der zehnten und 1 Mal nach 4½ Monat. — Ausser der im Beginne der Krankheit bestehenden, von Schwellung und Pseudomembranen herrührenden Stenose sind es die wuchernden Granulationen, das durch Narbenschrumpfung bedingte Einrollen der Tracheal-

ringe, besonders aber das aus dem Gedächtniss der kleinen Patienten verschwundene laryngeale Athmen, an welches sich allmählig wieder gewöhnt werden muss, welche das Hinderniss bei der Entfernung der Canüle darstellen. Die Serotherapie scheint den Zeitraum, während welchem die Canüle liegen bleiben muss, nicht abzukürzen. Das definitive Entfernen der Canüle darf nicht den Eltern oder übrigen Wärtern anvertraut werden, da in manchen Fällen selbst Aerzte in Verlegenheit gerathen. Verf. nimmt immer die Tracheotomia inferior mit Hinaufschieben des Isthmus nach oben vor, wendet nie Chloroform an. Dr. Schiffers bemerkt, dass beim Wechsel der Canüle das Einführen einer Sonde durch die erste Canüle, das Herausnehmen der ersten Canüle über die liegenbleibende Sonde, das Einführen der zweiten Canüle über die noch liegende Sonde und dann erst das Herausziehen der Sonde aus der jetzt am Platze liegenden zweiten Canüle immer in schwierigen Fällen gute Dienste leisten. Bei ängstlichen und das Laryngealathmen vergessenden Kindern thut man wohl, ihnen die Wegnahme der Canüle nicht merken zu lassen oder dieselbe zu verstopfen. Manchmal besteht Lähmung der Cricoarytenoidei postici und dann soll man electricisiren. v. Winiwarter verwirft das Chloroform bei genügender Assistenz; in der gewöhnlichen Praxis ist es aber schwer entbehrlich; es kann bei Insensibilität wegen hochgradiger Dyspnoe entbehrt werden; sonst nimmt es aber den von der Erstickungsangst herrührenden Theil der Dyspnoe weg, nur soll man in sitzender Stellung chloroformiren.

Dr. P. K.

---

**Angina pseudomembranacea mit tödtlichem Ausgang während des Verlaufes des Scharlach.** (Angine à fausses membranes, terminée par la mort dans la cours de la scarlatine.) Von Dr. Washbourn und Dr. Goodal. (Clinical Society de Londres und Annal. des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Eine pseudomembranöse Angina mit tödtlichem Ausgang im Verlaufe der Scarlatina besprechend, kommen Verf. auf die Resultate der bacteriologischen Untersuchungen in solchen Fällen, um zu beweisen, dass, übereinstimmend mit anderen Autoren, es sich nicht um Diphtheritis handelt. Tritt aber Angina im späteren Verlaufe des Scharlachs ein, so findet man immer den Löffler'schen Bacillus.

Dr. P. K.

---

**Angina pseudomembranacea bei Influenza.** (Angine pseudomembraneuse de la grippe.) Von Dr. Bétré. (Bulletin général de clinique et de thérapeutique, Januar 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Ein 15jähriges Mädchen hatte den gastrischen Typus der Influenza; nach zwei Tagen bildeten sich am weichen Gaumen graue Flecken, welche alle Phasen der Pseudomembranen durchmachten. Bei einem zweiten Falle beobachtete Verf. dieselbe Angina und es blieb Gaumensegellähmung, welche nach einigen Sitzungen mittelst Electricisiren verschwand, zurück. Es handelte sich nicht um Diphtheritis und Verf. ist der Ansicht, dass alle möglichen, bei Influenza auftretenden Halskrankheiten auf ein und dieselbe Ursache zurückzuführen sind.

Dr. P. K.

**Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden.** Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 274, 1894.)

Interessante historische Studie, welche erkennen lässt, dass vor Wrisberg die nach ihm benannten Knorpel von Camper und vor diesem von Morgagni beschrieben bzw. erwähnt wurden. F. meint, dass der Name „keilförmige Knorpel“ (cuneiformis) ohne den Beinamen eines Autors vollständig genügt. Beschorner.

---

**Aneurysma der Aorta mit Oedem des Kehlkopfs.** (Lancet, 16. Januar 1895.)

In der Medio-chirurgical society of Edinburgh berichtete Al. Bruce über einen zur Section gekommenen Fall von Aortenaneurysma, bei dem im Leben ein Oedem der oberen Körperhälfte, einschliesslich des Kehlkopfes, vorhanden gewesen war. Es fand sich ein halb faustgrosses Aneurysma der Aorta mit zwei kleinen Perforationen in die comprimirte Vena cava superior. M. Schm.

---

**Beobachtungen über die gegenwärtige Grippe-Epidemie.** (Observations on the present epidemic of Grippe.) Von Dr. A. H. Smith (New-York). (Medical Record, 23. Februar 1895.)

Smith weist auf die Verschiedenartigkeit der Grippe-Epidemien seit 1889 hin, bei denen bald die Respirations-, bald die Unterleibsorgane, bald das Nervensystem am meisten ergriffen waren. In der letzten Epidemie beobachtete er häufig einen hartnäckigen trachealen Husten mit Gefühl von Trockenheit der Schleimhaut, die bei laryngoscopischer Untersuchung tief roth erschien und mit vergrösserten Follikeln besetzt war. Auch constatirte er das häufigere Vorkommen von acuter Otitis media und von subnormalen Temperaturen, selbst nach Erlöschen des Fiebers.

Er empfiehlt für die Behandlung ausser Antipyretica für den Husten Bromammonium, Yeoba santa, für den Larynx und Trachea Carbolinhalationen mit Menthol, und warnt mit Recht vor zu frühzeitiger Aufnahme von geschäftlicher Thätigkeit, welchem Factor viele Complicationen und üble Zufälle zuzuschreiben sind. G—n.

---

**Ueber die Kerne und Wurzeln des N. accessorius und N. vagus und deren gegenseitige Beziehungen; ein Beitrag zum Studium der Innervation des Kehlkopfs.** Von Dr. Grabower in Berlin. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 143, 1894.)

Die von Grabower und von Grossmann ganz unabhängig von einander durch experimentelle Forschungen gewonnenen, gleichlautenden Resultate, dass:

- 1) der N. accessorius mit der Innervation des Larynx nichts zu thun hat,
  - 2) dass die motorischen Impulse dem Larynx zugeführt werden auf den Bahnen der 4.—6. untersten Vagus-Wurzeln,
- haben mannigfache Anfechtungen erfahren, hauptsächlich, indem geltend gemacht wurde, dass es nicht anginge, die Vagus- und Accessorius-

Functionen in der Weise, wie Grabower es gethan, zu trennen, da beide Kerne eine gemeinsame Kernanlage am Boden des 4. Ventrikels besässen, der Vagus-Kern da anfinge, wo der Accessoriuskern aufhörte und beide Nerven ohne Trennung in einander übergingen. Diese Behauptung also, dass der sogen. „Vago-Accessorius-Kern“ eine gemeinschaftliche zusammenhängende Kerngruppe bilde, zu widerlegen, hat G. erneut histologische Untersuchungen angestellt, durch die er zu folgenden Schlüssen gelangt: Der Accessorius ist ein rein spinaler Nerv, ein cerebraler Accessorius existirt nicht. Der motorische Vagus-Kern entsteht wahrscheinlich aus einem der beiden abgeschnürten Vorderhornkerne, in welche die vorderen Wurzeln einmünden. Cerebralwärts findet der motorische Vagus-kern seine Fortsetzung im Facialis-Kern. Der sensible und motorische Vagus-Kern sind constant durch markhaltige Fasern indirect mit einander verbunden. — Es ist sehr wahrscheinlich, dass der Nucleus ambiguus das letzte Centrum für die motorische Kehlkopf-Innervation darstellt. — Sehr schöne Abbildungen erleichtern das Verständniss der Ausführungen.

Beschorner.

---

**Extirpation des Larynx. Sechs bisher unveröffentlichte Fälle mit Analyse von 300 aus der Literatur gesammelten Fällen.** (Excision of the Larynx. Six cases hitherto unreported with the Analysis of 300 additional cases gathered from literature.) Von Dr. Ch. A. Powers (Denver) und Dr. G. R. White (New-York). Medical Record, 23. März 1895.)

Von den angeführten 309 Larynxextirpationen sind 240 einer früheren Collection von Krause entnommen, 69 von den Autoren selbst gesammelt, von welch' letzteren wieder 6 ihre eigenen Fälle sind. Von diesen 6 Fällen wurden 5 wegen Krebs, 1 wegen Sarcom operirt, 2 Mal wurde totale, 4 Mal partielle Extirpation gemacht. Ein Patient starb am vierten Tage an septischer Pneumonie, 4 innerhalb von 5 Monaten bis 2 $\frac{1}{2}$  Jahren an Recidiven, der Patient mit Sarcom ist gesund am Ende des vierten Jahres.

Von der Totalsumme der 309 Operationen waren 208 totale, 101 partielle Extirpationen. Von ersteren wurden 185, von letzteren 82 wegen Carcinoma, der Rest wegen Sarcoma und anderen Krankheiten gemacht. Von den 309 Operirten starben 101 Patienten oder 32 pCt. innerhalb 2 Monaten an der Operation oder deren Folgen.

Um ein Urtheil über das Endresultat der Operation zu erlangen, haben die Autoren eine Tabelle angefertigt, welche die Fälle umfasst, die vor 3 Jahren, also vor dem 1. Januar 1892, wegen Carcinom operirt wurden. Von 180 Totalexstirpationen sind nach eingelaufenen Berichten frei von Recidiven geblieben vom 1. bis 3. Jahre 30, länger als 3 Jahre 11 Patienten, von 77 partiellen Extirpationen vom 1. bis 3. Jahre 19, länger als 3 Jahre 7 Patienten.

Auch diese Autoren weisen auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose hin und sprechen die Hoffnung aus, dass mit den Fortschritten der Wissenschaft und Technik eine grössere Anzahl geheilter Fälle wird berichtet werden können.

G—n.



**Krebs in der Speiseröhre.** (Lancet, 16. Januar 1895.)

In der Plymouth medical society zeigte Whiteford einen Fall eines in der Höhe des Ringknorpels befindlichen Krebses der Speiseröhre, bei dem auch die Lymphdrüsen an der grossen Curvatur des Magens vergrössert waren. Vortr. hält diese Schwellung mit Recht für ungewöhnlich.  
M. Schm.

✠ **Hofrath Prof. Dr. S. Moos.** ✠

In tief empfundener Trauer geben wir Nachricht von dem Hinscheiden unseres um die Ohrenheilkunde und ihre Lehre hochverdienten Collegen Prof. Moos in Heidelberg.

Eine eingehende Schilderung seines Wirkens bleibt einem später zu erscheinenden Necrologe vorbehalten.

**I N H A L T.**

I. Originalien: Danziger: Beitrag zur Casuistik und Aetiologie des Carcinoms des Gehörorgans. — Krebs: Ueber Pharyngitis (Laryngitis, Tracheitis) sicca oder atrophica. — Schleicher: Zur Galvanocaustik. — Szenes: Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895. — Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlöpärzte. — II. Referate: a) Otologische: Bezold: Statistischer Bericht über die in den Jahren 1887—1889 incl. behandelten Ohrenkranken. — Haug: Zur microscopischen Anatomie der Geschwülste des kusseren Ohres. — Haug: Schnupftabak als Ursache einer acuten Mittelohrentzündung. — Zaufal: Zur Geschichte und Technik der operativen Freilegung der Mittelohrräume. — b) Rhinologische: Killian: Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. — Kalischer: Ueber die Nerven der Nasenpolypen. — Réthi: Zum Wesen und zur Heilbarkeit der Ozaena. — Daae: Ein Apparat zur Behandlung der Ozaena durch Massage. — Grönbach: Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. — Reinhard: Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle. — v. Marion: Ueber die Prothese bei Behandlung der chirurgischen Fisteln des Sinus maxillar. — Gouly: Ueber Fremdkörper im Sinus maxillar., insbesondere über ihre Entfernung durch den Hiatus semilunaris. — c) Pharyngo-laryngologische: Battle: Ein Fall von symmetrischer Parotitis mit Sclerose der Mundschleimhaut. — Neumayer: Ein Fall von Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberculose. — Tarnier: Ueber den vergleichenden Werth der rhythmischen Zungentraktionen und des Luft-einblasens zur Wiederbelebung Neugeborener. — Clarence: Hypertrophie der Zungenmandel. — Canter: Beitrag zur Lehre der Functionen der Schilddrüse. Pathogenie der Basedow'schen Krankheit. — Taylor: Ueber die Ursache der Aegophonie. — Meyer: Ein Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung in Folge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia. — Martin: Ein Fall von Diphtherie, der erfolgreich mittelst Einblasungen und Tabletten von Magnesia sulfurica behandelt wurde. — Roux und Martiu: Beitrag zum Studium der Diphtheritis und der Serumtherapie. — Roux, Martin und Chailion: 300 Fälle von Diphtheritis. — van Kleef: Einige Bemerkungen über die Tracheotomie bei Diphtheritis. — Washbourn und Goodal: Angina pseudomembranacea mit tödtlichem Ausgang während des Verlaufes des Scharlach. — Bétri: Angina pseudomembranacea bei Influenza. — Fränkel: Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden. — Bruce: Aneurysma der Aorta mit Oedem des Kehlkopfs. — Smith: Beobachtungen über die gegenwärtige Grippe-Epidemie. — Grabow: Ueber die Kerne und Wurzeln des N. accessorius und N. vagus und deren gegenseitige Beziehungen; ein Beitrag zum Studium der Innervation des Kehlkopfs. — Powers und White: Exstirpation des Larynx. Sechs bisher unveröffentlichte Fälle mit Analyse von 300 aus der Literatur gesammelten Fällen. — Whiteford: Krebs in der Speiseröhre. — † Prof. Moos.

**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, Freilung 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. 25, 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 (Prag), Docent Dr. Gompers (Wien), Dr. Weinze (Leipzig), Dr. Hepmann (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. 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. JOS. GRUBER**  
o. ö. Professor u. Vorstand der  
Klinik für Ohrenkrankheiten  
a. d. Univer. 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 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. XXIX.

Berlin, August 1895.

No. 8.

## I. Originalien.

### Bericht

über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen  
Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten  
behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. R. Kayser, Breslau.

Es sind in den Kalenderjahren 1893 und 1894 zur Behandlung neu aufgenommen worden im Ganzen 3867 Personen, die sich in Bezug auf Alter und Geschlecht folgendermaassen vertheilen:

Geschlecht	Alter nach Jahren.										Summa
	bis 2 excl.	2-9	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70 —	
Männlich . .	61	337	230	291	349	292	229	111	63	26	1989
Weiblich . .	62	284	187	246	415	319	187	116	44	18	1878
Summa:	123	621	417	537	764	611	416	227	107	44	3867

Dem Wohnort nach stammten von den Kranken aus:

Breslau . . . . .	3342,
Schlesien . . . . .	413,
Posen . . . . .	43,
Russisch Polen . . . . .	61,
anderen benachbarten Ländern . . . . .	8.

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 4203. Und zwar kommen auf:

Krankheiten des Ohres . . . . .	1721 Fälle,
"    Kehlkopfs . . . . .	528 "
"    der Rachen- und Mundhöhle . . . . .	1036 "
"    "    Nase . . . . .	693 "
Varia . . . . .	225 "

Es fungirten während der Berichtsjahre als Assistenzärzte: Dr. Langner, Dr. Oppler, Dr. Freudenthal, Dr. Schröder, Dr. Guttmann und Dr. Max Ehrenfried.

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

Ohr:

Othaematom . . . . .	1,
Lupus der Ohrmuschel . . . . .	18,
Incision im äusseren Gehörgang . . . . .	26,
Paracentese des Trommelfells . . . . .	33,
Abschnürung von Polypen . . . . .	39,
Entfernung von Fremdkörpern . . . . .	31,
Tenotomie des Tensor tympani . . . . .	7,
Excision der Gehörknöchelchen . . . . .	4,
Aufmeisselung des Warzenfortsatzes . . . . .	22.

Kehlkopf:

Curettement von Geschwüren . . . . .	6,
Exstirpation von Polypen . . . . .	10,
Excision von Geschwulstpartikeln . . . . .	3,
Exstirpation eines Papilloms ad aditum oesophagi . . . . .	1.

Rachen:

Exstirpation der Gaumenmandeln . . . . .	41,
Entfernung von Fremdkörpern . . . . .	2,
Schlitzung der Gaumenmandeln . . . . .	23,
Exstirpation der Polypen am weichen Gaumen . . . . .	2,
Amputatio uvulae . . . . .	6,
Exstirpation der Rachenmandel . . . . .	210,
Eröffnung von Retropharyngealabscessen . . . . .	3,
Operation von Retronasaltumoren . . . . .	2,

Nase:

Durchtrennung von Synechien . . . . .	8,
Operation der Deviatio septi . . . . .	14,
Exstirpation von Nasenpolypen . . . . .	82,
Abschnürung vergrösserter Nasenmuscheln . . . . .	36,
Entfernung von Fremdkörpern . . . . .	6,
Entfernung eines Knochensequesters . . . . .	1,

Entfernung von Rhinolithen . . . . .	1,
Eröffnung von perichondritischen Abscessen des Septums . . . . .	3,
Operation des Empyems der Kieferhöhle . . . . .	9,
Operation von Empyem der Keilbeinhöhle . . . . .	3,
Operation von Empyem der Stirnhöhle . . . . .	1.

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

	Männl.	Weibl.	Zus.
O h r.			
Krankheiten der Ohrmuschel und der angrenzenden Haut	3	6	9
Eczem des äusseren Gehörgangs . . . . .	8	14	22
Ulcusluet. des äusseren Gehörgangs . . . . .	1	—	1
Fremdkörper . . . . .	14	23	37
Cerumen . . . . .	75	98	173
Atresie des äusseren Gehörgangs . . . . .	2	2	4
Otitis ext. circumscript. acut. . . . .	58	64	122
Otitis ext. diff. acut. . . . .	4	2	6
Traum. Perforation des Trommelfells	8	5	13
Tubencatarrh . . . . .	33	23	56
Otitis med. acut. catarrh. . . . .	80	50	130
Otitis med. chron. catarrh. . . . .	217	181	398
Otitis med. chron. sclerot. . . . .	36	38	74
Otitis med. acut. purul. . . . .	101	104	205
Otitis med. chron. purul. . . . .	145	127	272
Mastoiditis . . . . .	15	7	22
Caries des Felsenbeins . . . . .	5	1	6
Cholesteatom . . . . .	2	6	8
Sinusthrombose . . . . .	—	1	1
Polyphen des Mittelohrs . . . . .	30	17	47
Residuen chron. Mittelohreiterungen . . . . .	16	20	36
Otalgie . . . . .	5	17	22
Nervöses Ohrensausen . . . . .	4	13	17
Entotisches Geräusch . . . . .	—	1	1
Acute Nerventaubheit . . . . .	3	3	6
Chron. Nerventaubheit . . . . .	8	4	12
Taubheit nach Meningitis . . . . .	3	4	7
Taubheit nach Cerebrospinalmeningitis . . . . .	1	1	2
Taubstummheit . . . . .	4	5	9
Centr. Taubheit (traumatisch) . . . . .	2	—	2
Commotio n. acust. . . . .	1	—	1
K e h l k o p f:			
Laryngitis acuta . . . . .	93	40	133
Laryngitis chronica . . . . .	65	26	91
Laryngit. pares. thyreo-aryt. . . . .	11	35	46
Laryngitis sicca . . . . .	18	17	35
Laryngit. hypogl. acut. . . . .	3	7	10

	Männl.	Weibl.	Zus.
Laryngitis haemorrhagica . . . . .	1	3	4
Pachydermia laryngis . . . . .	3	—	3
Laryng. juvenil. nodos. . . . .	6	—	6
Oedema laryngis genuin. . . . .	8	3	11
Tuberculosis laryng. . . . .	64	20	84
Lues laryng. . . . .	4	1	5
Lupus laryng. . . . .	1	—	1
Diphtheria laryng. . . . .	—	1	1
Tumores benign. laryng. . . . .	10	7	17
Tumores maligni laryng. . . . .	2	—	2
Aphonia spastica . . . . .	3	—	3
Laryngospasmus . . . . .	2	1	3
Pares. thy. aryt. int. . . . .	18	23	41
Pares. interaryt. . . . .	2	2	4
Apsithyriasis . . . . .	1	—	1
Paralys. m. postici . . . . .	3	2	5
Paralys. n. recurr. . . . .	7	3	10
Mogiphonie . . . . .	1	1	2
Mutatio vocis prolong. . . . .	4	—	4
Corpus alien. in laryng. . . . .	—	1	1
Perichondrit. thyreoid. . . . .	—	1	1
Tracheocele . . . . .	1	—	1
Stenosis tracheae . . . . .	2	—	2
Papilloma ad oesophag. . . . .	1	—	1
R a c h e n :			
Pharyng. (Angina) acuta . . . . .	29	32	61
Pharyng. chron. . . . .	97	57	154
Pharyng. gran. et later. . . . .	31	19	50
Pharyng. sicca . . . . .	38	19	57
Pharyng. mycot. . . . .	1	2	3
Erosio pharyng. . . . .	1	—	1
Abscess. retropharyng. . . . .	2	1	3
Ulc. tubercul. pharyng. . . . .	4	—	4
Lues pharyngis . . . . .	9	25	34
Paraesthesia pharyng. . . . .	13	45	58
Angina follic. acuta . . . . .	25	31	56
Angina follic. chronica . . . . .	12	30	42
Angina phlegmonosa . . . . .	15	19	34
Hypertr. tonsill. . . . .	33	32	65
Pharyng. retronas. . . . .	14	31	45
Hypertr. tonsill. phar. (adenoide Vegetationen)	160	123	283
Tumor. retronas. . . . .	—	2	2
Lymphangioma phar. . . . .	—	1	1
Tumor. malign. tonsill. . . . .	1	—	1
Corp. alien. in phar. . . . .	1	1	2
Uvula elongat. . . . .	6	1	7
Uvulitis . . . . .	2	2	4

	Männl.	Weibl.	Zus.
Polyp. uvul. et palat. moll. . . . .	5	1	6
Palat. fissum . . . . .	1	1	2
Paral. veli palat. . . . .	8	6	14
Insufficiencia veli palat. congen. . . . .	2	2	4
Hypertr. tonsill. lingual. . . . .	11	17	28
Stomatitis . . . . .	4	2	6
Ulc. luet. in ore . . . . .	—	1	1
Glossitis . . . . .	1	3	4
Ulcerata ling. . . . .	—	4	4
N a s e :			
Erkrankungen der äusseren Nase . . . . .	11	14	25
Lupus . . . . .	—	1	1
Eczema aditus nar. . . . .	34	56	90
Rhinitis acuta . . . . .	13	8	21
Rhinitis fibrinosa . . . . .	3	4	7
Rhinitis chronica . . . . .	28	33	61
Rhinitis hypertrophica . . . . .	46	45	91
Rhinitis atrophica foetida (Ozaena) . . . . .	42	78	120
Rhinitis nervosa . . . . .	1	7	8
Niesskrampf . . . . .	—	1	1
Epistaxis . . . . .	36	15	51
Synechiaë . . . . .	4	4	8
Atresia nas. . . . .	—	1	1
Perichondritis septi . . . . .	3	5	8
Deviatio septi . . . . .	30	12	42
Ulc. et perfor. septi simpl. . . . .	9	4	13
Lues nasi . . . . .	4	8	12
Polyp. nas. . . . .	53	35	88
Tumores maligni . . . . .	1	1	2
Corp. alien. . . . .	3	5	8
Rhinolith . . . . .	1	—	1
Anosmie . . . . .	—	1	1
Catarrh. sin. frontal. . . . .	5	4	9
Empyem. sin. frontal. . . . .	1	1	2
Empyem. antr. Highmori . . . . .	8	8	16
Empyem. sin. sphenoid. . . . .	1	5	6
V a r i a :			
Strama . . . . .	7	37	44
Parotitis . . . . .	4	3	7
Bronchial- und Lungenkranke . . . . .	15	14	29
Lymphdrüsenanschwellungen am Halse . . . . .	14	18	32
Phlegmone colli . . . . .	1	—	1
Strictura oesophagi . . . . .	5	1	6
Zahn- und Kiefererkrankungen . . . . .	4	5	9
Sprachstörungen . . . . .	10	6	16
Inspiratio nervosa . . . . .	2	3	5

	Männl.	Weibl.	Zus.
Tussis nervos. et convulsiva . . . . .	2	3	5
Neuralgiae trigemini et occipital. . . . .	4	6	10
Apoplectiforme Bulbusparalyse . . . . .	1	—	1
Facialiskrampf . . . . .	—	1	1
Caput obstipum . . . . .	3	4	7
Alii morbi . . . . .	21	10	31
Sine diagnosi . . . . .	9	12	21

\* \* \*

### Bemerkungen.

Unter den Erkrankungen des äusseren Ohres sind folgende erwähnenswerth:

Lupus der Ohrmuschel<sup>1)</sup> bei einem 13jährigen Mädchen in Form einer pflaumengrossen Geschwulst des linken Ohrläppchens. Dieselbe soll nach Angabe der Mutter seit dem ersten Lebensjahr im Anschluss an die Vaccination sich gebildet haben. Zugleich bestand eine kleinere lupöse Geschwulst am linken Oberarm, dicht neben einer Vaccinationsnarbe, angeblich gleichfalls nach der Impfung entstanden. Eine genaue Nachforschung der Impflisten, des Abimpflings etc. ergab keinen Anhalt, dass der Lupus bei der Impfung vom Stammimpfling übertragen worden sei. Dagegen ist der Vater des Mädchens zur Zeit ihrer Impfung an Tuberculose krank gewesen und das Mädchen leidet seit Jahren an einer chronischen Mittelohreiterung beiderseits. Auf dem rechten Ohr besteht eine ziemlich reichliche Secretion (im Eiter waren keine Tuberkelbacillen nachzuweisen) mit grossem Defect der äusseren Trommelfelhälfte. Am linken Ohr ist eine grosse trockene Perforation im hinteren unteren Quadranten mit übernarbter Paukenschleimhaut.

Es ist wohl denkbar, dass die beiden lupösen Geschwülste in causalem Abhängigkeitsverhältniss zu einander stehen (Autoinfection), wobei allerdings unentschieden bleibt, ob die Arm- oder die Ohrgeschwulst das Primäre gewesen ist. Man kann bei der Kranken ohne grosse Schwierigkeit Kopf und Arm so aneinanderlegen, dass sich die erkrankten Hautstellen berühren. Beide lupösen Geschwülste wurden unter localer Anästhesie entfernt. Am Arm heilte die Wunde per primam, an der Ohrmuschel wurden die Hautränder noch ausgiebig galvanocauterisirt und eine gute Narbe erzielt, die bis jetzt frei von jedem Recidiv geblieben ist.

Lues des äusseren Gehörganges. Ein 30jähriger Mann bekam vier Jahre nach dem Primäraffect eine Geschwulst im rechten äusseren Gehörgang, welche bald eitrig zerfiel. Es bestand ein mit schmutzigem Eiter belegtes Geschwür an der vorderen unteren Gehörgangswand, zugleich eine Perforation in der knöchernen Nasenscheidewand und eine Ulceration im vorderen Theil des knorpeligen Septum. Das Trommelfell war etwas getrübt, das Gehör nicht wesentlich beeinträchtigt. Die peri-

<sup>1)</sup> Demonstrirt a. d. IV. deutschen Dermatologencongress in Breslau 1894.

auriculären Lymphdrüsen deutlich geschwollen. Unter Jodkalibehandlung trat nach ca. drei Wochen unter Bildung einer glatten, strahligen Narbe völlige Heilung ein<sup>2)</sup>.

Verletzung des Trommelfells und Labyrinths durch Stricknadel.

Eine 30jährige Frau hatte, während sie mit der Stricknadel im äusseren Gehörgang kratzte, gesehen, wie ihr Kind vom Stuhl zu Boden fiel. Vor Schreck fuhr sie zusammen und stiess sich dabei die Stricknadel tief ins linke Ohr. Sie stürzte sofort hin und musste in's Bett getragen werden. Bei jedem Versuch der Kranken, sich aufzurichten, trat sofort sehr heftiger Schwindel ein, gleichzeitig bestand Erbrechen und heftiges Ohrensausen. Gleich nach der Verletzung war aus dem Ohre etwas Blut, später auch etwas Flüssigkeit abgeflossen. Ich sah die Kranke zwei Tage nach dem Unfall. Nach trockener Reinigung des Ohres, in welches Eingiessungen gemacht waren, constatirte ich am hinteren oberen Theil des Trommelfells, dicht am Rande, eine runde Oeffnung, zum Theil mit Blutgerinnsel bedeckt. Die sichtbare Paukenschleimhaut blass, Flüsterstimme wird links zwei Schritt gehört, Weber links, Rinne negativ. Auch bei ruhiger Bettlage besteht Schwindel, und zwar die Empfindung von Rotation der Gegenstände in der Frontalebene, in der Richtung des Uhrzeigers. Richtet sich die Kranke auf, so steigert sich der Schwindel in's Unerträgliche. Zugleich besteht Nystagmus beider Augen und Doppelbilder, die beim Blick nach oben verschwinden. Nach 9tägiger Bettruhe vermag die Kranke aufzustehen. Nach vier Wochen ist der Schwindel und Nystagmus soweit verschwunden, dass er nur noch bei plötzlichem Aufrichten sich etwas geltend macht. Perforation des Trommelfells ist durch eine deutliche Narbe geschlossen, das Hörvermögen gebessert, Weber unbestimmt, Rinne nicht mehr negativ, nur etwas Sausen besteht noch.

Man ist wohl berechtigt, in diesem Falle anzunehmen, dass ausser der Durchbohrung des Trommelfells auch eine Verletzung der Labyrinthkapsel stattgefunden hat, und zwar ist es nach der Lage der Verletzung wahrscheinlich, dass der hintere horizontale Bogengang getroffen wurde. In diesem Falle hätte diese Verletzung beinahe den Werth eines physiologischen Experiments. Bemerkenswerth ist auch die fast vollkommene Restitution. Therapeutisch war natürlich nichts weiter als ein Watteverband des Ohres vorgenommen worden.

Cholesteatom des äusseren Gehörganges mit Durchbruch nach hinten.

Ein 21jähriges Mädchen gab an, seit fünf Wochen erst Schmerzen vor dem Ohr, später Ausfluss aus demselben und jetzt starke Schmerzen hinter dem linken Ohr zu haben. Es findet sich ein ziemlich grosser, weit nach aussen ragender, obturirender Polyp von ziemlich derber Consistenz und weisslicher Oberfläche. Derselbe sitzt mit breiter Basis an der Unterwand des knorpeligen Gehörganges. Nach Abtragung des Polypen mit der Schlinge zeigt sich eine mit weissen cholesteatomatösen Massen ausgefüllte Höhle, welche mit der Sonde sich nach hinten und

---

<sup>2)</sup> Der Fall ist ausführlich von Dr. Walter Laqueur „zur Syphilis des äusseren Ohres“ als Doctor-Dissertation beschrieben.



abwärts weit verfolgen lässt. Das Gehör ist etwas vermindert, Flüsterstimme 2—3 Schritt, Weber links, Rinne unbestimmt. Das Trommelfell erscheint verdickt und trübe, aber unversehrt, beim Catheterismus kein Zischgeräusch, nur trocknes Blasen gehört. Unterhalb des Warzenfortsatzes mässig grosse, polsterartige Geschwulst, auf Druck schmerzhaft. Druck auf den Warzenfortsatz selbst in allen Theilen schmerzfrei. Spontan bestehen heftige Schmerzen auf dem Scheitel und in der Gegend des Kiefergelenkes. Es wird in Chloroformnarcose hinter dem Ohr ein Einschnitt wie zur Eröffnung der Warzenhöhle, nur weiter nach abwärts, durch die Geschwulst gemacht. Es zeigt sich, dass der knorpelige Gehörgang an der Grenze des knöchernen durchbrochen ist und sich eine bis nahe an das Unterkiefergelenk reichende Höhle gebildet hat, aus welcher Eiter und cholesteatomatöse Massen hervorquellen. Der Warzenfortsatz selbst ist frei und nur am vorderen Rande nahe der Spitze arrodirt. Man kann durch die hintere Oeffnung das unversehrte Trommelfell genau überblicken. Nach Abkratzung des arrodirten Knochens und gründlicher Ausräumung und Reinigung der Höhle wird dieselbe mit Jodoformgaze tamponirt und verbunden. Gleich nach dem Erwachen aus der Narcose zeigte sich, dass der linke Facialis verletzt war. Die Facialislähmung betraf alle Aeste und blieb irreparabel.

Der Wundverlauf war normal, nur kam es vorübergehend zu einer acuten Mittelohreiterung, welche aber rasch heilte. Auch verzögerte sich die Ueberhäutung des Knochenrandes, so dass erst Ende Februar 1896 hinter dem Ohr eine völlig überhäutete persistente Oeffnung, welche in den äusseren Gehörgang führte, vorhanden war.

Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, operative Freilegung der Mittelohrräume.

Unter den 22 Operationen dieser Art haben wir einen Todesfall zu verzeichnen. Derselbe betrifft einen 5 monatlichen Knaben, welcher seit einiger Zeit an doppelseitiger Otorrhoe litt. In der letzten Zeit war eine Anschwellung über dem rechten Ohr aufgetreten. Dieselbe erwies sich als eine fluctuirende grosse Geschwulst, zugleich war deutliche Vorwölbung der oberen Gehörgangswand zu sehen. Am 17. Juli 1894 wurde unter Chloroform operirt, eine grosse Menge Eiter entfernt, der freigelegte Knochen zeigt eine ziemlich umfangreiche cariöse Stelle, welche schon von der Sonde leicht durchbrochen wird. Es wird mit dem Löffel eine glatte Höhle von noch nicht 2 Ctm. Tiefe gereinigt und mit Jodoformgaze verbunden. Das Kind, welches im elterlichen Hause blieb, ist am nächsten Tage ganz munter, bekam aber in der folgenden Nacht Krämpfe und starb am 16. Juli früh. Section wurde nicht gestattet, es war daher nicht möglich, festzustellen, ob der Tod mit dem Ohrenleiden resp. der Operation in Zusammenhang stand, was allerdings sehr unwahrscheinlich ist.

Bei einem 48jährigen Manne, der seit 6 Wochen an einer rechtsseitigen Mittelohreiterung mit Polypenbildung litt, fand sich bei der Operation ausser einer Oeffnung am vorderen Rande des Warzenfortsatzes bei der Sondirung der freigelegten Höhle, dass ein Durchbruch des Eiters nach hinten nahe der Spitze des Warzenfortsatzes stattgefunden. Es wird nun an dem Hauptschnitt in spitzem Winkel ein Seitenschnitt in die infiltrirte Nackenpartie gemacht und bei der Durch-

trennung der Knochenbrücke, welche die hintere Durchbruchstelle überdeckt, die ganze Spitze des Warzenfortsatzes losgelöst und abgetrennt. Der Wundverlauf war ein ausserordentlich günstiger, der erste Verband konnte 6 Tage liegen bleiben und der Kranke nach ca. 8wöchentlicher Behandlung mit vollkommen geschlossener Operationsöffnung, geschlossenem Trommelfell und ziemlich gutem Gehör entlassen werden. Auch war keinerlei Störung in der Bewegung des Kopfes, speciell in der Function des rechten M. sternocleid. mast. vorhanden.

Bei einem 1 $\frac{1}{2}$ jährigen, sehr elenden Kinde, welches ein tuberculöses Geschwür an der Wirbelsäule und eine tuberculöse Geschwulst eines Hodens hatte, musste im Laufe von 3 Monaten erst die rechte, später die linke Warzenhöhle eröffnet werden. Bemerkenswerth war, dass hinter dem rechten Ohr eine taubeneigrosse, weiche, als fluctuirend sich anfühlende Geschwulst vorhanden war, welche zu unserer Ueberraschung beim Einschnitt keine Spur von Eiter zeigte, sondern sich als eine weiche, gelatinöse Drüsenmasse erwies, unter welcher der cariöse Knochen bloss lag. Ueberdies hat das Kind die Operation (auch des Geschwürs an der Wirbelsäule) gut überstanden und sein Allgemeinbefinden sich sehr erheblich gebessert. Aus dem rechten Ohr wurde später noch ein Knochensequester entfernt, aus dem linken kam 10 Tage nach der Operation der Hammer heraus. Nach 6 monatlicher Behandlung waren beide Operationsöffnungen vernarbt, es bestand aber noch eine geringfügige Secretion aus beiden Mittelohren.

Ein 41jähriger Arbeiter, welcher seit 4 Wochen an acuter rechtsseitiger Mittelohreiterung mit Anschwellung hinter dem Ohre etc. litt, wird am 24. December 1893 in typischer Weise operirt und eine grosse Menge Eiter aus der sehr ausgedehnten Warzenhöhle entleert. Nach 8 Tagen verlässt der Kranke das Bett und wird noch 8 Tage bis zum 3. Januar 1894 ambulant behandelt. Von diesem Tage ab lässt sich der Kranke nicht mehr sehen. Erst am 12. April 1894 erscheint er wieder und erzählt, dass er damals aus Mangel an Subsistenzmitteln Breslau verlassen habe. Die Wunde hinter dem Ohr sei nicht weiter behandelt worden, er habe sie selbst nur mit Watte täglich verbunden, trotzdem sei Alles, angeblich seit 8 Tagen, vollkommen zugeheilt. In der That erwies sich die Operationswunde völlig vernarbt, das Trommelfell völlig geschlossen.

Ein 40jähr. Schneider war wegen chronischer linksseitiger Mittelohreiterung mit Anschwellung hinter dem Ohr etc. im December 1888 von sachverständiger Seite aufgemeisselt worden. Erst im Herbst 1889 kam es zu definitivem Verschluss der Operationswunde und Sistirung der Ohreiterung. Allein im November 1893 stellte sich wieder Eiterung aus dem linken Ohr ein mit zeitweiligen Schwindelanfällen. Zu dieser Zeit ergab die Untersuchung einen totalen Defect des Trommelfells mit mässiger Secretion. Es gelang nicht, im Laufe der nächsten Monate der Eiterung Herr zu werden. Es wucherten immer wieder Granulationen aus dem hinteren oberen Theil der Paukenhöhle. Im Juli 1894 trat Vorwölbung der hinteren oberen Gehörgangswand ein und oberhalb der Narbe hinter dem Ohr war eine kleine weiche Stelle zu fühlen, deren Druck Schmerz und Schwindel erzeugte. Es wurde daher am 29. Juli 1894 die Freilegung des Atticus nach Stacke vorgenommen. Ein durch

die Narbe und nach vorn bis an den Jochfortsatz geführter Schnitt löste die ganze Ohrmuschel ab, der Warzenfortsatz selbst zeigt äusserlich nichts Pathologisches. Der häutige Ueberzug der hinteren Gehörgangswand wird abgelöst und die äussere untere Wand des Atticus durch einige Meisselschläge entfernt. Die sichtbaren Gehörknöchelchen, Hammerkopf und Ambos mit der Pincette extrahirt; ersterer erweist sich cariös. Die Paukenhöhle wird vorsichtig ausgekratzt und gereinigt, die abgelöste Gehörgangswand wieder angelegt, ein Drainrohr eingeführt, die Ohrmuschel durch 10 Nähte an ihrer Ansatzstelle befestigt und verbunden. Der Wundverlauf gestaltet sich günstig, die Nähte verheilen per primam, allein die Eiterung aus dem Mittelohr ist noch nicht völlig beseitigt, es zeigt sich jetzt, dass der Eiter vom Boden der Paukenhöhle in die Höhe steigt. Erst nach 6 monatlicher weiterer Behandlung mittelst Aetzungen etc. gelingt es, eine vollkommene Heilung und Uebernarbung der Paukenhöhle zu erzielen.

Thrombose des Sinus transversus mit spontanem Durchbruch nach aussen.

Rosina K., 60 Jahre alt, giebt an, seit 11 Wochen an Sausen und Schwerhörigkeit rechterseits zu leiden. Die Untersuchung am 9. August 1893 ergiebt: rechtes Trommelfell mässig geröthet, im oberen Theil vorgewölbt. Flüsterstimme kaum a. c. Weber rechts, Rinne negativ. Linkes Trommelfell verdickt und getrübt, Flüsterstimme 2 Schritt. R. Warzenfortsatz hinten und unten auf Druck empfindlich, mässige Anschwellung. Trotz wiederholter Paracentese heilt die Oeffnung im Trommelfell wieder zu. Am 19. Septbr. erscheint die Kranke nach 8tägiger Abwesenheit wieder und zeigt jetzt eine grosse, weit nach hinten gelegene fluctuirende Geschwulst und heftige Schwindelerscheinungen und Kopfschmerzen. Am 20. September wird zur Operation geschritten. Zunächst wird 1 Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel ein longitudinaler Schnitt gemacht, aber kein Eiter gefunden, auch der freigelegte Warzenfortsatz zeigt nichts Abnormes. Es wird nun von der Mitte dieses Längsschnittes ein Horizontalschnitt geführt, welcher die kleinapfelgrosse Geschwulst eröffnet und hierdurch eine grosse Menge Eiter entleert. Es zeigt sich jetzt drei Finger breit vom Muschelansatz entfernt im Knochen eine runde Oeffnung von der Grösse eines Fünfpennigstückes, ausgefüllt mit einer bläulichen, ziemlich derben Masse, welche auf Druck nur wenig Eiter entleert. Die Oeffnung im Knochen wird erweitert und eine etwa 12 Mm. breite Rinne nach dem Warzenfortsatz zu gemeisselt. Auch die Warzenhöhle wird eröffnet, in ihr findet sich kein Eiter, nur wenige granulöse Massen, dagegen ist die Rinne durch eine bläuliche, thrombisirte, mässig weiche Masse ausgefüllt. Diese wird vorsichtig mit dem scharfen Löffel entfernt, so dass die glatte Dura mater zum Vorschein kommt. Keine Pulsation zu sehen. Nach Abspülung mit  $\frac{1}{2}$  %iger Sublimatlösung Tamponade mit Jodoformgaze und Verband. Fieberloser Wundverlauf, am 23. Sept. Sensation am rechten Auge, ophthalmoscopischer Befund negativ. Erster Verbandwechsel am 24. Sept. Dura glatt und rein, deutliche Pulsation zu sehen. Am oberen Rande der Warzenhöhle kleine necrotische Stelle, welche am 27. Sept. ausgekratzt wird. Der weitere Wundverlauf sehr gut und durch sehr geringe Granulationsbildung ausgezeichnet. Schwindel und Kopfschmerz völlig ver-

schwunden. Die Ueberhäutung der Wunde schreitet rasch fort, am 15. December ist vollständige Heilung zu constatiren. Hinter dem Ohr besteht eine etwas vertiefte Narbe, das Trommelfell ist blass. Lichtreflex und Hammergriff sichtbar, Flüsterstimme wird 3 Schritt weit gehört.

Im Allgemeinen sei noch Folgendes bemerkt: Unter den operirten Fällen war Erkrankung des Warzenfortsatzes im Anschluss an acute Mittelohreiterungen aufgetreten bei 15 Kranken (7 rechtsseitig, 8 linksseitig). Hiervon starb 1 Kranker, 11 wurden geheilt entlassen, 3 entzogen sich vor vollendeter Heilung der Behandlung. Im Anschluss an chronische Mittelohreiterung kamen zur Operation 8 Fälle (3 rechts-, 6 linksseitig<sup>3)</sup>. Hiervon wurden in der Berichtszeit definitiv geheilt 3, die Uebrigen gebessert. Die Behandlungsdauer betrug bei den acuten Fällen 6–20 Wochen, bei den chronischen Fällen war die kürzeste Behandlungsdauer bis zur vollendeten Heilung 14 Wochen.

(Schluss folgt.)

---

## Ein Fall von Labyrinthentzündung bei Lues hereditaria tarda.

Von

Dr. Andr. Stiel, Köln.

Lina E., 13 Jahre alt, Schuhmacherskind aus K., erkrankte vor etwa drei Jahren an Schwindel, so dass sie sich bei Spaziergängen oft anhängen wollte, wie ihre Mutter berichtete. Ungefähr um dieselbe Zeit stellte sich auch beiderseits ein Augenleiden ein. Vor ca. einem Jahre wurde zuerst Schwerhörigkeit bemerkt, welche immer mehr zunahm und zuerst rechts, dann auch links zu vollständiger Taubheit führte, welche jetzt seit etwa fünf Monaten besteht. Die Schwindelerscheinungen liessen allmählig nach, die Augen waren bald besser, bald schlechter. Im Uebrigen bestand Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Niemals waren Kopfschmerzen, Erbrechen oder Ohrenfluss vorhanden.

Von dem Vater des Mädchens wurde mitgetheilt, dass er vor seiner Verheirathung an Ausschlag gelitten habe, den er von einem Kameraden gefangen haben wollte und für Krätze hielt. Auch seine Frau sei mit diesem Ausschlag angesteckt worden. Zum ersten Male kam die Frau mit einer Fehlgeburt nieder, dann wurde die Patientin geboren. Selbige war nach der Geburt schwächlich, entwickelte sich sonst gut und besuchte die Schule mit gutem Erfolg. Es leben noch drei Mädchen, vier sind in der frühesten Jugend gestorben.

Die Eltern sind im Uebrigen gesund; Tuberculose ist zwar in der Familie vorgekommen, aber an den Eltern oder Kindern nicht beobachtet worden.

Die Untersuchung am 14. April 1895 ergibt Folgendes: Das Trommelfell ist beiderseits glanzlos, etwas injicirt, nicht eingezogen.

---

<sup>3)</sup> Ein Fall wurde rechts und links operirt.

Das Hörvermögen ist für Uhr, Hörmesser und Sprache erloschen.

Von den Stimmgabeln wird nur C = 128 durch die Kopfknochen wahrgenommen und auch nur links.

Beide Augen zeigen leichte Conjunctivitis und Episcleritis, geringen Exophthalmus und Trübungen der Cornea. Letztere sind diffus mit eingestreuten dichteren Flecken. Ausserdem bestehen Reste von voraufgegangener Iritis, nämlich Pigmentirung der vorderen Capsel und hintere Synechien nach Erweiterung der Pupille. Die Sehschärfe ist 6/8.

Ausser allgemeiner Anämie sonst nichts Abnormes.

Die Diagnose wurde auf Labyrinthentzündung beiderseits in Folge von Lues hereditaria tarda gestellt und dementsprechend, wenn auch mit geringer Hoffnung auf einen Erfolg, eine antisiphilitische Cur eingeleitet, täglich 2 Gramm Ungt. ciner. und drei Mal täglich ein Kaffeelöffel einer Jodkalilösung 10:100.

Nach fünf Tagen erst erschien Patientin wieder; am Gehör hatte sich nichts geändert. Doch war eine linksseitige Facialisparesie hinzugekommen, ob zufällig oder als Folge derselben Krankheitsursache, muss dahingestellt bleiben.

Die Cornea hatte sich etwas aufgehellt.

Nach weiteren drei Tagen ergab die Untersuchung, dass die Stimmgabel C beiderseits per Kopfknochen, C<sub>2</sub> = 512 nur links per Kopfknochen gehört wurde, C<sub>5</sub> = 4096 ward nicht percipirt.

Am 30. April ist der Zustand derselbe, nur wird angegeben, dass Harmonikatöne und Wagenrasseln vernommen wurden.

Mitte Mai hatte sich der Zustand des Gehörs nicht verändert, doch war die Facialisparesie etwas gebessert, das linke Auge konnte besser geschlossen werden.

Es wurde nun die Therapie geändert und zu Pilocarpinjectionen übergegangen.

Von einer Lösung 0,1:5,0 wurden 4 Theilstriche alle zwei Tage eingespritzt. Im Ganzen wurden 5 Einspritzungen gemacht, aber ohne Erfolg, das Gehör veränderte sich nicht mehr; die Facialisparesie jedoch besserte sich. Es wurde schliesslich noch Jodeisensyrup verordnet. Bei der letzten Untersuchung am 6. Juni 1895 war die Perception für die Stimmgabeln dieselbe wie oben, die Facialisparesie bedeutend gebessert und die Augen frei von Entzündung.

Nicht unerwähnt mag bleiben, dass die Patientin schon früher von mehreren Augen- und Ohrenärzten behandelt worden war.

Was den Fall mittheilenswerth macht, ist wohl der unzweifelhafte Zusammenhang des Hörleidens mit Syphilis, welcher zwar allgemein bekannt ist, aber nicht immer, wie hier, aus der Anamnese und dem Zusammentreffen mit Keratitis profunda und Iritis chronica fast unzweifelhaft hervorgeht.

Interessant ist auch das Zusammentreffen der Labyrinthentzündung mit der linksseitigen Facialisparesie; Gradenigo hat zwar das Fehlen derselben als charakteristisch gerade bei dem vorliegenden Krankheitsbilde hingestellt, doch ist mir die neuere Literatur nicht vollständig zur Hand gewesen, so dass ich über ähnliche Beobachtungen nichts mittheilen kann.

Was nun die Therapie betrifft, so könnte man versucht sein, schon

prophylactisch einzugreifen. Es wäre vielleicht angebracht, wenn bei Keratitis profunda, die ja früher zur Behandlung kommt, als die Gehörsanomalie, dem Gehörorgan einige Aufmerksamkeit geschenkt würde, um möglicher Weise den Beginn der Labyrinthentzündung zu erkennen. Wenn auch letztere seltener beobachtet wird, als die Augenaffection bei Lues hereditaria tarda, so könnten doch weitere Aufschlüsse gegeben werden. Jedenfalls aber, und dies möchte ich besonders betonen, wäre es angezeigt, allemal dann, wenn die Diagnose Labyrinthentzündung in Folge von Lues hereditaria tarda feststeht und wenn das Hörvermögen nicht schon längere Zeit erloschen ist, eine energische Therapie einzuleiten. Ich glaube, dass in einem frühen Stadium das Weiterschreiten der Entzündung durch die Therapie verhindert werden kann.

Lässt Quecksilber und Jodkali im Stiche, so sind Pilocarpin-Einspritzungen am meisten zu empfehlen und haben auch, wie aus der Literatur hervorgeht, manchen Erfolg aufzuweisen. Daneben sind roborende Diät, Bäder, Aufenthalt in guter Luft und geeignete innere Mittel eine vortreffliche Unterstützung jener Therapie.

---

## Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. Hugo Bergeat, München.

Unter den frischen Kehlköpfen, welche Herr Ober-Medicinalrath Prof. Dr. Bollinger die Güte hatte, mir zu überlassen, fand sich zufällig jener eines an Pericarditis verstorbenen 33jährigen Tagelöhners, starken Trinkers, mit einer kleinen Geschwulst behaftet. Dieselbe sitzt linkerseits an höchst ungewöhnlichem Platze vorne oben auf der Epiglottis, ganz genau durch die Kante und Mittellinie begrenzt. Sie trennt sich in drei Theile, einen breitgestielten gerade auf der Kante, einen zweiten mit breiter Insertion ein wenig lateral und abwärts vom vorigen, und einen dritten flacherhabenen rundlichen, der abwärts von den beiden anderen wiederum neben der Mittellinie sitzt. Der gestielte Theil ist etwa hanfkorngross, die beiden anderen sind entsprechend von etwas geringeren Dimensionen. Kugel- resp. kreisförmige Gestaltung ist allen Theilen gemeinsam, ebenso ein vollkommen glatter Schleimhautüberzug. Die Consistenz war wie von schwarzem Radirgummi. Da die Verschieblichkeit jener den betreffenden Schleimhautstellen entspricht, ist die Submucosa als das Muttergewebe anzusehen. Die Abgrenzung auch des flachen Theiles von der Umgebung war deutlich, die gleichmässig weingelbe Farbe schied sich auffällig von der nicht injicirten Umgebung; gerade das Eigenthümliche dieser Farbe veranlasste mich vollends, die Schönheit des Präparates der microscopischen Untersuchung zu opfern. Letztere wurde im pathologischen Institute ausgeführt und ergab Fibro-

sarcom (das Aussehen der Geschwulst hatte ein Lipom erwarten lassen; ich weiss wohl, dass die von Bruns und Schrötter beschriebenen röthlich gefärbt waren). Für die Schnitte wurde der hintere Theil der polypösen Kugel verwendet. Ich lasse den Befund nach der Angabe von Herrn Dr. Dürck, Assistenten am pathol. Institute, folgen:

„Auf den Schnitten erkennt man zu äusserst einen überall wohl erhaltenen, aber etwas verdünnten Saum von mehrschichtigem Pflaster-epithel. Dasselbe lässt fast an allen Stellen noch eine deutliche cylindrische Basalschicht erkennen. Nur dort, wo die Atrophie des Epithels eine sehr hochgradige geworden ist und es nur mehr aus 2—3 Lagen sehr dünner Plattenepithelien besteht, ist eine solche cylindrische Basalmemschicht nicht mehr erkennbar. Unmittelbar auf diese letztere folgt das eigentliche Geschwulstgewebe. Dasselbe besteht aus einem ausserordentlich zellreichen fibrillären Bindegewebe. Die zelligen Elemente desselben sind ausschliesslich spindelförmig, manchmal sehr dicht, manchmal in grösseren Abständen von einander gelagert. Die Kerne sind im Allgemeinen bläschenförmig, zuweilen aber auch dunkel und granulirt, besonders in den peripheren Schichten der Geschwulst. Die Faserzüge derselben stellen mehrere nebeneinanderliegende und microscopisch deutlich von einander abgrenzbare kugelige Knöllchen dar. Innerhalb derselben sind die Fasern und dementsprechend auch die spindelförmigen Zellen concentrisch angeordnet. Da, wo die Spindelzellen auf dem Schnitte quer getroffen sind, erscheinen sie natürlich als kleine Rundzellen mit sehr spärlichem Protoplasmasaum und kleinen dunklen Kernen. An einzelnen Stellen sieht man die faserige Grundsubstanz stärker prävaliren, so dass dort das Bild des reinen Fibroms zum Vorschein kommt. Keiner von sechs Schnitten zeigt ein Blutgefäss. — Wir haben es also hier mit einem Tumor zu thun, der aus sehr zellreichem faserigen Bindegewebe besteht.“

Das Präparat ist ein Unicum wegen des Sitzes der Sarcomgeschwulst.

Die Veröffentlichung eines weiteren Falles ist mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Schech ermöglicht:

W . . ., Lehrersfrau, etwa 36 Jahre alt, März 1890. Nur einmalige Untersuchung. Hochgradige Athemnoth. — Doppelseitige subchordale Tumoren mit beträchtlicher Verengung des unteren Kehlkopfraumes (die Zeichnung lässt die hintere Kehlkopfwand frei erscheinen und die Wülste vorne enge sich berühren). — P. starb plötzlich im October 1890.

Das Spirituspräparat zeigt Folgendes:

Der Kehlkopf ist von der normalen Grösse eines weiblichen bei 16 Mm. Stimmbandlänge. Es ist ein senkrechter Schnitt in der hinteren Mittellinie und ein horizontaler etwas über dem Ende der unteren Schildknorpelhörner geführt (zur Orientirung habe ich einen etwas grösseren männlichen Kehlkopf, an welchem wegen Verstümmelung die Stimmbänder nicht gemessen werden können, in gleicher Höhe eingeschnitten). Nur die Cricoidea innerhalb des Perichondriums ist erkrankt, und auch von ihr ist der vorderste Theil beiderseits in je 4 Mm. Länge bis auf eine mehr nach dem Lumen zu liegende Zone gelblicher Verfärbung unversehrt geblieben; sonst überall ist der interperichondrale Raum von einem pigmentfreien Gewebe erfüllt, welches nach Abrundung strebt, nur hinten eine Art Schichtung zeigt und den Knorpel bis auf einzelne verknöcherte

Fragmente im vorderen Theile und eine dem medianen Firste entsprechende Säule von etwa 5 Mm. Breite ersetzt hat. Dieses letztgenannte Knorpelstück zeigt an der Innenseite im obersten  $\frac{1}{5}$  eine Verknöcherung, tiefer unten mehrfache Stellen beginnenden Zerfalles, ist gegen das Lumen hin von einer ihrer Dicke entsprechenden Schicht der Geschwulst bedeckt und an der Grenze des obersten und nächsten Viertels in Gestalt einer steilwandigen Grube ausgegagt. Die Gegend dieser Grube scheint mir der Ausgangspunkt der Geschwulst zu sein, weil hier herum die Faserung eine ausgesprochene ist und ein Hohlraum in der Geschwulstmasse den Eintritt des Zerfalles erweist. Abwärts von diesem Hohlraume hat sich zwischen den Seitenwülsten die Geschwulstmasse als dritter medianer Wulst in das Lumen des Kehlkopfes gedrängt; im Gegensatze zu den beiden anderen zeigt dieser Wulst einen unglatten, gefurchten Schleimhautüberzug und reicht unter das Niveau der Cricoidea hinab. Die Seitenwülste verschliessen selbst noch im Spirituspräparate das Larynxlumen beinahe vollkommen; auch nach aussen wird das Perichondrium hervorgewölbt, besonders in der Gegend der Articulatio cricothyreoidea. Es ergeben sich dafür folgende Maasse (die entsprechenden des normalen Kehlkopfes sind in Klammern beige setzt): Entfernung der Artic. cricothyreoideae von einander 28 (21) Mm., grösste Entfernung beider Perichondriumbblätter von einander 12 (6) Mm., Dicke der Schleimhaut  $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{1}{2}$  (1) Mm. Das Volumen der ganzen Geschwulst entspricht dem einer Marone.

Zur Herstellung der Schnitte wurde ein Stückchen linkerseits in halber Höhe ziemlich weit vorne aus der Geschwulst entnommen. Auch diesmal hatte Herr Dr. Dürk die Freundlichkeit, den microscopischen Befund zu dictiren:

„Man erkennt auf den Schnitten als äusseren Ueberzug eine dünne Schicht mehrzeiligen einschichtigen Cylinderepithels. Das Stratum proprium ist ausserordentlich schwach entwickelt und besteht nur aus wenigen, mit Rundzellen durchsetzten Bindegewebsfasern. Unmittelbar darunter folgt eine sehr dicke, mächtige Schicht straffen, fibrillären, kernarmen Bindegewebes, welches die eigentliche Hülle des Tumors bildet. Unmittelbar darauf schliesst sich das eigentliche Tumorgewebe an, welches aus äusserst dichtgedrängten, sehr grossen, protoplasmareichen, polygonal gestalteten Zellen besteht. Dieselben besitzen fast durchweg grosse bläschenförmige Kerne mit reichlichem dichten Chromatinnetz und meist mehreren Nucleolis. In einigen dieser Kerne sind Reste von Kerntheilungsfiguren erkennbar. Viele dieser Zellen zeigen mehr als einen Kern; in manchen derselben sieht man als Vorstadien des Mehrkernigwerdens einen grossen, in der Mitte bisquitförmig eingeschnürten Kern, andere zeigen 2, 3 bis zu 10 und 12 Kernen auf einer Schnittebene. Das Stroma der Geschwulst ist äusserst gering, nur an wenigen Stellen sieht man schmale Bündel faserigen Gewebes durch dieselbe hindurchziehen; dagegen besitzen die Zellen selbst ausnahmslos an ihren meist vielen Ecken feine protoplasmatische Ausläufer, die untereinander deutlich in Verbindung stehen und auf diese Weise selbst eine Art ungemein zarter faseriger Intercellularsubstanz darstellen. An wenigen Stellen sieht man ganz geringe Anhäufung von kleinen Rundzellen mit dunklen granulirten Kernen. Zahlreicher in der Peripherie des Tumors sind einige horizontal und



vertical verlaufende dünnwandige Gefässe zu sehen. — Es handelt sich demnach um eine Geschwulst, welche offenbar aus embryonalem Bindegewebe besteht, was sich dadurch zu erkennen giebt, dass sämtliche Zellen faserige Ausläufer aufweisen. Die zelligen Elemente sind sehr gross, das Stützgewebe ist äusserst gering.“

Auch zu diesem Sarcome ist wegen der Localisation in der Cartil. cricoidea kein sicheres Seitenstück in der Literatur vorhanden. Newman (Glasgow Med. Journ. 1885, May) hat aber ein an der Basis der Epiglottis sitzendes Alveolarsarcom mit Oteoplasien und einem Knochenbälkchen beschrieben, welches wegen der Aehnlichkeit des microscopischen Befundes einen gleichen Process in der vorderen Mittellinie des Knorpelgerüstes vermuthen lässt, wie er in Schech's Fall in der hinteren Mittellinie begann.

Die Operation gleichgelagerter Fälle anlangend, wäre in den ersten die endolaryngeale Ausschneidung eines Stückes der Epiglottis leicht zu machen und würde eine günstige Prognose für die Function der Epiglottis und für die Ausrottung der Geschwulst gestatten. Auch der andere Fall läge relativ nicht ungünstig, weil zu hoffen ist, dass der Einschluss der Geschwulst innerhalb des Perichondriums eine Metastasirung bisher verhindert hat und weil die Beschränkung auf die Cricoidea nur eine partielle Excision des Kehlkopfes verlangt.

Am Lebenden habe ich an einer Berliner Poliklinik noch einen sicheren Fall von Kehlkopfsarcom gesehen. Er bot fast das gleiche Bild, wie es Scheinmann entwirft; es war nur viel erhabener und mehr nach vorne gewuchert. Der Fall kam früher als Scheinmann's Fall zur Beobachtung und betraf einen Mann in den Vierzigern. Auch hier war die Farbe gelb, meiner Erinnerung nach ein wenig dunkler als Dermatolpulver.

Die relativ häufigere Begegnung mit dieser Geschwulst hat in mir den Wunsch rege gemacht, eine peinliche Lücke im laryngologischen Wissen auszufüllen. Es ist zwar vor 1—2 Jahrzehnten das Kehlkopfsarcom mehrfach der Gegenstand zusammenfassender Abhandlungen gewesen, von Seite v. Ziemssen's (Handbuch der spec. Pathol. u. Ther., IV. Band), Mackenzie's (nach Eppinger's Angabe), Eppinger's selbst in einer ausführlichen pathologisch-anatomischen Schilderung (Klebs, Handbuch der pathol. Anatomie, Heft VII), endlich Butlin's, der unter Heranziehung einer Literatur von 23 Fällen hauptsächlich die Therapie berücksichtigt (on malignant disease of the larynx, London 1883); es sind aber die letztgenannten Arbeiten den neueren Autoren entgangen, die eigenen Quellenstudien derselben hingegen so rudimentär geblieben, dass wir vergeblich nach einem fertigeren Gesamtbilde suchen müssten, hätte nicht Schrötter (Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes etc.) offenbar an der Hand mehrfacher eigener Beobachtungen ein solches von überraschender Reichhaltigkeit entworfen. — Das primäre Lufröhrensarcom hat in Scheuer's Dissertation („Ueber Trachealtumoren“, München 1893) Mitberücksichtigung erfahren, so dass mein Verzeichniss vielfach mit jenem Scheuer's übereinstimmt.

Ich habe nun folgende Casuistik aufgefunden:

I. Sarcom des Kehlkopfes.

a. primäre Fälle:

- |                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| Or.                             | 1. Broadbent                            | Transact. path. Society, London 1861, XII, S. 45.   |
| Or.                             | (von Cohn richtiggestellt) 2. Rauchfuss | St. Pet. med. Zeitschr. 1862, III, S. 153.  |
| Or.                             | 3. Schrötter                            | Zeitschr. d. Aerzte v. Wien 1865, I, No. 34.  |
| Or.                             | 4. Türck                                | Klinik d. Krankh. d. Kehlk. 1866, S. 577.   |
| Notiz.                          | 5. Oliver                               | Am. Journ. of med. sciences 1867, S. 115.   |
| Or.                             | 6. v. Balassa                           | Wien. med. Wochenschr. 1868, No. 92.  |
| Or.                             | 7. Navratil                             | Berl. klin. Woch. 1868, No. 49, Fall 7.   |
| Or.                             | 8. Gottstein                            | Wien. med. Wochenschr. 1868, No. 105.   |
| Blanc.                          | 9. Planchon                             | Faits cliniques de laryngotomie, thèse de Paris 1869.   |
|                                 |   | Blanc, Cancer prim. de lar. Paris 1872, obs. 14.  |
| Solis<br>Cohen<br>und<br>Bruns. | 10. Ruppauer                            | Contrib. to pract. laryngosc. New-York 1871, II. Serie.<br>Med. Journ. N.-Y. 1871, March.<br>Solis Cohen, diseases of the throat, 1872. |
|                                 |   | Bruns: Die Thyreotomie.   |
| Or.                             | 11. Sidlo                               | Oesterr. med. Jahrb. 1870, No. 20.  |
| Bruns s. o.                     | 12. Buek                                | Med. chir. transact. 1870.  |
| Or.                             | 13.—15. Mackenzie                       | 3 Fälle: Growths in the lar. London 1871, Fall 49, 59, 95.  |
| Or.                             | 16. Derselbe                            | 1 Fall: Transact. path. society XXI, 1871, S. 53 (nicht zu verwechseln mit Fall S. 51!).  |
|                                 | 17. Derselbe                            | 1 Fall; kurz erwähnt in „Krankheiten des Halses etc.“ 1880, I. Bd., S. 472.   |
| Or.                             | 18. Blanc                               | Cancer prim. du lar., Paris 1872, obs. 3, S. 52.  |
| Or.                             | 19. Laroyenne                           | Gaz. hebdom. 1873, S. 780.  |
| Or.                             | 20. Cohen, Solis I                      | Diseases of the throat 1872 (lediglich in der Statistik aufgeführter Fall; der ausführlichere ist identisch mit dem Ruppauer's).        |
| Or.                             | 21.—25. Fauvel                          | Traité prat. des mal. du larynx. Paris 1875. Fall 33, 80, 137, 190, 211.  |
| Or.                             | Derselbe                                | Ibid., Fall 214; ist identisch mit:   |
| Or.                             | 26. Raymond & Longuet                   | Bull. soc. anat. 1874, No. 49, S. 73—75.  |
| Ref.                            | 27. Bottini I                           | Giorn. dell' acad. di med. di Torino 1875.  |
| Or.                             | 28. Burow (primär?) I                   | Berl. klin. Wochenschr. 1875, S. 525.<br>Eppinger, Klebs' Handbuch der path. Anat., Heft VI.  |
| Or.                             | 29. Schech I                            | Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 1875, No. 16, S. 236.  |

- Or. 30. Robinson Am. Journ. of med. science, Phil. 1875, No. 138, S. 394—406.
- Or. 31. Burow II Berl. klin. Wochenschr. 1877, No. 8. Mittheil. aus der chir. Privatklinik. Leipzig 1880, S. 96—102.
- Or. 32. Foulis Lancet 1877, 13. October.
- Ref. 33. Albert Ibid. 1879, 29. März (weiterer Verlauf). Beiträge zur oper. Chir.; einige Operationen am Pharynx 1878.
- Or. 34. Lange Archives of laryngol. 1879, S. 31.
- Or. 35. Ganghofner Veröffentlicht durch Eppinger in Klebs' Handb. d. path. Anatom., Band VII.
- Or. 36. Küster 1884, XIII. Chir.-Congress, S. 96. Schett, In.-Diss., Berlin 1888.
- Titel. 37. Elsberg Med. Records N.-Y. 1882, 79.
- Notiz. 38. Rzehazek Bull. N.-Y. path. soc. 1882, 2. Ser., S. 35. 1882 (briefl. Mitth.) Kraus, Wien. med. Ztg. 1890, No. 15.
- Titel. 39. Semon I St. Thomas' hosp. rep. 1882, XII, 1, S. 121.
- Ref. 40. Coupard Revue mens. de lar. etc. 1882, III, S. 42—46.
- Or. 41. v. Bergmann Sitzungsber. d. Würzb. med. Ges. 1882, (im Or. als Adenosarcom, 3 und 4, S. 47 ff. in mehreren Referaten als Carcinom aufgeführt)
- Ref. 42. Bottini II 1883? Cit. Centralblatt f. Chir. 1887, S. 70.
- Or. 43. Butlin Malignant disease of the lar. 1883, S. 7 (Abbildung).
- Or. 44. Labée (Labbé) Bull. de l'acad. de méd., 1885 No. 12, 1886 No. 4.
- Or. 45. Hahn Volkm. Samml. klin. Vortr. 1885, No. 260.
- Or. 46. Newman I Glasgow Med. Journ. 1885, May, S. 376—379.
- Ref. 47. Gerster Intern. Centralbl. f. Lar. III, S. 450, IV, S. 282. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXIX, 5 und 6, S. 538.
- Ref. 48. Agnew, Hayes Ref. Sémin. méd. 1887, 9. März. (in Tab. Kraus als Carcinom aufgeführt)
- Notiz. 49. Newman II Centralbl. f. Lar. V, S. 346.
- Ref. 50. Jurist Med. News 1887, 51, S. 474.
- Ref. 51. Gleitsmann Ref. Cbl. f. Lar. IV, S. 496. Ref. Schrötter, Vorlesungen über Krankh. d. Kehlkopfes etc. 1887, S. 328.

- Or. 52. Semon II Transact. path. soc. London 1887/88, 39, S. 36—38.
- Notiz. 53. Cacciopoli 1888 (briefl. Mitth.), Kraus, Wien. med. Zeitung 1890, No. 15.
- Ref. 54. Ceccherelli II Morgagni 1888.
- Ref. 55. Hjort Norsk Mag. f. Laegevidensk. 1888, 4. R. III, 969—975.
- Ref. 56. Heiberg Ugeskrift for Laeger 1889, p. 72. (Cit. in Schrötter's Vorlesungen.)
- Or. 57. Délie Revue de lar. 1892, S. 379.
- Or. 58. Bessel-Hagen Soc. méd. de Bordeaux 1889, S. 388.
- Or. 59. Jurasz Centralbl. f. Chir. 1889, 16, S. 901. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXIX, V und VI, S. 497. Aerzte- und Naturf.-Versammlung, Heidelberg 1889.
- Or. 60. Schnitzler— v. Frisch Wien. med. Blätter 1889, S. 359. (s. auch Luftröhre) Laryngol. Atlas 1895, S. 92—100.
- Or. 61. Tietze Berl. klin. Wochenschr. 1890, No. 29.
- Or. 62.—64. Browne, Lennox The throat and nose, Philad. 1890, Fall 3, 8, 10 (an letzterem Falle die Diagnose vom Beob. nachträgl. richtiggestellt).
- Or. 65. Arnaud-Moure Leçons sur les mal. du larynx, Paris 1890.
- Or. 66. Cohn Mediz. Monatsschr. 1890, März, S. 131.
- Notiz. 67. Bosworth Rosenbergl, Lehrbuch der Krankh. des Kehlkopfes etc.
- Or. 68. Scheinmann Berl. klin. Woch. 1892, 21, S. 508.
- Ref. C.f.L. 69. Solis Cohen II Phil. Med. News, 9. April 1892. Ref. C. f. L. 1892, S. 304.
- Ref. 70. Dansac (Dauzac?) Annal. des mal. de l'or. 1893, No. 19, S. 325—333.
- Ref. 71. Levy Journ. am. med. assoc. 1893, 18/XI.
- Notiz. 72.—74. Krause Kurz erwähnt von Bruck, s. u.
- Or. 75.—77. Schmidt, M. Krankh. d. ob. Luftwege, Berlin 1894, S. 481.
- Ref. 78. Paul Liverp. Med.-chir. Journ. 1894, XIV, 260—267.
- Or. 79. Mackay Lancet 1894, 14./IV.
- Ref. C.f.L. 80. Birkett N.-Y. Medical Journ, 17./XI. 1894.
- Ref. 81. Szmulo Medycyna 1894, No. 31. Ref. C. f. L. XI, S. 425.
- Or. 82. Semon III. Lancet, 15./XII. 1894. Proceedings laryng. Society London, 14./III. 1894.
83. Schech Vorliegende Abhandlung.
84. Bergeat Vorliegende Abhandlung.
85. Baurowicz Arch. f. Laryngol. II, 3, S. 409.

b. secundäre Fälle.

α. durch Wucherung:

- Ref. 1. Lücke (cf. Trachea) Arch. f. klin. Chir. VIII, 1871, S. 88.  
Ref. 2. Caselli Bull. delle scienze med. di Bologna 1880.  
Titel. 3. Delafield „Sarcoma of the larynx, pharynx and  
nares; death.“  
Med. Rec. N.-Y. 1876, XI, 412.  
Ref. 4. Heath Med. Times and Gaz. 1879, 13/12.  
(cf. Luftröhre)  
Ref. 5. Gerster Archives of laryngol. I, S. 124.  
Ref. 6. Morgan „Case of glosso-epiglottic sarcoma.“  
Transact. am. lar. soc. N.-Y. 1883, V.  
Or. 7. Lanz (Kocher) Arch. f. Chir. 1892, 44, S. 1.  
Or. 8. Scheier Berl. klin. Wochenschr. 1892, 24.  
Or. 9. Bruck (Krause) Berl. klin. Woch. 1893, 37, S. 690.  
Ref. 10. Mc. Burney Gesellsch. d. pract. Aerzte in N.-Y.,  
Sitzung vom 3. März 1893.

β. durch Verschleppung:

- Or. 11.—12. Eppinger Klebs, Handb. d. pathol. Anatomie,  
(2 Fälle) Heft VII.

c. unsichere Fälle:

- Or. 1.—2. (primär) Fauvel Traité des malad. du larynx 1875,  
(n. eigener Angabe) Fall 131, 267.  
Ref. 3. primär (Reyher) St. Petersb. Med. Wochenschr. 1877,  
(auseinandergehende 17 und 18, ein Fall.  
Referate)  
Ref. 4. (primär) Wagner, Clinton (verschiedene  
microsc. Diagnose) Phil. Med. News 1883.  
Notiz. 5.—6. (primär) Semon Lancet, 15. December 1895.  
(auseinandergehende (Cbl f. Lar. VI (Sammelforschung).  
microsc. Diagnose)  
Ref. 7.—12. (prim.) Massei Sui neoplasmi della laringe, Napoli  
(nach Bruck sämtl. 1885.  
6 Fälle ohne microsc.  
Diagnose)  
Ref. 13. (primär) Stokes Jahresvers. d. Brit. med. assoc. Leeds,  
(microsc. Präparat als 1889, August.  
Mischung von Sarcom  
und Carcinom erklärt)  
Or. 14. (primär) Toeplitz Internat. med. Congress, Berlin 1890,  
(n. eigener Angabe) Band IV.  
Notiz. 15. (prim.) Beschorner Centralbl. f. Lar. V., S. 137, Fall IV  
(atyp. Geschwulst) (Sammelforschung).  
Ref. 16. (primär) Tschudi Wien. klin. Wochenschr. 1894, No. 8.  
(n. eigener Angabe)  
Ref. 17. (sec.) Roquer y Casadesus (ohne mi-  
croscop. Diagnose; sec.  
vom Schlunde aus) Revue de lar. 1892, S. 799.

II. Sarcom der Luftröhre.

a. primäre Fälle:

Or.	1. Schrötter	Wien. med. Jahrb. 1868, 1. Jahresb. d. Clin. f. Laryngosc. 1870. Störk, Handb. 1879 (unter „fibr. Neubildungen“). Zemann, Wiener Presse 1888, 29.
Ref.	2. Derselbe	Lar. Mittheilungen 1875 (und früher).
Or.	3. Meyer-Hüni (und Kaufmann)	Corr.-Blatt schweizer Aerzte 1881, 9, S. 457.
Ref.	4. Johnston und Cotterill	Ed. Med. Journ. XXXI, 12. Juni 1886, S. 1108.
Notiz.	5. Bamberger- Billroth	Zemann-Schrötter, Anzeiger der Gesellsch. d. Aerzte Wiens 1887, 30.
Ref.	6. Chiari-Maydl	Aerztl. Ber. aus d. Privatheilstalt von Dr. Eder 1889.
Or.	7. Koch	Internat. med. Congress, Berlin 1890, IV (nur ein Fall).

b. secundäre Fälle (Vollständigkeit der Liste nicht angestrebt):

Ref.	1. Lücke (cf. Larynx)	Archiv f. klin. Chir. 1871, VIII, S. 88.
Ref.	2. Müller, W.	Jenaische Zeitsch. f. Med. u. Natur- wissenschaft. VI, 1871, S. 456—476.
Ref.	3. Heath (cf. Larynx)	Med. Times and Gaz. 1879, 13/12.
Ref.	4. Rose	Kaufmann, Deutsche Zeitschrift f. Chir. XI, S. 413.
Ref.	5. Miller	„A sarcomatous tumor on the trachea causing death by occluding the oesoph.“ Practitioner, Lancaster 1883, 1, 69.
Ref.	6. Paget	Brit. Med. Journ. 1886, 23. Octbr.
Ref.	7. Schnitzler- v. Frisch	Wiener med. Blätter 1889, S. 359. Wien. med. Wochenschr. 1889, No. 23.
Ref.	8. Paul	Liverp. Med.-chir. Journ. 1894, Jan.
Ref.	9. Huber	Ref. Schmidt, Krankh. der oberen Luftwege.
Or.	10. Spencer	„Sarcoma surrounding trachea and aorta in a dog.“ Transact. path. soc., London 1890/91, LV, S. 537.

Abbildungen:

Kehlkopfbilder und macroscopische Ansichten:

Schwarz.	Türck	Kehlkopfbild.	
„	Balassa	„	ursprünglich. im Recidiv.
„	Navratil	„	
„	Sidlo	„	

Farbig.	Mackenzie 1. Nummer	Kehlkopfbild, Tafel 3 No. 3.
"	3. "	" bei Inspir., Tafel 3 No. 7.
"	"	" bei Phonat., " 3 " 8.
"	"	" nach der Oper. " 3 " 9.
Schwarz.	4. "	" ursprünglich.
"	Fauvel	Geschwulst allein nach der Operation.
"	Schech	Fall 214. Kehlkopfbild.
"	"	" vor der 1. Oper. und
"	"	" nach der Operation.
Farbig.	Burow, laryngosc. Atl.	" vor der 1. Operation.
"	1877, Tafel VIII, 1 u. 2	" gerade vor d. Pharyngotomie.
Schwarz.	Lange	Abbildung der Operationswunde.
"	Butlin	Abbildung des Präparates.
"	Browne, Lennox,	
"	Fall 3	Kehlkopfbild.
"	" 8	Kehlkopfbild mit Carcinom S. 480,
"	" 10	analog dem Sarcomfalle.
"	"	Kehlkopfbild bei der 1. Unters.
"	"	1 Jahr später.
Farbig.	"	Dasselbe in Farben, Taf. 13 No. 91.
"	"	Anatom. Präparat, Taf. 14 No. 120.
"	Schnitzler	Laryngol. Atlas Tafel XXVII, Fig. 5.
Schwarz.	Cohn	Anatom. Präparat.
"	Meyer-Hüni	Geschwulst in situ, schematische
"	"	Profilansicht.
Microscopische Ansichten:		
Schwarz.	v. Balassa	Drei Bilder.
"	Mackenzie 1. Nummer	Tafel 1 No. 7.
"	2. "	" 1 " 6.
"	3. "	im Text.
"	4. "	zwischen Seite 54 und 55.
"	Fauvel	Fall 214 Tafel XVIII.

Aus dem jeweiligen Vermerke kann der Leser ersehen, wie frisch und auch wie kräftig die einzelnen Quellen zu dieser Forschung gesprudelt sind. Bei Zulassung nur der directen Zuflüsse könnte manche Klippe der Unkenntniss nicht tief genug unter Wasser gebracht werden. Sicher ist es mir gelungen, die allermeisten Trübungen und Verunreinigungen fernzuhalten; dieselben zu registriren, habe ich erst später begonnen, kann aber noch immer eine stattliche Reihe von Fällen aufzählen, betreffs welcher die weitere Forschung erspart bleiben darf.

Es sind irrthümlich berichtet:

ein im Schreibfehler existirender weiterer Fall Schrötter (Centralbl. f. Laryngol. VI, S. 137),

in Folge Doppelzählung ein dritter Fall Burow (Eppinger, Klebs' Handbuch der pathol. Anatomie),

ein zweiter Fall Foulis (angeblich aus der Zeit 1880; damals operirte Foulis ein Cancroid),

ein sechster Fall Mackenzie (Transact. path. Society 1870, S. 51), und ein siebenter Fall Fauvel (Op. cit. obs. 3),

welche letztere beiden dadurch zum Citate als Sarcome gelangten, dass die von Ausländern beliebte Anwendung des Adjectives „sarcomateux (ous)“ im allgemeinen Sinne von „fleischähnlich“ irreführend hat. — Umgekehrt ist das Wort „cancer“, welches im Auslande vielfach für fressendes Geschwür im Allgemeinen verwendet wird, gleichbedeutend mit Carcinom aufgefasst und daher beispielsweise der Sarcomfall Hayes' als Epitheliom referirt worden. — Der Fall Clinton Wagner's wird, obwohl der Autor selbst die Unsicherheit der microscopischen Diagnose betont, ad libitum als Sarcom oder als Carcinom aufgeführt. — Der Fall Caselli (Bologna) hat ein eigenthümliches Seitenstück in einem Falle, der von einem Caselli in Paris einige Jahre später veröffentlicht wurde; letztere Veröffentlichung betrifft ebenfalls ein 19jähriges Mädchen, an welchem gleicherweise die Laryngectomie gemacht worden ist, aber wegen Carcinoms (nach Hahn's Liste). Da die Referate über den ersteren Fall im Allgemeinen übereinstimmen, musste ich denselben berücksichtigen, aber wegen der Art der extralaryngealen Ausbreitung trotz Erkrankung des Kehlkopfes in seinen beiden Hälften unter die secundären Fälle verweisen. — Was sonst die Einreihung unter die primären und secundären Fälle anbelangt, so ist wegen der vorgeschritteneren Erkrankung der Lymphdrüsen der Fall Bruck als secundär anzusehen; den Fall Gleitsmann bin ich stark geneigt, wegen der vorangegangenen Excision der Lymphdrüsen in derselben Art zu classificiren. Den Fall Burow I lasse ich unter den primären Fällen, da eine weitere Veröffentlichung fehlt, ob die Blutcyste am Halse mit einem extralaryngealen Sarcom, das jedenfalls weitergewachsen wäre, im Zusammenhange stand; ebenso Rzehazek's Fall, weil ein Durchbruch vom Kehlkopfe nach aussen bei solchem Umfange der Affection des Kehlkopfes wahrscheinlicher ist, als ein Durchbruch in umgekehrtem Sinne, weil ferner nichts von einer Affection der Luftröhre erwähnt ist, welche bei primärer Affection der Schilddrüse neben und vor dem Kehlkopfe erkrankt zu sein pflegt.

Unter die unsicheren Fälle mussten die 6 Beobachtungen Massei's verwiesen werden, weil nach Bruck's Versicherung sie sämmtlich der microscopischen Untersuchung entbehren.

Aus Scheuer's Liste der Luftröhrensarcome ist der zweite Fall Koch's zu streichen; es ist nämlich überhaupt nicht festgestellt, welcher Art diese Geschwulst war. — Johnston und Cotterill's Fall ist irgendwo als derbes Fibrom referirt, entgegen der Diagnose der Beobachter.

Das Lymphosarcom gehörte zwar in den Rahmen des Aufsatzes (trotz Kundrat's Definition), weil die Elemente des L. als nicht sesshafte Bindegewebszellen zu betrachten sind. Ich brauche, nach Störk's Bearbeitung dieser Geschwulstart (Wiener med. Zeitschrift 1894), nur auf dieselbe mich zu beziehen und Störk's Liste durch die Fälle bei Eppinger und Lennox Browne zu verlängern.

Die laryngoscopische Kenntniss der Geschwulst ist dadurch beeinträchtigt, dass besonders seit Ausübung der Laryngectomie über dem chirurgischen Interesse die feinere Beobachtung in den Hintergrund getreten ist. Leider hat die grosse Mehrzahl unserer hervorragenden Fachgenossen uns ihre Beobachtungen bisher vorenthalten, weshalb ich an dieser Stelle um deren Mittheilung bitte.



Meine Liste führt auf:

Kehlkopfsarcom,	primäres . . . .	85 Fälle,
	sec. per contin. .	10 „
	„ metast. . . .	2 „
	unsicheres . . .	17 „
		<u>114 Fälle.</u>
Lufttröhrensarcom,	primäres . . . .	7 Fälle,
	sec. b. Menschen .	9 „
	„ Thiere . . . .	1 „
		<u>17 Fälle.</u>

(Die Fälle Heath, Lücke und Schnitzler-v. Frisch sind sowohl unter den Kehlkopf- als den Lufttröhrensarcomen gezählt).

Es treffen hiernach auf das Jahr etwa zwei Veröffentlichungen primären Kehlkopfsarcoms. — Nachdem die beiden Fälle von Metastase in den Larynx dem pathologischen Institute in Prag allein entstammen, lässt sich ein immerhin nicht seltenes Vorkommen dieser Metastase annehmen.

Die Zahl der Sarcome zu jener der anderen Geschwülste im Kehlkopfe ist ersichtlich aus Schmidt's Tabelle (Krankheiten der oberen Luftwege, S. 480); sie verhalten sich dort wie 3:548. Gegenüber dem Carcinom allein findet sich nach den Aufstellungen von Hahn, Kraus und Schmidt das Sarcom ein Mal auf 17—25 Carcinome, während für den gesammten Körper nach Gurlt's Statistik aus den Wiener Krankenhäusern (Zeitschrift für klinische Chirurgie 1879) das Verhältniss etwa 1:13 ist. — Das primäre Lufttröhrensarcom kam nach Scheuer's Aufstellung relativ viel häufiger, 10 Mal neben 71 anderen Geschwülsten resp. neben 20 Carcinomen vor. Eines der drei von Gurlt erwähnten Lufttröhrensarcome ist mir nicht auffindbar gewesen.

(Fortsetzung folgt.)

## Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

(Fortsetzung zu No. 7.)

### 4) Dennert (Berlin): Zur Prüfung des Tongehörs.

Gegenüber dem Skepticismus, der in letzter Zeit mehr oder weniger der Theorie von v. Helmholtz über das Hören, wie Hand in Hand damit dem diagnostischen Werth der Prüfung des Tongehörs entgegengebracht wird, betont D. die Nothwendigkeit, nach beiden Richtungen hin mit grösster Consequenz weiter zu forschen, so lange nicht die erstere als falsch, die letztere als entbehrlich erwiesen sei. Nach ersterer erklären sich auch heute noch am besten die meisten Beobachtungen am gesunden und kranken Gehörorgan, und in den Tönen hätten wir ein

Hörprüfungsmittel, dessen physikalische Gesetze wir einigermaassen kennen, welche sich nach Qualität, nach Intensität und ganz besonders auch (was D schon bei verschiedenen Gelegenheiten, zuletzt auch auf der I. Versammlung dieser Gesellschaft, betont hat) der Quantität nach beliebig variiren liesse, so, dass es sich auch, ganz abgesehen von jeder Theorie, am zweckmässigsten erweist für die natürlichste Untersuchung der Gehörorgane. Nachdem er die Mängel beleuchtet hat, die der heutigen Methode zur Prüfung des Tongehörs anhaften, sowohl in Bezug auf das tongebende Material und die Fixirung des Normalgehörs, als auch auf die Unsicherheit der Ergebnisse der Prüfung in Folge mangelhafter Beobachtungsgabe von Seiten der zu prüfenden Individuen, in Bezug auf das, was sie hören resp. nicht hören, geht er auf die letztere Fehlerquelle näher ein.

Um sich vor Täuschungen zu bewahren, sei es nothwendig, die Prüfung des Tongehörs so auszuführen, dass sie zu einer objectiven werde. Zu dem Zweck empfiehlt er zwei Wege; einmal die zweckmässige Verwerthung des Schallquantums, die Zahl der Wellen, die im gegebenen Falle zur Wirkung kommen. Bei dem Ausdruck „qualitative Hörprüfung“, wie man ihn häufig lese, handle es sich nicht um das Quantum, sondern um die Intensität des Schalles, die von der Amplitude abhängig sei; diese beiden Momente seien streng von einander zu unterscheiden. Bei gleicher oder nahezu gleicher lebendiger Kraft einer einfachen Schallwellenbewegung entspricht einer grösseren oder kleineren Anzahl von Schallwellen auch eine grössere oder kleinere Wirkungsfähigkeit, und eine kleine Anzahl von Schallwellen mit grosser lebendiger Kraft wird einer grossen Anzahl von Wellen mit kleiner lebendiger Kraft aequivalent sein können in Bezug auf ihre Wirkungsfähigkeit. Mit Hilfe dieser physikalischen Gesetze könne die Hörprüfung so ausgeführt werden, dass sie zu einer objectiven wird, wie D. an einer von ihm angegebenen Methode zeigt. In zweifelhaften Fällen können noch in einer anderen Weise die Ergebnisse der Hörprüfung in Bezug auf ihre Richtigkeit controlirt werden, nämlich so, dass man für die Schallbewegung einer mit einer bestimmten Anfangsamplitude schwingenden Stimmgabel auf zwei verschiedenen Wegen die Hörschwelle bestimmt, einmal nach der Zeit, zweitens nach der Entfernung, in welcher sie unmittelbar nach dem Anschlagen der Stimmgabel gehört wird; die Relation der beiden Wege zu einander diene alsdann zur Controle.

D. sieht in diesen Mittheilungen eine weitere Bestätigung der Theorie von v. Helmholtz, und ist der Ueberzeugung, dass sie sich auch zur Lösung anderer physiologischen und practischen Fragen werde nachweisen lassen. Da die Schallbewegung eine lebendige Kraft ist, kann es nicht ohne Belang sein, ob wir ein mechanisches Hinderniss, wie wir es z. B. bei Veränderungen im Mittelohr beobachten, oder ob nervöse Schwierigkeiten, peripherer oder centraler Natur, zu überwinden sind.

#### Discussion:

Barth (Marburg) erwähnt, in zwei Fällen beobachtet zu haben, dass die Hörfähigkeit für die Klangdauer, im Vergleiche zu der für die Intensität, wesentlich herabgesetzt war. Aehnliche Fälle müssen wohl häufiger vorkommen, doch entgehen dieselben unserer Aufmerksamkeit,

weil wir bis nun für diese geringen Grade der Schwerhörigkeit kein brauchbares Messinstrument haben, und B. glaubt, dass selbst Dennert's Untersuchungsmethode dazu nicht ausreicht. — B. construirte sich deshalb einen Apparat, der die Schwingungen höherer und tieferer Töne, welche das Ohr treffen, zu zählen erlaubt, ohne dass während der Untersuchung zu sehr störende Nebengeräusche erzeugt werden. Der Apparat hat zwei aufeinander gleitende Scheiben mit correspondirenden Abschnitten; eine Scheibe steht fest und auf dieser wird eine ihre Schwingungen selbst registrirende Stimmgabel befestigt. Die Zahl der Schwingungen ist abhängig einerseits von der Grösse der Oeffnungen, andererseits von der Geschwindigkeit, mit der die eine Scheibe über der anderen gleitet, und endlich von der Höhe des Tones.

Dennert erwiedert, schon vor vielen Jahren ähnliche Versuche mit den von Barth erwähnten Scheiben angestellt zu haben, nur hat er dieselben wegen der störenden Nebengeräusche aufgegeben.

5) Lucae (Berlin): Weitere Mittheilungen über die mit der federnden Drucksonde gemachten Erfahrungen.

L. hat in 46 diagnostisch meist zweifelhaften Fällen (Sclerose oder Labyrinthkrankung?), wo therapeutisch nur die Drucksonde angewendet wurde, die Heilresultate mit dem Ausfalle des Rinne'schen Versuches und der Tonprüfung verglichen. Mit einer einzigen Ausnahme kamen ferner nur Fälle in Betracht, in denen die höchsten musikalischen Töne noch verhältnissmässig gut vernommen wurden. Es ergab sich dabei, dass gerade die Fälle mit positivem Rinne (20), mit einer einzigen Ausnahme, sämmtlich sehr gebessert wurden; hieran schliessen sich die ebenfalls deutlich gebesserten Fälle, wo Rinne vor der Behandlung negativ und nach derselben positiv ausfiel (8), während von den übrigen 18 mit constantem negativen Rinne 12 gebessert, 6 gar nicht gebessert wurden.

Die besseren Resultate in den Fällen mit positivem Rinne erklärt L. durch die hier gleichzeitig vorhandene Perception aller musikalischen Töne, und nimmt er an, dass in diesen Fällen wohl vorwiegend eine leichtere Affection im schalleitenden Apparate vorgelegen habe, ohne dass man berechtigt sei, jede Labyrinthkrankung auszuschliessen. Besonders mitgetheilt werden zwei Fälle von unzweifelhaftem Labyrinthleiden, in denen die Drucksonde von entschiedenem Nutzen war. Ein Fall von Falschhören bei einem Musiker und ein Fall von Menière'scher Krankheit, in welchem die einmalige Anwendung der Drucksonde die Schwerhörigkeit auf drei Monate wesentlich besserte. Schliesslich theilt L. einen Fall mit Ausfallen der höchsten musikalischen Töne mit, welcher ein dreijähriges, nach Meningitis vollständig taub gewordenes Mädchen betraf. Als L. dasselbe nach 11 Jahren wiedersah, hatte sich auf dem rechten Ohre das Gehör für die Sprache in geringem Grade wieder eingestellt, dabei wurden von den musikalischen Tönen die tiefsten und tieferen empfindlich stark, die mittelhohen und höheren noch verhältnissmässig gut,  $c^4$  und  $c^5$  dagegen gar nicht gehört. Nach einer kurzen Drucksonde-Behandlung des rechten Ohres kehrte unter gleichzeitiger weiterer Besserung des Sprachverständnisses die Perception von  $c^4$  zurück.

6) Haug (München): Zur Polymyositis infectiosa ex otitide. (Autoreferat.)

H. theilt drei Fälle mit, in denen es sich um Muskelmetastasen, um Abscesse innerhalb der Muskelsubstanz und innerhalb der Fascie, handelt, die im Verlaufe einer vulgären acuten eitrigen Otitis media ohne causalen Nexus mit einer Allgemeininfection sich entwickelt hatten. Es lag keine von Fränkel-Schwabach beobachtete Form der Dermatomyositis vor, sondern reine wirkliche Muskelmetastasen allein.

I. Fall: 27jähriger, bisher immer ohrengesunder kräftiger Mann acquirirt im directen Anschluss an eine unrichtig ausgeführte Nasendouche eine acute eitrige Otitis media, in deren Verlauf sich nach einem leichteren Schüttelfrost erst eine schmerzhaft Schwellung an dem linken Musc. deltoides bis zur Grösse eines Handtellers entwickelt. Wegen Fortdauer des Fiebers, der Schmerzen im Ohre und in der Warzenfortsatzgegend vorgenommene Aufmeisselung war von völlig negativem Resultate. Nach der Operation verschwand die Intumescenz an der Deltoidesregion, doch das Allgemeinbefinden besserte sich nicht; Temperatur Morgens 36,3—36,9°, Abends 38,4—39,6°. Nach einem starken abendlichen Schüttelfrost in der vierten Woche folgte eine Schwellung im oberen Drittel des linken Gastrocnemius, die rasch zu Apfelgrösse geworden; am sechsten Tage Eröffnung des Abscesses, derselbe sitzt innerhalb der Muskelbündel des Gastrocnemius und enthält colossale Mengen von Streptococcen. Trotz der nun eintretenden wesentlichen Besserung des Allgemeinbefindens blieben immer noch abendliche Fiebersteigerungen bis zu 38,5°, bis drei Tage hintereinander Andeutungen von Schüttelfrösten aufgetreten waren, denen je eine schmerzhaft Schwellung in der Gegend des linken Supinator longus des Vorderarmes, des rechten Abductor magnus und des linken Masseter folgten; alle drei verschwanden rasch. In der sechsten Woche völlige Heilung, sowohl des Ohres als auch der Pyämie.

II. Fall: 22jähriger, bisher immer gesunder Mann hat seit zwei Tagen, angeblich in Folge einer Erkältung, eine acute hämorrhagische Media; am vierten Tage, wegen der starken meningealen Erscheinungen, Paracentese. Nach der Paracentese wurden damals (im Jahre 1892<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Haug schiebt hier ein, dass er seit über 1½ Jahren bei der Behandlung der acuten perforativen Media alle Ausspülungen des Gehörganges mit antiseptischen oder physiologischen Lösungen vollständig unterlässt. Die Behandlung besteht lediglich in einer sorgfältigen Trocknung des Gehörganges mittelst steriler Watte, hierauf Einführung eines sterilen Gazestreifens (eventuell Chinolin-Naphtholgazo, da die absolut nicht reizt). Die Trockenlegung wird 1—2 Mal des Tages vorgenommen, wenigstens anfänglich, bei grösserer Menge des Secretes, ebenso werden die durchtränkten Gazestreifen gewechselt. Luftdouche wird innerhalb der ersten 14 Tage überhaupt nicht geübt, und dann höchstens, wenn absolut keine Schmerzempfindung beim leichtesten Valsalva im Ohre auftritt; so lange irgend welche, auch nur leichteste Schmerzen im Ohre vorhanden sind, darf die Luftdouche unter keinen Umständen gehandhabt werden, so wenig, als sie, wenn sich zur Zeit eine acute oder subacute Reizung innerhalb des Nasenrachenraumes vorfindet, genommen werden darf; häufig unterbleibt aber die Luftdouche überhaupt, selbstverständlich wenn keine Tubenverschliessungen statthaben.

Ausspülungen mit verdünntem Ligu. alum. acet. vorgenommen. Anfangs schien die Sache normal verlaufen zu wollen, doch am 19. Tag bekam Pat. plötzlich einen heftigen Schüttelfrost. Die geringer gewordene Secretion hatte plötzlich sistirt, doch nach erneuter Paracentese und Dilatation stellt sich bei Freisein der Regio mastoidea ein neuer abendlicher starker Schüttelfrost ein, welchem hohes Fieber folgt. Am Morgen war das Handgelenk rechts schmerzhaft und geschwollen, was übrigens in kurzer Zeit zurückgeht. Drei Tage darauf wieder Schmerzen im Ohre, denen ein Exsudat in der Gegend der Membr. Shrapnelli zu Grunde lag. Trotz Eröffnung bekam Pat. — am Ohre waren keine Schmerzen mehr da — in der Nacht einen dritten Schüttelfrost, dem Fieber von 39,9° folgte. Am folgenden Tage war im vorderen Drittel des rechten Vorderarmes eine apfelgrosse Stelle schmerzhaft vorgewölbt; innerhalb der nächsten Tage Abscedirung. Bei Eröffnung des Abscesses zeigt sich derselbe in die Muskelbündel eingelagert und bis an die Fascie reichend; im Eiter Streptococcen. Heilung innerhalb der siebenten Woche.

III. Fall: 20jährige Frauensperson erlitt vor vier Tagen eine traumatische Trommelfellruptur links durch Ohrfeige; die Wunde wurde von Pat. durch Oel- und Milcheingiessungen inficirt und es bildete sich in Folge dessen eine acute Mittelohreiterung; im Nasenrachenraume keine Entzündungserscheinungen; Pat. war früher nie ohrenkrank. Sämmtliche Räume des Mittelohrs zeigten sich bald ergriffen, Ende der zweiten Woche treten typische Symptome von Seiten des Warzenfortsatzes auf. Bei der Eröffnung des letzteren zeigt sich ein Empyem desselben, das hauptsächlich das Centrum und eine grosse Spitzenzelle des ausserordentlich pneumatischen Warzenfortsatzes befallen hatte; nach der Operation Verlauf, von Seiten des Ohres, völlig normal. In der siebenten Woche jedoch stellte sich nach abendlichen Schüttelfrösten eine schmerzhaft Intumescenz der linken Fossa supraspinata ein, gleichzeitig mit einer Schwellung in der linken Achselgrube und der Partie neben dem Musc. deltoides. Die erstgenannte Schwellung führte zur Eiterung, bei der Incision fand sich der Abscess in das Muskelgewebe des Musc. supraspinatus eingelagert; die

---

Seit Haug diese „absolut trockene Indifferentbehandlung“ stricte und constant durchgeführt hat, hat er die Beobachtung gemacht, dass nicht nur die mastoidealen Complicationen viel seltener zur Behandlung kamen, sondern auch, was nicht zu unterschätzen ist, dass die Dauer der eitrigen Perforativmedia um beinahe die Hälfte gekürzt wurde; während wir sonst oft 5—6 Wochen brauchten, heilt die Mehrzahl der Fälle in 14 Tagen bis längstens 3 Wochen, dabei mit einer völligen Restitutio ad integrum. Es ist ja auch leicht begreiflich, dass am frühesten die absolute Heilung dann eintreten wird, wenn man Alles vermeidet, was irgendwie schadenbringend wirkt oder neue Infection herbeizuführen im Stande ist, und unter diese Momente gehört die Vornahme der frühzeitigen Luftdouche und die Ausspritzungen, die thatsächlich oft schaden. H. geht so weit, den Patienten während der acutesten Zeit jegliche Luftverdichtung zu verbieten; sie sollen also mit dem Schnäuzen der Nase möglichst vorsichtig sein. (In der Nachmittags-sitzung führt Hessler dieselben Grundsätze bei seinem Vortrage annähernd aus und kommt zu dem gleichen Schlusse.)

Achselgegendsschwellung musste ebenfalls eröffnet werden, hier handelte es sich jedoch lediglich um eine vereiterte Lymphdrüse. Das Infiltrat neben der Deltamuskelgegend verschwand von selbst, behielt aber noch geraume Zeit eine derbe Resistenz und verursachte über einen Monat lang ziemlich anhaltende Schmerzen im Oberarm. — Heilung in der elften Woche; das Ohr war nach der Operation schon in der siebenten Woche völlig geheilt geblieben.

#### Discussion:

Brieger (Breslau) meint, in den Fällen Haug's hätte es sich um metastatische Muskelabscesse gehandelt, wie sie bei Pyämie nicht selten sind; verwechseln könnte man dieselben mit den Fällen von sogenannter Dermatomyositis septica. Dieser Process ist wohl ätiologisch ähnlich der Pyämie, doch pflegt es hier zu keiner wirklichen Abscedirung im Muskel zu kommen, wie dies B. in einem einschlägigen Falle beobachten konnte.

7) Haug: Ueber Bildung hämorrhagischen Exsudates in der Paukenhöhle und im äusseren Gehörgang in Folge einer Pulpitis eines oberen Molarzahnes. (Autoreferat.)

H. berichtet über einen Fall, in welchem ein 36-jähriger Mann plötzlich heftige Zahnschmerzen, deutlich ausgesprochen in den hinteren oberen Molaren, bekommt. Nachdem die Dentalgie etwa acht Stunden mit derselben Heftigkeit fortgedauert hatte, bemerkt Pat. einen ganz schnell eintretenden dumpfen Druck im Ohre, begleitet von einem ziehenden Schmerzgefühl; ebenso war auch die Hörfähigkeit gemindert. Irgend welche Irritation durch den Gehörgang hat nicht stattgefunden, da nichts eingeträufelt oder hineingesteckt wurde; ebenso war auch der Nasenrachenraum intact und liess sich auch keinerlei acute oder chronische Allgemeinerkrankung nachweisen.

Bei der Untersuchung des linken Ohres fand H. eine bohnergrosse typische Blutblase an der unteren vorderen Gehörgangswand; das Trommelfell war leicht geröthet, in der ganzen hinteren Hälfte vorgewölbt und bläulich-roth verfärbt. Die im Ohre bestandenen Schmerzen waren keine wesentlichen; die Hörweite für Flüstersprache auf 0,5 Mtr. herabgesetzt, die Stimmgabeln lateralisiren nach links bei verlängerter Knochenleitung. — Das rechte Ohr war functionell und otoscopisch vollkommen normal.

Die Untersuchung der Zähne ergab den linken oberen vorletzten Molar stark cariös und bei der Besichtigung mittelst Zahnspiegels ausgefüllt von einer dunkelblauen Blutblase. Die leiseste Berührung mit der Sonde, das leiseste Anblasen der Höhlung verursachte den heftigsten Schmerzparoxysmus; es lag hier offenbar eine Pulpitis mit Blutblasenbildung vor.

Therapie: Extraction des Zahnes und einfache Occlusion des Ohres bei Vermeidung jeder Luftverdichtung; innerhalb 9 Tagen bildete sich der Process zurück, am 16. Tage Restitutio ad integrum.

Den Fall hält H. für interessant, weil aus demselben, bei thatsächlichem Fehlen jeder anderen eventuell ätiologisch wirksamen Ursache, hervorgeht, dass ein primär entzündlicher Process an den Zähnen unter Umständen eine acute Ohrreizung, mit nachfolgender

Exsudatbildung hämorrhagischer Natur in der Trommelhöhle und gleichzeitig im Gehörgange hervorzurufen im Stande ist.

8) Kayser (Breslau): Zur Pathologie und Therapie der objectiven Ohrgeräusche.

Die objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräusche sind Gefäss- oder Muskelgeräusche; letztere sind entweder entotisch oder tubaren Ursprungs. Bei den entotischen wird der durch die Muskelcontraction erzeugte Muskelton als tiefer, dumpfer Ton, ähnlich dem ersten Herzton, gehört. Bei den tubaren Geräuschen werden durch den Tensor veli palatini Bedingungen zur Entstehung oder Wahrnehmung eines Geräusches gegeben. Die tonische Contraction des Tensor veli palati erzeugt die sog. Autophonie, welche auch durch Nebencontraction oder Inanitionsatrophie der Tubenwände entstehen kann; es wird hierbei das im Nasenrachenraume bei der Athmung oder beim Sprechen entstehende Geräusch durch die offene Tube dem Ohr zugeleitet und subjectiv oder objectiv als Brausen empfunden. Ein einfaches Mittel, wenigstens symptomatisch, dagegen besteht darin, mittelst Catheters die Tubenöffnung dick mit Vaseline zu bestreichen und dadurch für längere Zeit zu verschliessen. — Clonische Zuckungen des Tensor veli palati erzeugen ein eigenthümliches Knacken oder Knipseu. Die Tubarcrepitation, welche durch Auseinanderreißen der feuchten Tubenwände hervorgebracht (Politzer, Luschka), nach dem Ohre fortgeleitet, wird scheinbar dort entstehend empfunden; zuweilen sieht man zugleich Bewegungen des Gaumensegels, der Pharynxmuskulaturfalten und des Tensor tympani. Die Erkrankung gehört, wie der Tic convulsiv, speciell der Blepharospasmus, in das Gebiet der localisirten Muskelkrämpfe, mit nahen Beziehungen zur Chorea und zur Hysterie. Therapeutisch kommen die mannigfaltigen, bei diesen nervösen Erkrankungen angewendeten Mittel in Betracht. Zuweilen erweist sich Druck auf das Gaumensegel, auf den Proc. mast., auf den Vagus u. dgl. wirksam. Symptomatisch aber sicher wirkend erweist sich die von K. in drei Fällen angewendete mechanische Methode: durch den Catheter in die Tube eine die Wände derselben auseinanderhaltende Sonde einzuführen. Die Sonde muss durch die ganze knorpelige Tube geschoben werden, weil sich der Tensor veli palati längs des ganzen lateralen Tubenknorpels ansetzt. Die Tubarcrepitation sistirt dann sofort, auch wenn der Muskel noch weiter agirt; manchmal ist dieses Verfahren von dauerndem Erfolg, manchmal bedarf es noch psychischer Behandlung. Insbesondere ist es wichtig, dass die Kranken ihre auch willkürlich zu unterdrückenden Bewegungen des Gaumensegels im Spiegel sehen und sie zu unterdrücken lernen.

#### Discussion:

Zaufal (Prag) bemerkt, dass ein ähnliches Geräusch wie beim Abziehen der lateralen Tubenwand von der medialen, auch durch Abziehen der medialen von der lateralen und durch Ankleben der medialen Tubenplatte an die hintere Wand der Rosenmüller'schen Grube und Zurücksinken der medialen Tubenplatte in die Ruhelage mit dem Sinken des weichen Gaumens bei der Phonation und beim Schlingen entstehen kann.

Seit Jahren zieht Z. bei Autophonie und allen Erscheinungen, die

auf krampfartige Zustände der Gaumenmusculatur zurückzuführen sind, die Massage des intrapharyngealen Tubentheils, mit des Ostium und der medialen Tubenplatte, in Verbindung mit der Dehnung der Tubengaumenmusculatur mit dem Finger, mit Erfolg in Anwendung. Der in die Rosenmüller'sche Grube eingeführte und mit einem Kautschukfinger versehene Finger drückt und streckt abwechselnd die mediale Tubenplatte, wird dann in's Tubenostium eingeführt und drückt den Boden des Tubenostium und die laterale Wand nach unten und vorne; schliesslich wird der angrenzende Theil des weichen Gaumens mit dem hakenförmig gebogenen Finger nach unten gezogen.

Sollten alle Mittel erfolglos sein, so wäre die von Z. schon früher vorgeschlagene Tenotomie des *Musc. salpingo-pharyngeus* knapp an seiner Ansatzstelle, an der unteren Ecke der Tubenplatte, wieder aufzunehmen.

Brieger (Breslau) meint, dass die durch Contraction des *Tensor tympani* ausgelösten entotischen Geräusche keine Muskelöne sind, da ihre Intensität dagegen spricht; es ist ja möglich, dass eine einheitliche Ursache vorliegt, welche die Tube eröffnet und ihre Wände von einander abhebt. — In einem Falle B's wurden die hörbaren Geräusche vom *Musc. salpingo-pharyngeus* ausgelöst.

Kayser erinnert in der Erwiderung auf den verschiedenen acustischen Character der verschiedenen Muskelgeräusche, welche man eben beachten muss.

Barth (Marburg) meint, bei Contraction des *Tensor tympani* werden die Trommelfellschwingungen und nicht der Muskelton gehört. — Für eine häufige Ursache zum Offenstehen der Tube und zu der durch dasselbe verursachten Autophonie hält B. die Catarrhe. Durch Catarrhe können nämlich auch die unter der Schleimhaut gelegenen tieferen Gewebe der Tube entzündlich infiltrirt werden, und entsprechend den physikalischen Gesetzen der Druckwirkung wird der Spalt ein, wenn auch verengertes, jedoch offen stehendes Rohr. B. glaubt deshalb, dass man in solchen Fällen zuvörderst den Catarrh zu behandeln hat.

Kretschmann (Magdeburg) erinnert an die hörbaren Geräusche, welche man beim Bougiren, sowohl beim Einführen als auch beim Herausziehen der Bougie aus dem Isthmus, hören kann; dieselben scheinen bedingt zu sein durch Schwankungen in den Druckverhältnissen der Paukenhöhlenluft.

Beckmann (Berlin) äussert sich gegen die von Zaufal empfohlene Tenotomie des *Musc. salpingo-pharyngeus*.

## II. Sitzung Sonnabend, den 1. Juni, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Walb (Bonn).

9) Kretschmann (Magdeburg): Theilweise Plastik der Ohrmuschel.

Die Plastik wurde angewendet bei einem 18jährigen jungen Manne, dessen Ohrmuschel der Sitz eines ausgebreiteten lupösen Processes war, welcher den verschiedensten therapeutischen Eingriffen Trotz geboten hatte. Es wurde die Haut der vorderen Fläche der Ohrmuschel, mit Ausnahme der Concha, und die der ganzen Rückseite, und von der



Retroauriculargegend eine Parthie von 2 Ctm. Breite von dem Knorpel bezugsweise Knochen abpräparirt und verdächtig erscheinene Stellen des Knorpels excidirt. Zur Deckung wurde ein Lappen aus der Haut des Halses genommen, dessen Wurzel in der Gegend des aufsteigenden Unterkieferastes, unterhalb des erst geschaffenen Defectes gelegen war und dieser sorgfältig mit den Defecträndern durch Nähte vereinigt.

Die Halswunde liess sich linear schliessen. Die Heilung verlief glatt. Die Form der Concavität der Ohrmuschel trat klar zu Tage. Leider verstrich der Winkel, in dem die Muschel vom Kopf abstand, nach ungefähr drei Monaten allmählig. In der Halsnarbe entwickelte sich ein Keloid. Ein Recidiv von Lupus — es sind jetzt 1½ Jahre verstrichen — ist nicht wieder aufgetreten.

Lappen aus der Halshaut verwendet K. auch bei retroauriculärer Plastik, zur Bekleidung der unteren Wand des geschaffenen Knochenrichters, und fixirt sie dort mit Stahlzwecken, welche mit einem eigens dazu construirten Instrument in dem Knochen befestigt werden. Eine derartige Fixation ist natürlich nur an der unteren Wand des Knochenrichters statthaft, weil daselbst eine Verletzung edler Organe ausgeschlossen ist.

10) Anton (Prag): Beiträge zur Kenntniss des Jacobson'schen Organes des Erwachsenen. (Autoreferat.)

A.'s Untersuchungen erstreckten sich auf sieben Fälle, und zwar drei Männer im Alter von 35, 44 und 61 Jahren, und vier Weiber im Alter von 23, 50, 55 und 64 Jahren.

Bei drei Fällen war das Jacobson'sche Organ nicht aufzufinden. Obgleich man nun a priori daran denken könnte, dass die so häufig an der Nasenschleimhaut auftretenden Catarrhe eine Verödung des Organes herbeiführen könnten, so kann sich A. dieser Ansicht nicht anschliessen, sondern glaubt vielmehr mit Merkel, dass in den negativen Fällen das Organ überhaupt nicht zur Ausbildung gelangt war. Als Stütze dieser Ansicht hebt A. das Nichtvorkommen oder nur einseitige Vorhandensein des Jacobson'schen Organes bei Neugeborenen und Embryonen, wie dies Merkel und auch A. in je zwei Fällen constatiren konnten, ferner auch das Vorkommen des Organes in stark atrophischer Schleimhaut hervor, wie dies der eine untersuchte Fall zeigte.

Die Form des Jacobson'schen Organes bestand stets aus einer offenen Rinne und einem geschlossenen Canal. Die offene Rinne war entweder breit, muldenförmig, und vertiefte sich nur allmählig, oder sie war schlitz- oder spaltförmig und schloss sich sehr bald. Diese letzteren Verhältnisse lassen es erklärlich erscheinen, weshalb die Mündung der Jacobson'schen Organe beim Erwachsenen macroscopisch selten gesehen werden kann. Der Canal, dessen Querschnitt in den engeren Theilen kreisförmig, in den weiteren längsoval war, bestand bei dem vollständig ausgebildeten Organe aus einer grossen Erweiterung und mehreren kleinen Ausbuchtungen, deren Aneinandergliederung in unregelmässiger Weise durch kürzere oder längere verengte Parthien vermittelt wurde. Die durchschnittliche Länge der offenen Rinne betrug im Mittel 0,46 Mm., die durchschnittliche Länge des Canals 4,19 Mm., das längste Jacobson'sche Organ maass 8,43 Mm., das kürzeste 2,28 Mm.

Der Verlauf des Canals war immer von vorne unten nach rückwärts oben allmählig ansteigend.

Bezüglich des Epithels konnte A. die Angaben Kölliker's bei Embryonen und Merkel's bei Erwachsenen in allen seinen Fällen bestätigen. Es war jedoch der Uebergang des Epithels, sowohl was den Ort, als auch die Art und Weise des Ueberganges betrifft, nicht ganz regelmässig. So kam es vor, dass das Epithel der Rinne sich unverändert bis in den geschlossenen Canal fortsetzte, dann zuerst in der ganzen Peripherie niedriger wurde, und nach dieser Uebergangsstufe im Inneren des Canals die Differenzirung zwischen medialem und lateralem Epithel begann, oder der Uebergang des Epithels der Rinne in das mediale höhere und das laterale niedrige Epithel geschah unvermittelt, und fand dann noch vor Schluss der Rinne oder sofort nach Schluss derselben statt.

Die einmündenden Drüsen zeigten den Bau der acinösen Schleimdrüsen. Die Einmündung war entweder derartig, dass sie im Anfangstheile gleichmässig von allen Seiten her in das Organ einmündeten, während im Endtheile nur die obere und untere Wand Drüsenmündungen zeigte, oder ihre Mündungen waren überhaupt nur auf die obere und untere Wand beschränkt.

Von sonstigen Befunden wäre noch hervorzuheben das regelmässige Vorkommen einer Basalmembran, die in einer Stärke von 0,008 Mm. entweder das ganze Organ umzog, oder nur an einer Seite deutlich ausgesprochen war.

Eine kapselartige Verdickung des das Organ umgebenden Schleimhautgewebes fand sich zwei Mal, und zwar an der lateralen Seite.

Erwähnenswerth ist das spärliche Vorkommen von Kalkconcrementen; sie waren rundlich oder nierenförmig, und lagen mitten im Epithel, sowohl an der medialen als lateralen Wand.

11) Hessler (Halle a. S.): Die Behandlung der acuten Mittelohr- und Warzenfortsatzeiterungen.

Nach den neuesten Lehrbüchern der Ohrenheilkunde wird der Eiter aus Ohr und Warzenfortsatz mechanisch entfernt und desinficirend auf die secernirende Schleimhautfläche eingewirkt. Für die Eiterung im Mittelohr ist nur eine genügend grosse Eröffnung des Trommelfells durch die Paracentese nöthig. Ohrausspülungen entfernen Eiter nicht; Gaze- oder Watteeinlagen verhindern den Abfluss. Am besten ist, das Ohr unverschlossen zu lassen und nach Bedarf mit leichter gewickelten Gaze- oder Watteträgern auszutupfen. Blasen mit dem Ballon, behufs Eiterentleerung aus dem Mittelohr, ist bei genügender Trommelfellöffnung überflüssig, und schädlich bei Rachencatarrhen, adenoiden Vegetationen etc., wegen der Gefahr, Mittelohr und Warzenfortsatz mit fortgeblasener Secretmasse zu inficiren. Rathsam ist die Rachenaffection zu behandeln und das Ohr sich selbst zu überlassen; dasselbe heilt gewöhnlich ganz von selbst aus, mit normalem Gehör. Borsäurepulver ist unnöthig, und nicht ungefährlich auch bei grosser Trommelfellperforation. Eine Selbstinfection des Mittelohres vom Gehörgange aus kommt nur arteficiell zu Stande, wenn beim Ohrausspritzen die Microorganismen des Gehörganges in die Pauke hineingedrückt werden. Die Luftdouche wird nicht zu curativen Zwecken, sondern nur zu diagnostischen verwendet, ob die

Trommelfellöffnung noch genügend weit ist. Tritt Eiter nach derselben aus der Oeffnung heraus, besteht Eiterverhaltung und muss die Paracentese gemacht werden.

Bei der Eiterung im Warzenfortsatz, besonders in jenen Fällen, in denen man spurweise die circumscriphte Entzündung im Knochen verfolgen kann, ist allein die Aufmeisselung indicirt. Warme Priessnitzsche Umschläge werden nur bei einfachen Mittelohr-Warzenfortsatzcatarrhen angewendet; bei Eiterungen nur im Anfang Eisbeutel auf den Warzenfortsatz; Jodanstrich verdirbt das locale Bild der Entzündung und ist seit zehn Jahren nicht mehr angewendet. Die Hauptsache ist auch hier bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, den künstlichen Knochenfistelgang ca. 5—8 Mm. anzulegen, d. h. genügend weit, dass eine Selbstdrainirung der Warzenfortsatz-Mittelohrhöhlen stattfinden kann. In den Gang selbst darf keine Gaze eingelegt werden, dieselbe erleichtert die Drainage nicht, sie verhindert nur den freien Eiterabfluss. Antiseptische Aus- und Durchspülungen sind überflüssig und schädlich, da sie zur Secretion anregen. Am besten ist lose Tamponade mit sterilisirter Gaze; Sublimatgaze macht grauen Wundbelag und hindert die Granulirung. Mit Nachlass der entzündlichen Schwellung in Tuba und Ohr zieht die Luft beim Naseschnauben frei durch die Knochenfistel durch, ohne dass Eiter durchtritt. Patient darf erst am dritten fieberfreien Tage das Bett verlassen, und bei vorhergegangenen pyämischen Temperaturschwankungen muss erst der Puls wieder ganz normal geworden sein. Die Behandlung ist eine rein aseptische, wesentlich vereinfachte, und dabei in den Resultaten vollkommen zufriedenstellend.

#### Discussion:

Panse (Dresden) meint, man soll den Patienten keine Manipulationen überlassen, weil sie nicht aseptisch vorgehen; er legt einen Jodoformgazestreifen in den Gehörgang und lässt das Secret in einen Verband laufen, welchen er nach Nothwendigkeit selbst wechselt.

Barth (Marburg) hält Hessler's An kämpfungen für irrig, denn die erwähnte Behandlungsweise weicht kaum wesentlich von der jetzt meist üblichen ab.

Stacke (Erfurt) erwähnt, seit fünf Jahren immer vollkommen aseptisch zu verfahren. Bei acuten Eiterungen vermeidet St. nicht nur das Spritzen, sondern auch das forcirte Anstupfen; bei profuser Secretion wird der Gazetampon fleissig gewechselt. Nach der Aufmeisselung legt St. grosses Gewicht auf die Tamponade, durch welche das Secret nach aussen geleitet wird. Nach der Hessler'schen Methode verengt sich die Wunde aussen und der Ueberblick in die Tiefe ist erschwert. Ist in der Tiefe Alles in Ordnung, schliesst sich die äussere Wunde nach Weglassung des Tampons sehr schnell.

Leutert (Halle a. S.) erwähnt, dass in der Schwartz'schen Klinik bei acuten Mittelohreiterungen keine Durchspülungen gemacht werden. Für einen principiellen Fehler jedoch hält L., bei acuten Mittelohreiterungen den Gehörgang offen zu lassen. Man soll behufs der Vermeidung einer Secundärinfection Mund, Nase und Nasenrachenraum rein halten, den Luftzutritt im äusseren Gehörgange kann man durch ein Gazebäuschchen rein halten, da letzteres zugleich als Filter dient.

Brieger (Breslau) betont die Schädlichkeit der von Hessler angegebenen Methode, wenn man nämlich die Wunde früher schliessen lässt, ohne der Heilung in der Tiefe sicher zu sein.

Hartmann (Berlin) erwähnt, bei acuten Entzündungen die Luftdouche seit dem seinerzeitigen Vorschlage Lucae's, nicht mehr auszuführen. Bei der Aufmeisselung geht H. aseptisch vor, die septischen Wunden werden möglichst offen behandelt. Die Heilung kann durch lange fortgesetzte Tamponade verlangsamt werden.

Noltenius (Bremen) erwähnt, nach der Aufmeisselung die Knochenwunde von innen nach aussen heilen zu lassen; am besten eignet sich hierfür die Tamponade resp. Bleidrain.

Reinhard (Duisburg) betont, schon bei der letzten Naturforscherversammlung in Wien die Schädlichkeit der Durchspülungen bei acuter Mittelohreiterung erwähnt zu haben.

Walb (Bonn) erwähnt, dass die Schädlichkeit der Luftdouche bei acuten Mittelohreiterungen schon vor sechs Jahren in der Heidelberger Naturforscherversammlung mehrerseits betont wurde.

Hessler bemerkt in seinem Schlussworte, dass die angeführte Behandlungsweise sich nicht auf die acute Mittelohreiterung mitbeziehe, sondern die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei acutem Eryemem desselben betreffe.

(Fortsetzung folgt.)

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Ueber die Anwendung des Vaselinum liquidum bei der Behandlung einiger Mittelohr affectionen.** Von Dr. Ferdinand Alt, Demonstrator an der Klinik Gruber in Wien. (Centralblatt für die gesammte Therapie 1895, Heft VI.)

Im Auftrage seines klinischen Vorstandes hat A. das von Delstanche (Brüssel) zur Injection in die Tube bzw. in die Trommelhöhle empfohlene Vasin. liquidum bei 250 Kranken in systematischer Weise angewendet und hierbei folgende Erfahrungen gesammelt.

Das Vaselinum liquidum sterilisatum ist absolut unschädlich, nie hatte man Gelegenheit, Reizungserscheinungen zu beobachten, die Kranken liessen sich sehr gerne mit diesem Mittel behandeln.

Bei chronischen, veralteten Catarrhen des Mittelohres (catarrhalischer Adhaesivprocess) mit positivem Rinne'schem Versuchen erwies sich das Mittel als sehr zweckmässig und viel empfehlenswerther als der einfache Catheterismus mit Luftpneumonie. Nahezu in allen Fällen von chronischem Catarrh war unter der Vasintherapie eine objectiv nachweisbare, beträchtliche Verbesserung der Hörschärfe zu constatiren, auch bei Patienten, die vorher durch einige Monate den Catheterismus der Tube mit Luftpneumonie an sich vornehmen liessen, ohne dass eine nennenswerthe Verbesserung der Hörschärfe eingetreten wäre. Uebereinstimmend gaben die meisten Kranken an, dass quälende subjective Beschwerden (Ohrensausen, zuweilen auch Schwindel) unter der Vasintherapie sich wesentlich besserten, mitunter auch ganz zurückgingen.

Bei Otitis media plastica (Sclerose) waren nur in vereinzelt Fällen sehr geringe, objectiv nachweisbare Erfolge zu verzeichnen.

Bei exsudativen Catarrhen des Mittelohres leistet die Paracentese mit nachfolgender Luftentreibung so Vorzügliches, dass es wohl schwerlich der Vaseline Therapie gelingen dürfte, einen vollständigen Ersatz für die allerdings in vereinzelt Fällen gefährliche Paracentese darzubieten.

Bei der Otitis media acuta scheint die Vaselinebehandlung nicht indicirt zu sein.

Autoreferat.

---

**Ueber die Trepanation des Warzenfortsatzes.** Von P. T. Sklifosowsky. Separatabdruck aus Bibliothek des Arztes, 1895, No. 1. (Russisch.)

Verf. beschreibt 25 im Moskauer Militärhospital in den Jahren 1893 und 1894 ausgeführte Trepanationen. 17 genasen, 8 starben, davon 5 an Meningitis und Sinusthrombose, 2 an Pyämie, 1 an Pleuropneumonie. Die Otitis war in 17 Fällen eine acute, in 6 subacut, in 2 chronisch. Die Aetiologie blieb meistens unbekannt; in 4 Fällen war ein Faustschlag auf das Ohr notirt, in 2 Fällen Influenza. Die hohe Mortalität (32 pCt.) erklärt sich dadurch, dass in Fällen bei schon ausgeprägter Meningitis, in einem bei bestehender Pyämie operirt wurde, ein vierter Pat. starb an Pleuropneumonie. Indication zur Operation war Osteomyelitis tuberculosa (1 Fall), Mastoiditis acuta (9), Caries proc. mast. (9) ex otitide media purul. chron., heftige Kopfschmerzen und Schmerzen im Warzenfortsatz mit Fieber bei erfolgloser nichtoperativer Behandlung (2) und, als ultimum refugium, bei Pyämie (1) und Meningitis (3).

Zur Diagnose der Erkrankung des proc. mast. benutzte S. folgende Methode. Pat. sitzt mit gesenktem Kopf, den Rücken dem Arzte zukehrend. Es wird nun mit Hammer oder Finger beiderseits der Warzenfortsatz bald leiser, bald stärker percutirt. Dabei ist der Ton der erkrankten Seite meist gedämpft. Bei der Operation kamen folgende unglückliche Zufälle vor: Entblössung der Dura 1 Mal (Tod), Parese des linken Facialis 1 (Tod), Eröffnung der mittleren Schädelgrube 2 (Genesung), Entblössung des Sinus 1 (Genesung), Eröffnung des Sinus 1 (Genesung). Zum Schluss stellt S. einige Sätze auf, die nichts Neues bieten und von denen nur das Postulat erwähnt sei, die Mastoidoperation müsse von jedem Arzte, gleich der Tracheo- und Herniotomie, ausgeführt werden.

Gorodecki.

---

## b) Pharyngo-laryngologische:

**Aus der Gesellschaft russischer Aerzte an der kaiserlich Warschauer Universität.** Sitzung vom 25. Februar 1895. (Russkaja Medicina No. 10, 1895.)

Prof. Tauber demonstirt einen Pat. nach Entfernung eines Tonsillartumors. Pat., 50 Jahre alt, bemerkte seit Langem einen Tumor der rechten Tonsille. Wiederholte Excisionen per os beschleunigten dessen Wachsthum. T. fand einen den ganzen hinteren Theil des Rachens ausfüllenden Tumor. Ein zweiter, dreimal so grosser Tumor in der rechten Regio carotidea. Operation nach Czerny mit Durchsägung des Unterkiefers, provisorischer Carotisligatur und Unterbindung der

Arteria lingual. dextra. Glatte Heilung. Der exstirpirte Tumor erwies sich als Sarcom.

Dr. K. F. Orzel: Zur Chirurgie des Ohres. Eine neue Methode der Arthrotomie und Attico-Arthrotomie, die von O. und Dr. R. Jassinski ausgearbeitet ist. Die Arthrotomie wird so ausgeführt, dass nach dem Hautschnitt 1 Ctm. hinter der Ohrmuschel das Periost gegen den Gehörgang zurückgeschoben wird. Eröffnung des Knochens mittelst Collin'schen Perforateurs mit 1 Ctm. im Durchmesser haltender Krone. Wann dieselbe bis zum Antrum vorgedrungen ist, lässt sich durch die Verminderung der Resistenz bestimmen. Die Attico-Arthrotomie wird folgender Weise ausgeführt: Ablösung des Gehörganges wie bei der Stacke'schen Operation. Eröffnung des Atticus mittelst Collin'schen Perforateurs mit 1 Ctm. breiter Krone, aber ohne Stachel. Der Perforateur wird in den äussern Gehörgang perpendicularär zur Pfeilnaht eingesetzt. In Folge der schiefen Richtung des Gehörganges wird hauptsächlich die hintere obere Wand perforirt. Nach der Perforation wird die Krone des Perforateurs ein zweites Mal so auf die Aussenfläche der Proc. mast. aufgesetzt, dass ein Viertel derselben in's Bereich der ersten Perforation fällt. Fixation der Krone mittelst eines Drahttringes mit aus demselben Draht gedrehten Handhaben. Gorodecki.

---

**Ueber die Natur der Basedow'schen Krankheit.** (De la nature de la maladie de Basedow.) Von Dr. P. Marie. (Bulletin de la société médicale des hôpitaux, Februar 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Symptome entstehen durch die sogenannte Hyperthyroiditis, d. h. durch die Hypertrophie der Glandula thyroidea; daher die Idee, die Drüsen zu entfernen. Verf. hat diesen Einfluss der Hypertrophie auf den Verlauf der Krankheit nachgewiesen und erklärt dabei die Unwirksamkeit der Zufuhr von Thyroidextract. Dr. P. K.

---

**Morbus Basedowi bei einem 12jährigen Mädchen.** (Goitre exoptalmique chez une fillette de douze ans.) Von Dr. Kronthal. (Bull. médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Seltene Fälle, von denen Verf. nur 25, meist aus der deutschen Literatur, sammeln konnte. Bei Kindern ist die Prognose gut, das weibliche Geschlecht ist vorwiegend afficirt; die Mutter des betreffenden Kindes wurde mit derselben Krankheit behaftet, welches Factum mit der von den Autoren längst constatirten Erblichkeit übereinstimmt.

Dr. P. K.

---

**Allgemeine Psoriasis durch Thyroidin geheilt.** (Psoriasis généralisé guéri par la thyroïdine.) Von Dr. A. Wilson. (Société clinique de Londres, séance du 8 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Die Psoriasis hatte sogar die Kopfhaut ergriffen und die Haare waren ausgefallen. In drei Monaten Zeit war die Psoriasis mittelst Thyroidin, welches drei Mal täglich in der Dosis von einem Gramm gegeben wurde, geheilt. Die Haut wurde normal und die Haare stossen von Neuem. Dr. P. K.

**Speichelstein.** (Lancet, 16. Januar 1895.)

In der Plymouth medical society zeigte Brenton einen Speichelstein von der Grösse einer Erbse, den er aus dem Ausführungsgang der linken sublingualen Drüse entfernt hatte.  
M. Schm.

**Ueber das Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus bei von Diphtheritis geheilten Kindern.** (Sur la persistance du bacille de Loeffler chez les enfants guéris de la diphthérie.) Von Dr. Netter. (Société médicale des hôpitaux, séance du 15 Février 1895 und Semaine médicale No. 10, 1895.)

Es ist allgemein bekannt, dass Leute, welche kein Symptom von Diphtheritis zeigen, im Nasenrachenraum noch Löffler'sche Bacillen haben können. Im Spital von Aubervilliers entstand eine Diphtheritis-epidemie durch ein krankes Kind, welches aus den Enfants malades von Paris ohne Symptome von Diphtheritis gekommen war. Verf. erzählt zwei neue Beispiele von Fortbestehen der Bacillen bei geheimer Angina: Ein seit sieben Monaten geheilter Patient zeigte noch Bacillen im Nasenrachenraum; er steckte drei gesunde Menschen mit Diphtheritis an, wovon einer starb; es unterliegt also keinem Zweifel, dass der Bacillus seine Giftigkeit nicht eingebüsst hatte; in dem zweiten Falle konnte nach einer leichten geheilten Angina noch nach zwei Wochen der Bacillus im Munde nachgewiesen werden. Diese Fälle beweisen auf's Neue, dass von Diphtheritis geheilte Patienten so lange isolirt bleiben müssen, bis die bacteriologische Untersuchung keine Bacillen mehr ergibt.

Dr. P. K.

**Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus.**

Von Dr. H. Suchanek, Privatdocenten in Zürich. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, herausgegeben von Dr. Maximilian Bresgen in Frankfurt a. M. Heft I.)

Die häufigste und am leichtesten kontrollirbare Eingangspforte für das Contagium animatum befindet sich an den Gaumentonsillen und an den benachbarten Gegenden der Zungenmandel. Hodenpyl hat die Behauptung aufgestellt, dass von den Gaumentonsillen keine Resorption gelöster oder corpusculärer Elemente erfolge. S. sah, dass Cocainisirung der Mandeln prompt möglich war und dass organische oder corpusculäre Elemente, speciell Bacterien, von den Gaumentonsillen leicht und sicher aufgenommen wurden, auch wenn keine Zerstörung des Epithels vorhanden war. Bei jeder Schlingbewegung wird der Inhalt des Mundsecretes innig mit der Mandeloberfläche in Berührung gebracht und differente Stoffe werden durch den bei jedem Schlingacte auftretenden negativen Druck förmlich in die Crypten angesogen. In den Crypten kann das Wachstum der Bacterien ebenso gut, wie im Brutschranke von Statten gehen. Hat eine Infection der Tonsillen, beispielsweise mit Streptococcen, stattgefunden, so dringen die Microben in die Tiefe, bilden als Colonien keilförmige Herde und gelangen durch Arrosion der Lymph- und Blutgefässe in die Circulation. Die entstehende Thrombophlebitis wird der Anlass zu Embolien und Metastasen in den verschiedensten Organen. Auch die Gelenke erkranken sehr häufig metastatisch. Die

Synovialis der Gelenke ist durch ihren histologischen Bau sehr befähigt zum Austausch flüssiger Stoffwechselproducte zwischen dem Gesamtorganismus und der Gelenkhöhle. Noch nicht sicher erwiesen ist, ob neben den embolischen Processen durch Microben auch secretorische Prozesse, die die Bacterien auf dem Wege der Lymphbahn in's Gelenk dringen lassen, eine Rolle spielen. Wahrscheinlich brauchen die Microben gar nicht in das Gelenk einzubrechen, es genügt ihre unmittelbare Nachbarschaft mit dem Gelenke zur Erzeugung von Exsudaten.

S. citirt nun eine grosse Reihe von Autoren, welche Beziehungen zwischen Angina und Arthritis acuta beobachtet haben, er selbst sah in Danzig unter dem Proletariat den besprochenen Zusammenhang häufig.

Eine Erkältung hat nur die Rolle der Vermittlerin bei der Entstehung der Angina, die auf der hyperämischen Schleimhaut ein leichteres Haften der Microben ermöglicht. Als solche werden für die Angina von Autoren angegeben: Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcen und der Löffler'sche Bacillus. Auch die phlegmonöse Angina kann durch pyogene Bacterien erzeugt werden.

Beim acuten Gelenkrheumatismus züchtete man aus dem Gelenksinhalt: Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcus Fränkel und Leyden's Diplococcus tenuis.

Der acute multiple Gelenkrheumatismus ist ein infectiöses, ätiologisch nicht conformes Leiden, das in der Form einer abgeschwächten Pyämie verlaufen kann. Die Infection setzt in einer grossen Reihe von Fällen am Waldeyer'schen Rachenringe, speciell an den Gaumentonsillen an.

Diese Einsicht legt dem practischen Arzte die Pflicht auf, bei seiner Clientel der Hygiene des Mundrachens alle Sorgfalt zu widmen.

Dr. Alt.

---

#### **Arthritis deformans des Larynx.** (Arthrite déformante du larynx.)

Von Dr. Casselberry. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Eine 58jähr. Frau zeigte die sehr behinderte Abduction der Stimmbänder mit ihren gefährlichen klinischen Symptomen. Als die Tracheotomie beschlossen war, kam plötzliche Besserung, so dass die Operation umgangen werden konnte. Das Laryngoscop zeigte aber noch immer Ankylose der Cricoarytenoidalgelenke, welche Ankylose beim tiefsten Inspirium nur den sechsten Theil der gewöhnlichen erweiterten Glottis erlaubte; dieser Zustand blieb chronisch, es zeigte sich von Zeit zu Zeit eine acute Verschlimmerung, welche dann wieder verschwand, um in den früheren chronischen pathologischen Zustand wieder zurückzukehren.

Dr. P. K.

---

#### **Intubation bei subglottischem Oedem.** (De l'intubation dans l'oedème sousglottique.) Von Dr. Chiari. (Société impériroyale des médecins de Vienne und Semaine médicale No. 62, 1894.)

Bei einer 46jährigen Frau bestand Larynxstenose wegen Catarrh unterhalb der Stimmbänder; bei gefährdrohender Dyspnoe führte Verf. Anfangs No. 4, dann No. 6 der O'Dwyer'schen Röhren ein, welche halfen.

Dr. P. K.



**Epiglottiscyste.** (Cas de kyste de l'épiglotte.) Von Dr. Ch. Knight. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Patient wurde auf Larynxcarcinom behandelt. Es war eine Epiglottiscyste, welche am linken Rande aufsass und den Larynxeingang bedeckte. Keine Schlingbeschwerden, kein Schmerz, keine Dyspnoe. Entfernung mittelst der kalten Schlinge nach vorheriger Cocainisirung. Heilung in zwei Wochen.  
Dr. P. K.

**Zwei weitere Fälle von Kehlkopflepra.** Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 250, 1894.)

Den neun im I. Hefte des II. Bandes vom Arch. f. Laryngol. etc. beschriebenen Fällen reiht B. zwei weitere an, welche neuerdings im Riga'schen Leprosorium zur Section gelangten. Sie bieten im Allgemeinen ähnliche Verhältnisse dar, wie die früher mitgetheilten. Im ersten Falle ist das Verhalten der Chordae vocales spuriae und verae besonders bemerkenswerth, während im zweiten die Epiglottis das wesentlichste Interesse in Anspruch nimmt.  
Beschorner.

**Bemerkung zu einem Falle von tabetischer Kehlkopflähmung.** (Note sur un cas de paralysie laryngée tabétique.) Von Dr. Mendel. (Arch. internat. de Laryngol. etc, Bd. VIII, No. 1, Jan./Febr. 1895.)

Einschlägiger Fall, einen 44jährigen Bildhauer betreffend, welcher M. zu folgenden Schlüssen führt: 1) Die tabetische Lähmung kann zurückgehen; 2) wie die Augenlähmung bei Tabes, kann die Larynxlähmung ihre Natur wechseln, d. h. die Störung kann von einem Nervenast auf einen anderen übergehen.  
Beschorner.

**Fremdkörper (Hammelnknochen) im Larynx; Tracheotomie.** (Corps étranger (os de mouton) implanté dans le larynx; trachéotomie.) Von Dr. Bouan. (Lyon médical und Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Ein 13jähriges Kind bekam beim Essen von Hammelfleisch einen Knochen in den Larynx, welcher Knochen senkrecht zu stehen kam, dem linken Stimmbande zugewandt. Entfernung des Fremdkörpers durch Tracheotomie. Referent erinnert dabei an seine bei einer ganz ähnlichen Gelegenheit ausgesprochene Behauptung, dass von allen Larynxfremdkörpern die Knochen die häufigsten bilden und dass von allen diesen Knochen die Hammelnknochen merkwürdiger Weise wieder die häufigsten sind.  
Dr. P. K.

**Sieben Fälle von günstig verlaufener resp. gehellter Kehlkopfschwindsucht.** Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (Arch. für Laryngologie etc., Bd. II, Heft 2, pag. 153, 1894.)

Bei Kräftigung der Körperconstitution und des Allgemeinzustandes, sowie Ruhigstellung des leidenden Organes durch andauerndes und gewissenhaftes Schweigen von Seite des Patienten, Momenten, welche als allgemein grundlegende Bedingungen für einen günstigen Verlauf der

Kehlkopffactionen der Phthisiker anzusehen sind, trat in genannten Fällen die hervorragende Leistungsfähigkeit der in geeigneter Weise local angewandten Milchsäure, des Jodoforms und des Jodols mit grosser Evidenz zu Tage. Beschorner.

---

**Die Behandlung der Larynx tuberculose mit Creosot und submucösen Injectionen desselben Mittels.** (The treatment of laryngeal tuberculosis by the application and submucous injection of creosote.) Von Dr. W. C. Chappell, New-York. (New-York Medical Journal, 30. März 1895.)

Ch. hat mehrere Fälle von Larynx tuberculose mit Creosot innerlich, mit Sprays und auch submucösen Injectionen mit gutem Erfolg behandelt. Er gebraucht Creosot in öligen Lösungen, für Spray eine, für Injectionen zwei Drachmen zur Unze, und hat für letztere eine durch eine Feder wirkende, automatische Spritze angegeben, mit welcher er  $\frac{1}{2}$ —1 Tropfen der Lösung einspritzt.

Die ausführlich gegebenen sieben Krankengeschichten weisen alle beträchtliche Besserung der objectiven und subjectiven Symptome auf, doch ist die seit der Behandlung verflossene Zeit zu kurz, um ein positives Urtheil über das definitive Resultat zu erlauben. G—n.

---

**Primäre Larynx tuberculose, durch Belschlaf entstanden.** (Tuberculose laryngée primitive par cohabitation.) Von Dr. Cadier. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 10, 1894.)

Auf 100 Fälle dieser Art gestützt, kommt Verf. zu folgendem Schluss: Das Leiden entsteht immer an den obersten Grenzen des Larynx (falsche Stimmbänder, obere Fläche der wahren Stimmbänder, Interarytenoidalraum) und bleibt sehr lange dort localisirt; während dieser Periode kann eine genaue laryngoscopische Untersuchung das Leiden erkennen und auch dann mit Erfolg local behandeln durch Inhalationen, Fumigationen, Cauterisationen. besonders Creosotvaselin (1 zu 20 zu 15 oder zu 10); je eher man behandelt, desto wahrscheinlicher ist der Erfolg.

Dr. P. K.

**Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige.** Von Dr. A. Sokolowski, Primararzt am Heil. Geist-Hospit. in Warschau. (Arch. für Laryngol. u. Rhinol., Bd. I, Heft 1, p. 81.)

Ausführliche Mittheilung eines seltenen Falles ungemein langsam (ca. 8 Jahre) fortschreitenden primären Kehlkopf-Adeno-Carcinoms bei einem in der Mitte der 60er Jahre stehenden Manne. Mehrfache Operation auf natürlichem Wege, schliesslich Laryngofission und Excision der Neubildung zugleich mit den Nachbartheilen. Heilung. Nach 6 Monaten kein Recidiv. Allgemeinzustand ziemlich gut. — Anfangs (d. h. 5 Jahre zuvor) war macroscopisch die Diagnose auf Fibrom gestellt worden. — S. betont die Nothwendigkeit peinlichster microscopischer Untersuchung aller excidirten Larynxneubildungen, selbst wenn dieselben klinisch alle Kennzeichen eines gutartigen Processes haben, und

glaubt, dass man sich auf diese Art manche spätere unangenehme Ueberraschungen erspart. Man würde dann auch öfter auf, dem vorstehenden analoge, Fälle stossen, und vielleicht auch häufiger die anscheinend so seltenen Adenome finden, sowie ihre eigentliche Natur in's rechte Licht zu setzen im Stande sein.

Beschorner.

---

**Chirurgische Behandlung der Kröpfe durch Exothyropexie.** (Traitement chirurgical des goitres par l'exothyropexie.) Von Dr. Poncet und Dr. Jaboulay. (Gazette des hôpitaux, Februar 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Operation besteht darin, dass man den Kropf nach aussen bringt, denselben befestigt und zur Atrophie bringt. Die Operation macht sich rasch und ist gefahrlos (?). Verf. haben 14 günstig verlaufende Fälle beobachtet. Nachdem der Kropf der Luft ausgesetzt ist, bildet sich eine reichliche Secretion, welche von den Thyroidalzellen auszugehen scheint, die Drüse wird schwärzlich, die Venen turgesciren; den Tag nachher werden die Venen kleiner, es bildet sich Thrombose und die Atrophie beginnt; Granulationen bilden sich von der Haut zur Drüse und die Wunde heilt sehr langsam; der Kropf bildet nun Knoten oder es entstehen Cysten. Das Allgemeinbefinden der Patientin bessert sich auffallend. Die Operation ist an allen Sorten von Kröpfen anwendbar.

Dr. P. K.

---

**Perichondritis arythanoidea nach Typhus; doppelseitige Ankylose der Cricoarythanoidealgenke; Larynxstenose.** (Péricondrite arythénoïdienne suite de fièvre typhoïde; Ankylose cricoarythénoïdienne double; sténose du larynx.) Von Dr. Vargniaud. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 23, 1894.)

Ein 20jähriger Matrose machte einen gewöhnlichen Typhus durch und bekam nachher die Symptome des Laryngotyphus; man wartete zu lange, bevor man die Tracheotomie ausführte. Verf. kommt zu folgendem Schluss: man soll bei Zeiten operiren.

Dr. P. K.

---

**Ein Fall ausgedehnten geschwürigen Verlustes der hinteren Trachealwand mit Perforation in den Oesophagus und dabei ausbleibender Schluckpneumonie.** Von Dr. S. Moritz in Manchester. (Archiv für Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 225, 1894.)

Wahrscheinlich handelte es sich bei der 36 Jahre alten Patientin, welche einmal im sechsten Monate abortirte und einmal ein reifes Kind todt geboren hatte, trotz Abwesenheit sonstiger Spuren syphilitischer Erkrankung, um einen syphilitischen Process, und wahrscheinlich begann derselbe in der Trachea, perforirte in den Oesophagus und erodirte die Vorderflächen zweier Wirbel. Auffallend ist einmal die bei syphilitischen Geschwüren seltene Perforation der Trachea und dann, dass trotz der, nach jedem Trunke stürmisch auftretenden Hustenerscheinungen, wobei die getrunkene Flüssigkeit wieder heraufgebracht wurde, keine Schluckpneumonie auftrat, wie sich sowohl bei der physicalischen als auch pathologischen Untersuchung erwies.

Beschorner.

**Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma.** Von Dr. M. Grossmann in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 2, pag. 254, 1894.)

Ein Fall, einen Eisenbahn-Conducteur betreffend, der an immer wiederkehrenden Erstickungszufällen mit darauf folgender bald länger, bald kürzer andauernder (linksseitiger) Stimmbandlähmung litt und bei dem nach und nach die Symptome eines Aneurysma's der Aorta mit immer zunehmender Deutlichkeit auftraten, sowie weitere ähnliche Fälle eigener und der Beobachtung Anderer bringen G. zu folgenden Schlüssen: Der Laryngospasmus wird im Beginne eines in der Nähe des N. recurr. laryngis sich entwickelnden Aneurysma kaum je fehlen und es werden demnach periodisch wiederkehrende, auf Glottiskrampf beruhende Erstickungsanfälle, insbesondere wenn für den Anfall keine andere Ursache nachzuweisen ist, selbst dann den Verdacht auf ein in Entwicklung begriffenes Aneurysma in der Nähe der Nn. recurrentes laryngis erwecken, wenn für diese Annahme durch Percussion und Auscultation noch keine weitere Unterstützung aufgefunden werden kann; ebenso darf man eine mit einem Erstickungsanfall eingeleitete und in relativ kurzer Zeit wieder verschwindende Stimmbandlähmung — nachdem etwas Aehnliches bisher bei keiner anderen Krankheitsform beobachtet wurde — mit grosser Wahrscheinlichkeit als einen charakteristischen Vorboten eines in der Nähe der Kehlkopfnerven sich entwickelnden Aneurysma's betrachten.

Beschorner.

---

**Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Trachealstenose.** (Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des sténoses intratrachéales.) Von Dr. A. Strazza. (Arch. ital. di laringologia und Revue de laryngol. et d'otologie No. 23, 1894.)

Eine 21jähr. Frau zeigte Trachealstenose bei unversehitem Larynx. Patientin verweigerte die Tracheotomie, so dass ein Theil der die Trachea ausfüllenden Neubildung mit der Schrötter'schen Zange entfernt und die Intubation angewandt wurde. Dies gelang bis zu einem gewissen Grade; die histologische Untersuchung ergab Pachydermie der Trachea, sowie selbe für den Larynx von Virchow beschrieben worden ist.

Dr. P. K.

---

**Experimente über das Eindringen von Fremdkörpern in das interstitielle Lungengewebe bei Ertrunkenen.** (Expériences sur la pénétration de corps étrangers dans le tissu des poumons des noyés.) Von Dr. Malvoz. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 1, 1895.)

Man soll dieser Experimente sich erinnern, wenn es sich darum handelt, den Tod durch Ertrinken festzustellen. Das Eindringen fremder Körper in das interstitielle Lungengewebe ist fast sicheres Zeichen, dass die Leiche lebend in's Wasser gekommen ist. Andererseits aber ist das Fehlen dieses Symptoms kein Beweis, dass die Leiche todt in's Wasser gekommen.

Dr. P. K.

**Ueber den Werth von Metallspiegeln.** (Note sur la valeur des miroirs métalliques.) Von Dr. Ziem in Danzig. (Arch. internat. de laryngolog. etc., Bd. VII, No. 5. Septbr./Octbr. 1894.)

Z. empfiehlt vernickelte Metallspiegel, vornehmlich wegen der leichten Möglichkeit, dieselben durch Auskochen in Sodalösung gründlich desinficiren zu können.  
Beschorner.

## Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck.

Für die Abtheilung Ohrenheilkunde hat Herr Dr. Karuz die Stelle des Einführenden und Herr Dr. Löwenthal die Stelle des Schriftführers übernommen. Vorträge sind angemeldet von Prof. Siebenmann (Basel), Dr. Gomperz (Wien), Prof. Körner (Rostock), Dr. Treitel (Berlin), Dr. Brieger (Breslau), Dr. Fischenich (Wiesbaden) und Prof. Steinbrügge (Giessen).

### Berichtigung.

In No. 7 dieser Monatschrift soll es S. 240, zweite Zeile von unten, statt „Abschnürung“ heissen „Abschrägung“.

### INHALT.

1. Originalien: **Kayser:** Bericht über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. — **Stiel:** Ein Fall von Labyrinthentzündung bei Luus hereditaria tarda. — **Bergeat:** Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre. — **Szenes:** Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895 (Fortsetzung). — II. Referate: a) **Otologische:** **Alt:** Ueber die Anwendung des Vaselinum liquidum bei der Behandlung einiger Mittelohraffectionen. — **Sklifosowsky:** Ueber die Trepanation des Warzenfortsatzes. — b) **Pharyngo-laryngologische:** Aus der Gesellschaft russischer Aerzte an der kaiserlich Warschauer Universität. — **Marie:** Ueber die Natur der Basedow'schen Krankheit. — **Kronthal:** Morbus Basedowii bei einem 12jährigen Mädchen. — **Wilson:** Allgemeine Psoriasis durch Thyroidin geheilt. — **Brenton:** Speichelstein. — **Netter:** Ueber das Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus bei von Diphtheritis geheilten Kindern. — **Suchannek:** Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus. — **Casselberry:** Arthritis deformans des Larynx. — **Chiari:** Intubation bei subglottischem Oedem. — **Knight:** Epiglottiscyste. — **Bergengrün:** Zwei weitere Fälle von Kehlkopfepitheloma. — **Mendel:** Bemerkung zu einem Falle von tabetischer Kehlkopflähmung. — **Bouan:** Fremdkörper (Hammelnknochen) im Larynx; Tracheotomie. — **Bergengrün:** Sieben Fälle von günstig verlaufener resp. geheimer Kehlkopfschwindsucht. — **Chappell:** Die Behandlung der Larynx tuberculose mit Creosot und subcutanen Injections desselben Mittels. — **Cadier:** Primäre Larynx tuberculose, durch Beischlaf entstanden. — **Sokolowski:** Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige. — **Poncet** und **Jaboulay:** Chirurgische Behandlung der Kröpfe durch Exothyopexie. — **Vargniaud:** Perichondritis arytaenoidea nach Typhus; doppelseitige Ankylose der Cricoarytaenoidalgeelenke; Larynxstenose. — **Moritz:** Ein Fall ausgedehnter geschwüriger Verluste der hinteren Trachealwand mit Perforation in den Oesophagus und dabei ausbleibender Schluckpneumonie. — **Grossmann:** Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma. — **Strazza:** Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Trachealstenose. — **Malvoz:** Experimente über das Eindringen von Fremdkörpern in das interstitielle Lungengewebe bei Ertrunkenen. — **Ziem:** Ueber den Werth von Metallspiegeln. — Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck. — Berichtigung.

**Alle** für die Monatschrift bestimmten **Beiträge** und **Referate** sowie alle **Drukschriften** **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 honoriert 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. B. Voltolini und  
weill. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (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. Onedi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapiringer (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 abonniert auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

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

Jahrg. XXIX.

Berlin, September 1895.

No. 9.

## I. Originalien.

### Beitrag zur Anatomie des Schläfebeines.

Von

Prof. E. Zuckerkandl.

Die folgenden Zeilen enthalten die Beschreibung eines Falles, in welchem beiderseits die Schuppentheile des Schläfebeines sich durch eigenthümliche Bildungen auszeichnen. Ich beginne mit der Schilderung

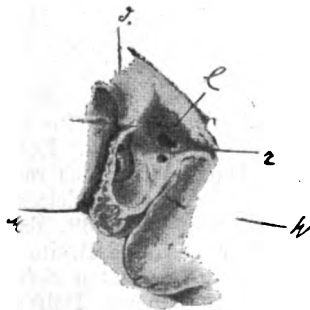


Fig. 1.

des rechten Os temporale, an welchem die Anomalie einen einfacheren Character als auf der Gegenseite zeigt. Es zeigt sich an demselben in der äusseren Hälfte des Meatus auditorius externus, und zwar gerade an der Uebergangsstelle der hinteren Wand in die obere, eine etwa hanfkorn-grosse Lücke (Fig. 1 l), welche den Gang mit dem Recessus epitympanicus in Communication setzt. Unter dieser grösseren Oeffnung findet sich noch eine zweite, kleinere, welche gleichfalls in den genannten Recessus mündet.

Von der grossen Lücke führt eine breite, tiefe Rinne (Fig. 1 r) nach aussen, die den lateralen Rand des Meatus auditorius externus einschneidet. Die Umgebung der Rinne ist wohl glatt, aber gewulstet.

Die beiden beschriebenen Lücken gehören in die Gruppe der angeborenen Spalten im äusseren Gehörgange, über welche ich vor Jahren in dieser Monatsschrift berichtet habe.

Während linkerseits die eigentliche Schuppe des Schläfebeines sich normal verhält, hat die der rechten Seite (Fig. 2) nachstehende Ver-

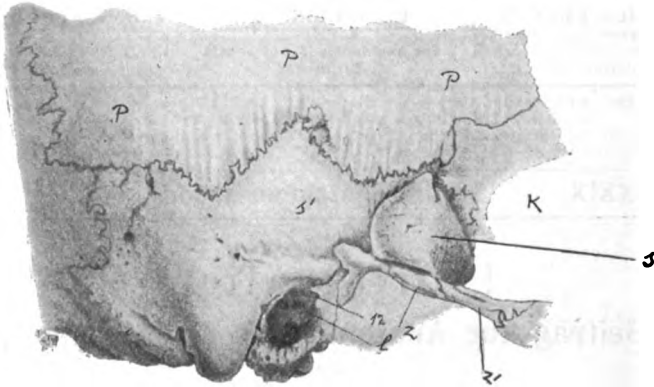


Fig. 2.

änderungen erfahren: Dieselbe ist wesentlich verkleinert, und zwar im Höhendurchmesser. Die Schuppe der linken Seite misst in der

Mitte 32,

über dem Jochfortsatze 35 Mm.,

während die gleichen Maasse der rechten Seite 14 bzw. 19 Mm. ergeben. Dabei verläuft die Contur der Schuppe nicht im einfachen Bogen, sondern besitzt einen tiefen Einschnitt an Stelle der geringsten Höhe, durch welche die Squama in zwei Abtheilungen: eine vordere kleinere (Fig. 2 s) und eine hintere grössere (Fig. 2 s') zerfällt. Entsprechend der Schuppenverkürzung ist der frontale Durchmesser des rechten Scheitelbeines entsprechend vergrössert. Das rechte Os parietale hat an Stelle der Verkürzung eine Breite (Bogenmaass) von 138, das linke Scheitelbein dagegen an der entsprechenden Stelle eine Breite von nur 120 Mm.

Interessant an der verkürzten rechten Schläfebeinschuppe ist nun, dass dieselbe an der vorderen kleineren Hälfte (Fig. 2 n, 3 s) in zwei Knochenblätter gespalten ist: ein mediales, welches mit der hinteren

Schuppenhälfte einen Körper bildet, und in ein laterales, dickeres, das, einfach dem medialen Blatte aufliegend, mit demselben einen engen Spalt begrenzt, welcher offenbar im nicht macerirten Zustande, gleich den Nähten, Bindegewebe enthielt. Das bezeichnete Knochenblatt lässt sich von dem Mutterknochen nicht ganz abheben, weil es mit der Wurzel

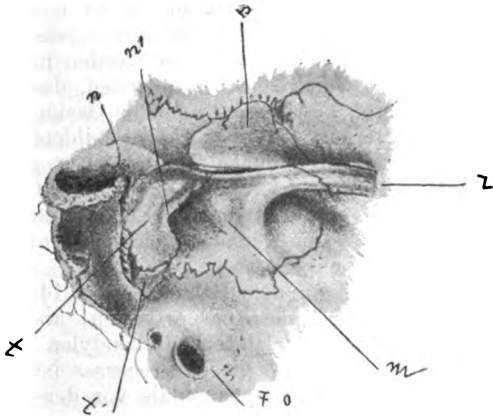


Fig. 3.

des Jochfortsatzes und tiefer unten mit dem horizontalen Abschnitte der Schuppe verwachsen ist. Soweit es frei ist, begrenzt es sich durch einen glatten beziehungsweise gezackten (basalwärts) Rand.

In ähnlicher Weise verhält sich das Tuberculum articulare posticum<sup>1)</sup> und ein anschliessendes Stück der Fossa mandibularis, deren Rindenschichte durch zackige Nähte an der oberen Gehörgangswand (Fig. 2 und Fig. 3<sup>12)</sup> in der Gelenkgrube (Fig. 3<sup>11)</sup>) nur durch einen Spalt gegen die Schuppe sich begrenzt. Eine kleine mediale Portion (Fig. 3 t) des auf diese Weise umschriebenen Knochenstückes ist durch eine kurze Naht von der lateralen getrennt. Von der vorderen Begrenzungsnaht derselben greift überdies ein sagittaler Schenkel auf die Fossa mandibularis über, die im Gegensatze zu jener der Gegenseite wesentlich verkleinert und abgeflacht erscheint. Diese Abflachung greift unmittelbar auf die Wurzel des Jochfortsatzes über, so dass von einem Tuberculum articulare anticum nichts zu bemerken ist. Entsprechend diesem Verhalten ist der rechte Gelenkkopf des Unterkiefers kleiner als der linke.

Hinter der Naht an der oberen Wand des Gehörganges, welche das Tuberculum articulare posticum begrenzt, finden sich zwei Lücken, welche in die Spongiosa der oberen Gehörgangswand hineinführen und mit den Spalten im Gehörgange der anderen Seite in eine Reihe zu stellen sind.

Der Jochfortsatz des rechten Schläfebeins ist in zwei Stücke getheilt.

<sup>1)</sup> Unter der Bezeichnung T. articulare posticum ist der zwischen Fossa mandibularis und Os tympanicum vorspringende, der Grösse nach höchst variante Fortsatz zu verstehen.



Das hintere (Fig. 2 *t*) ist in normaler Weise mit dem Mutterknochen verwachsen, das vordere (Fig. 2 *t'*) bildet ein selbstständiges Knöchelchen.

Bei Betrachtung des rechten Schläfebeines von der Schädelhöhle aus sieht man nur, dass die Schläfebeinschuppe verkleinert ist; von dem anomalen Verhalten an der Oberfläche — der unvollständigen Theilung in mehrere Stücke durch Nähte — ist nichts zu bemerken. Hieraus ergibt sich, dass die Abgliederung als eine incomplete, auf die Rindenschichte der Schuppe beschränkte bezeichnet werden muss.

Es dürfte wohl kein Zweifel darüber bestehen, dass es sich in dem geschilderten Falle um eine angeborene anomale Ossificationsart handelt, die sich dadurch characterisirt, dass die neugebildeten oberflächlichen Schichten mit den bereits vorhandenen Theilen nicht genügend in Verbindung traten oder wie am Jochfortsatze ein eigener Ossificationspunkt für dessen vordere Hälfte etablirt wurde. Für die mangelhafte Ossificationsbildung sprechen auch die Lücken, welche die oberen Wände der äusseren Gehörgänge durchbohren.

Die Anomalie fand sich an dem Schädel eines 14jährigen Knaben, der, nach dem Befunde am Schädel zu urtheilen, an einer Caries der Pars basilaris ossis occipitis, der Hinterhauptcondylen und des hinteren Keilbeines gelitten hatte. In Folge dieses Processes ist die Knorpelfuge zwischen dem Occipitale und dem Sphenoidale vor der Zeit verwachsen.

### Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Aeusserer Gehörgang der linken Seite.

- M* Gang
- J* Jochfortsatz.
- W* Warzenfortsatz.
- l* Lücken an der oberen Gehörgangswand.
- r* Rinne.

Fig. 2. Rechtes Schläfebein mit Fossa temporalis.

- P P P* Scheitelbein.
- s* Vordere } Hälfte der Schuppe.
- s'* Hintere }
- k* Grosser Keilbeinflügel.
- z* Processus zygomaticus.
- z'* Ein selbstständig gewordenes Stück derselben.
- l* Lücke an der oberen Gehörgangswand.
- n* Naht an der oberen Gehörgangswand.

Fig. 3. Rechtes Schläfebein von unten gesehen.

- s* und *z'* wie oben.
- m* Fossa mandibularis.
- t* Os tympanicum.
- t'* Isolirtes Stück der Fossa mandibularis.
- F o* Foramen ovale.
- n* Laterales Ende der Naht im Gehörgange.
- n'* Quernaht der Fossa mandibularis.

## Bericht über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. R. Kayser, Breslau.

(Schluss aus voriger Nummer.)

### Acute Nerventaubheit.

Ein 33jähriger Tischler erkrankt am 11. Juni 1894 plötzlich an einem vorübergehenden Schwindelanfall mit Ohrensausen und Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr. Am 15. Juni früh tritt ein zweiter stärkerer Anfall mit Erbrechen auf, welcher erst am Nachmittag des 16. Juni nachlässt. Auch am 18. Juni, wo der Kranke in unsere Behandlung kommt, besteht noch mässiger Schwindel. Zugleich ist Nyctagnus vorhanden. Derselbe tritt besonders beim Blick nach oben und rechts auf, wobei auch der Schwindel zunimmt, während beides beim Blick nach links geringer wird. An den Trommelfellen besteht eine mässige Trübung beiderseits, das Gehör ist links erheblich herabgesetzt, Flüsterstimme = 30 Ctm. Weber: im Kopfe, Rinne: positiv, Perceptionsdauer vom Knochen aus verlängert. Nach Catheterisirung keine Besserung des Gehörs und des Schwindels. Die inneren Organe, auch der Urin, erwiesen sich normal. Die ophthalmoscopische Untersuchung, von augenärztlicher Seite ausgeführt, ergab hyperämische Optici beiderseits, Gesichtsfeldgrenzen normal, nur für Farben etwas eingeengt, ausserdem einige Refraktionsanomalien. Als ursächliches Moment käme noch in Betracht, dass der Kranke vor dem ersten Anfall eine starke Cigarre (Virginia) geraucht habe. In den nächsten Tagen besserte sich nach Application einiger Blutegel am linken Ohr das Befinden erheblich, besonders in Bezug auf den Schwindel, so dass der Kranke nach ca. 10 Tagen wieder arbeitsfähig war und sich der weiteren Beobachtung entzog.

### Acute einseitige Taubheit nach Mumps.

Ein 14jähriger Knabe bekam 8 Tage nach Beginn einer Mumps-erkrankung heftige meningeale Erscheinungen (Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Bewusstlosigkeit) mit Taubheit des rechten Ohrs. Die übrigen Erscheinungen verschwanden in einigen Tagen, nur die Taubheit blieb bestehen, zugleich mit zeitweiligem Sausen. Das Trommelfell erwies sich vollkommen normal. Weber: im Kopfe, Knochenleitung für die Uhr aufgehoben, Stimmgabeln r. durch Luftleitung gar nicht und nur vom linken Warzenfortsatz gehört. Perceptionsdauer vom Knochen aus deutlich verkürzt.

Unter den **Kehlkopfkrankheiten** sind folgende erwähnenswerth.

Ein Fall von Apsithyrie, welcher erfolgreich durch Autolaryngos-  
copie behandelt wurde, ist anderweitig ausführlich mitgetheilt worden<sup>4)</sup>.

<sup>4)</sup> Dr. Carl E. Langner: Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit. Arch. f. Laryng., II. Bd., Heft 3.

### Recurrenslähmung durch Struma migrans.

Ein 56jähriger Schuhmacher kam Ende Juni 1893 in unsere Behandlung und gab an, seit einigen Monaten an Anschwellung des Halses und seit einigen Wochen an Heiserkeit zu leiden. Die Untersuchung ergab eine complete Lähmung des linken Stimmbandes, welches in Cadaverstellung stand und excavirten Rand zeigte. Oberhalb und medianwärts von der Clavicula findet sich eine grosse, ziemlich harte Geschwulst, welche bei tiefem Einathmen verschwindet, bei der Expiration aber deutlich hervortritt. Auch auf der rechten Seite des Halses besteht eine mässige Anschwellung und das Gesicht des Kranken erscheint aufgedunsen.

### Recurrenslähmung nach 11 Wochen verschwindend.

Ein 24jähriger Arbeiter kam am 2. October 1893 in unsere Behandlung mit der Angabe, vor fünf Wochen plötzlich über Nacht heiser geworden zu sein. Die Untersuchung ergab das linke Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung und excavirt, an Lunge und Herz nicht Pathologisches nachweisbar. Lues wird geläugnet, Patellar- und Pupillarreflex vorhanden. Empfindlichkeit des Kehlkopfs nicht verändert, Gaumensegel beweglich, Pulszahl in der Minute auf 60 herabgesetzt. Die totale Lähmung des linken Stimmbandes wurde auch von Prof. Gottstein bestätigt und der Fall den Studirenden in der Vorlesung als Recurrenslähmung vorgestellt. Zu unserer Ueberraschung zeigte sich in den nächsten Wochen eine beginnende Bewegung des linken Stimmbandes und eine Besserung der Heiserkeit. Am 17. November war die Heiserkeit verschwunden und das linke Stimmband vollkommen normal beweglich, auch die Pulsverlangsamung war verschwunden. Es liegt natürlich nahe anzunehmen, dass es sich im vorliegenden Falle um einen acuten Process in der Medulla oblongata gehandelt hat, welcher sich wieder vollkommen restituirte.

### Tremor der Stimmbänder durch Schreckneurose.

Eine 38jährige Frau war vor acht Jahren durch den plötzlichen Tod ihres Mannes an heftigen nervösen Erscheinungen erkrankt. Sie musste die erste Zeit zu Bette liegen, war unfähig zu gehen, angeblich ohne Gefühl und klagte über Schwäche und Zittern in den Extremitäten. Der Zustand besserte sich allmählig, jedoch bestand noch im April 1894, als sie in unsere Behandlung trat, nach freundlicher Mittheilung des Nervenarztes Herrn Dr. Bielschowsky: Hypästhesie der linken Seite, Parese und Tremor der rechten Seite, clonische Zuckungen des Platysma, des Trapezius und Triceps rechterseits, erhöhte Sehnenreflexe. Gleichzeitig bestand Heiserkeit, die in den letzten Wochen stärker hervorgetreten war, die Glottis wird nur unvollkommen geschlossen, die Stimmbänder nähern sich zitternd der Mittellinie, schlagen aber gleich wieder auseinander. Auch die Zunge wird zitternd bewegt, während das Gaumensegel normale Beweglichkeit hat.

### Tracheocele durch Ulcusluet.

Ein 25jähriger Arbeiter litt seit ca. sechs Wochen an einer Geschwulst am Halse von etwa Wallnussgrösse in der Medianlinie dicht

unterhalb des Kehlkopfes. Die Untersuchung ergab Folgendes: ein Geschwür an der Basis der Uvula, Verwachsung der rechten Gaumenhälfte mit der hinteren Rachenwand, Röthung des rechten Stimmbandes, unterhalb und vor demselben die Schleimhaut geröthet und vorgetrieben, an der vorderen Wand der Trachea ein unregelmässiges Geschwür mit weisslichem Belage. Bei Druck auf die äussere Geschwulst verkleinert sich dieselbe, wobei ein zischendes Geräusch am Halse gehört wird. Auch gelingt es dabei zu sehen, wie aus dem Geschwür aus der Lufröhre Flüssigkeit und Luft hervorkommt. Durch Jodkalibehandlung heilen die Geschwüre, die äussere Geschwulst verkleinert sich und es gelingt nicht mehr, Luft aus derselben zu exprimiren.

Noch ein zweiter, ähnlicher, wenn auch nicht so durchsichtiger Fall kam zur Beobachtung.

Ein 46jähriger Schmied, der in seiner Jugend eine luetische Affection durchgemacht hat, giebt an, seit einiger Zeit an Schlingschmerzen und mässiger Heiserkeit zu leiden. Es zeigt sich ein Oedem der glossoepiglottischen Falte und des rechten Aryknorpels. Gleichzeitig besteht aussen am Halse rechterseits in der Höhe des Schildknorpels vor dem Sternocleidomastoid. eine ziemlich grosse, mässig weiche Geschwulst, welche bei Druck sich etwas verkleinert und ein gurgelndes Geräusch erzeugt. In einigen Tagen ist das Oedem verschwunden und auch die äussere Geschwulst auf ein Minimum reducirt. Der Kranke giebt an, solche Anfälle im Laufe der letzten Jahre wiederholt gehabt zu haben, und in der That erscheint er acht Monate später mit dem gleichen Krankheitsbilde wieder. Auch dies Mal geht unter Jodkalibehandlung das Oedem im Larynx und die äussere Geschwulst zurück. Sonstige Veränderungen an den Halsorganen waren nicht nachweisbar.

### Papillomata laryngis.

Es dürfte von Interesse sein, das Heilungsergebniss zweier Fälle von Larynxpapillom bei Kindern mitzutheilen, bei welchen vor längerer Zeit die Thyreotomie gemacht worden war. Der eine Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, bei welchem diese Operation schon vor sechs Jahren ausgeführt werden musste. Hier ist das Resultat ein sehr günstiges, nur das linke Stimmband zeigt eine mässige Verdickung und Unebenheit des Randes. Die Stimme ist rauh, aber laut. Im zweiten Fall handelt es sich gleichfalls um ein 13jähriges Mädchen, bei welchem vor drei Jahren die Operation ausgeführt wurde. Das ganze Kehlkopfinnere war mit papillomatösen Wucherungen erfüllt. Auch nach der Operation tauchten neue Geschwülste auf, welche aber schliesslich spontan verschwanden. Circa ein Jahr lang musste die Trachealcanüle getragen werden. In diesem Falle hatte sich im vorderen Drittel der Glottis eine Verwachsung gebildet. An Stelle der Stimmbänder waren zwei unbewegliche Narbenstränge vorhanden, jedoch kam durch Schluss der Taschenbänder eine Tonbildung zu Stande, die freilich einen heiseren, stark rauhen Character zeigte.

### Papillomata ad aditum oesophagi.

Ein 15jähriger Schlosser klagte seit längerer Zeit über Hustenreiz, als dessen Ursache sich zwei kleine spitze, warzenartige Erhebungen er-

wiesen, welche an der Hinterfläche der Aryknorpel dicht über dem Eingang in den Oesophagus sassen. Es gelang ohne Schwierigkeit, die kleinen Geschwülste mit der Zange zu entfernen.

Unter den Fällen von **Nasenerkrankungen** sind folgende bemerkenswerth:

#### Rhinolith<sup>5)</sup>.

Bei einem 16jährigen Knaben, welcher seit längerer Zeit an Verstopfung der linken Nase mit übelriechendem Ausfluss litt, fand sich bei Rhinoscopia posterior eine die linke Choane quer diagonal ausfüllende Masse von schwärzlichem Aussehen, theilweise mit schmierigem Eiter bedeckt. Es gelingt, diesen Körper mittelst der Loewenberg'schen Zange vom Nasenrachenraum aus zu entfernen. Er erweist sich als ein Rhinolith von unregelmässig viereckiger Gestalt, sein grösster Durchmesser beträgt 2 Ctm. Im Inneren desselben befindet sich eine kugelige, erbsengrosse, glattwandige Höhle, die aber leer war. Nach Entfernung des Rhinolithen schwanden alle Krankheitserscheinungen in wenigen Tagen.

#### Nasenpolyp mit Empyem der Highmorshöhle und tödtlicher Meningitis.

Ein 19jähriger Kutscher kam am 25. April 1893 in unsere Behandlung mit der Angabe, seit circa einem Jahr an Verstopfung der linken Nase und reichlichem Ausfluss zu leiden. Die Untersuchung ergab im unteren Theil der Nase eine bis an die Aussenwand reichende Crista septi, ferner den linken oberen Nasengang ausgefüllt durch einen grösseren weisslich-grauen Polypen und reichlich schleimig-eitriges Secret. Der Polyp wurde mit der kalten Schlinge abgetragen, wobei sich reichlich Flüssigkeit entleerte, was den Verdacht einer Cyste erweckte. Auch in den nächsten Tagen wurden mehrfach Polypenreste entfernt, wobei eine ziemlich reichliche Menge von Eiter in der oberen Hälfte der Nase zum Vorschein kam. Am 9. Mai trat plötzlich Schüttelfrost und hohes Fieber ein, am 10. Mai gesellten sich dazu meningitische Erscheinungen (Erbrechen, Kopfschmerz, Nackensteifigkeit, Bewusstlosigkeit), so dass der Kranke in die chirurgische Klinik überführt wurde, wo derselbe am 14. Mai starb. Die Section ergab eitriges Meningitis, Empyem der linken Kieferhöhle und einen sondirbaren Gang von der Schädelhöhle durch die Lamina cribrosa nach der Nasenhöhle. Es scheint die Annahme gerechtfertigt, dass in diesem Falle ein Ausläufer der Dura mater (Meningocele) in die Nasenhöhle eingedrungen war, dass durch die Abtragung des Polypen eine Communication zwischen Nasenhöhle und Schädelinnern hergestellt wurde, dass dann in diesen Communications-canal Eiter, der aus der Keilbeinhöhle stammte, gelangt sei und auf diesem Infectionswege die Meningitis zu Stande gekommen ist. Es ist wahrscheinlich, dass die bei der Operation des Polypen abgeflossene Flüssigkeit theilweise Cerebrospinalflüssigkeit war. Wenn sonst bei

<sup>5)</sup> Die in den letzten Jahren beobachteten Fälle sind von Herrn Dr. Loewenthal in seiner Dissertation „Ueber Rhinolithiasis“, Breslau 1894, ausführlich beschrieben.

Kieferhöhlenempyem die häufig vorhandenen polypösen Wucherungen in der Nase ohne jede Gefahr vor der Operation des Empyems abgetragen werden, so mahnt doch der geschilderte Fall zur Vorsicht. Es kann eben eine so unglückliche, allerdings sehr seltene Complication vorliegen, bei welcher die Abtragung des Polypen in der gewöhnlichen Weise contraindicirt wäre. Jedenfalls wäre es richtiger, erst die Kieferhöhle zu eröffnen und den Eiter aus ihr zu entfernen. Freilich kann durch die polypösen Wucherungen in der Nase die Diagnose des Empyems erschwert sein, weil die charakteristischen Kennzeichen desselben gewöhnlich erst nach Beseitigung der Polypen zu Tage treten.

#### Niesskrampf.

Eine 47jährige Frau leidet seit längerer Zeit an Niessanfällen. Besonders bei Temperaturwechsel, z. B. wenn sie aus dem Zimmer in's Freie kommt, muss sie 40—50 Mal niessen. Bei einem solchen Anfall in den letzten Tagen spürte sie plötzlich Schmerz im linken Ohr. In der That besteht auch eine leichte Entzündung des linken Trommelfells. In der Nase, die sonst keine nennenswerthen anatomischen Veränderungen zeigt, ist die untere Muschel beiderseits gegen Berührung wenig empfindlich, hingegen tritt bei Berührung der mittleren Muschel und der benachbarten Scheidewand mit der Sonde oder einem Wattebausch sofort ein heftiger Niessanfall auf. Diese Ueberempfindlichkeit, die besonders auf der linken Seite stark ausgeprägt ist, verschwindet nach Cocainisirung vollkommen. Diese überempfindlichen Reizpunkte werden mit Chromsäure geätzt und dadurch der Niesskrampf geheilt. Die Kranke kann sich jeglicher Temperatur ohne Reaction aussetzen.

#### Synechie mit nervösem Husten.

Ein 8jähriger Knabe leidet seit einiger Zeit an eigenthümlichem Husten. Er macht fortwährend kurze, hustenartige Expirationen durch die Nase, die jedoch im Schlafe sistiren. Die Untersuchung der Lungen ergiebt ein negatives Resultat, im Halse finden sich einzelne Granula an der hinteren Rachenwand, eine geringfügige Vergrösserung sowohl der Gaumen- als der Rachenmandel und eine Verwachsung des hinteren Theils der unteren Muschel mit der Scheidewand. Nach Cocainisirung dieser Synechie, für welche eine Ursache nicht zu ermitteln ist, verschwinden die nasalen Expirationsstösse für eine Stunde vollständig, um dann allmählig in alter Stärke wiederzukehren. Es wird nun die Synechie durchtrennt und durch sorgfältige Nachbehandlung eine Wiederwachsung verhindert. Seitdem sind Expirationsstösse fast ganz weggeblieben.

Aus den Erkrankungen des **Rachens**<sup>6)</sup> sei Folgendes hervorgehoben:

#### Operation der adenoiden Vegetationen mit heftiger Nachblutung.

Ein 6jähriger, sonst gesunder Knabe litt an aden. Vegetationen und vergrösserten Tonsillen. Da das Kind ausserordentlich ungeberdig war,

<sup>6)</sup> Die luetischen Erkrankungen des Nasenrachenraumes hat Herr Dr. Max Ehrenfried in seiner Inaug.-Dissertation, Breslau 1894, bearbeitet.

wurde die Operation in Chloroformnarcose gemacht, d. h. der Knabe wurde so weit narcotisirt, dass er widerstandsunfähig war. In der Narcose wurden beide Tonsillen und die adenoiden Vegetationen entfernt. Die Blutung war dabei unerheblich, so dass der Kranke nach circa  $\frac{3}{4}$  Stunden nach Hause fahren konnte und in's Bett gelegt wurde. Spät am Abend — etwa 10 Stunden nach der Operation — wurde ich zu dem Kinde gerufen, weil es andauernd aus Mund und Nase blute. Ich fand den Knaben ausserordentlich anämisch, wachsfarben, ziemlich stark aus der Nase blutend, auch brachte er durch Erbrechen grosse Blutklumpen zu Tage. Es gelang schliesslich, durch Eis etc. die Blutung zum Stillstand zu bringen und das stark gefährdete Leben des Knaben zu erhalten. Am nächsten Tage sah ich im oberen Theil der hinteren Rachenwand aus dem Nasenrachenraum einen kleinen Fetzen festhängender Schleimhaut, welcher mit der Kornzange entfernt wurde.

Die Operation der aden. Vegetationen war mit dem Gottstein'schen Ringmesser ausgeführt worden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die heftige Nachblutung durch das hängen gebliebene Schleimhautstückchen veranlasst war, indem dasselbe eine Zerrung auf ein an seiner Basis befindliches Gefäss ausgeübt haben kann. Es passirt zuweilen gerade bei der Operation mit dem Gottstein'schen Messer, dass grössere oder kleinere Stücke noch an der Basis hängen bleiben; es ist natürlich nöthig, jedes Mal diese Stücke zu entfernen, was mit einer geraden oder gekrümmten Kornzange auch leicht gelingt. Allerdings habe ich geringfügige Reste zurückbleiben sehen ohne jegliche Nachblutung. Es bedarf dazu wahrscheinlich noch besonderer zufälliger Bedingungen.

#### Ulcera tuberculosa pharyngis.

Unter den beobachteten Fällen betraf der eine einen 36jährigen Mann mit weit vorgeschrittener Lungen- und Larynx tuberculose. Im Pharynx fand sich auf der vorderen Fläche des hinteren Gaumenbogens ein längliches, schmierig belegtes Geschwür und eine Perforation im 1. vorderen Gaumenbogen.

Im zweiten Fall (46jähriger Mann) waren die Lungen nur wenig afficirt. Dagegen war die Uvula und Epiglottis bis zu den Aryknorpeln stark ödematös infiltrirt und auf dem linken vorderen Gaumenbogen eine Ulceration, in deren Secret zahlreiche Tuberkelbacillen sich nachweisen liessen.

Der dritte Fall betraf eine stark vorgeschrittene Lungentuberculose eines 32jährigen Mannes. Der Kehlkopf war vollkommen frei. Dagegen zeigten sich auf der Uvula und den Gaumenbögen gelbliche Punkte und auf der linken atrophischen Mandel, sowie auf dem 1. hinteren Gaumenbogen und der hinteren Rachenwand bis in den Nasenrachenraum hinein eine flache Ulceration. Ferner fand sich auf der Schleimhautfläche der rechten Unterlippe ein längliches Geschwür mit schlaffen Rändern. Auch hier waren im Secret der Geschwüre zahlreiche Tuberkelbacillen nachzuweisen.

#### Lymphangioma palati mollis.

Ein 16jähriges Mädchen leidet seit 6 Jahren an Halsschmerzen von wechselnder Intensität. Das Leiden soll sich im Anschluss an eine

Diphtherie-Erkrankung entwickelt haben. Die Untersuchung ergibt eine starke Anschwellung und Verdickung des Zäpfchens und des rechten hinteren Gaumenbogens. Auf den ersten Blick erscheint die rechte Hälfte des weichen Gaumens wie ödematös, allein das Gewebe ist ziemlich derb, von weisslicher Farbe und schwach körniger Oberfläche.

Der Kehlkopf und der Nasenrachenraum sind frei; einzelne vergrösserte Drüsen am Halse zu fühlen.

Nach Angabe der Kranken soll dieses Aussehen des Gaumens schon seit Jahren bestehen. Nachdem sich jede medicamentöse, auch locale Therapie erfolglos erwiesen hatte, wurde die Amputation der Uvula vorgenommen. Die histologische Untersuchung bezeichnete die Geschwulst als Lymphangioma. Später wurde noch die galvanocaustische Zerstörung der Geschwulst des Gaumenbogens vorgenommen, wobei sich ein ziemlich starkes, bis auf die Epiglottis übergreifendes Oedem entwickelte. Die Kranke reiste aber, noch ehe die Heilung vollendet war, ab und entzog sich der weiteren Beobachtung.

Von den **übrigen Erkrankungen** verdient Folgendes eine Erwähnung:

#### Apoplectiforme Bulbärparalyse mit Argyrie.

Ein 63jähriger Mann hatte am 3. April 1893 im Bette einen Schlaganfall gehabt, indem er ohne Bewusstseinsverlust plötzlich die Sprache verlor und schlecht schlingen konnte, bald trat auch starker Speichelfluss auf. Die Erscheinungen besserten sich allmählig. Als Patient am 7. Juli 1893 in unsere Behandlung kam, war die Sprache lallend und etwas nasal, die Lippenlaute werden schlecht gebildet. Die Zunge kann nicht gespitzt und auch seitlich nur schlecht bewegt werden, das Gaumensegel wird nur schwach gehoben, die rechte Naso-labialfalte ist verstrichen. Das rechte Stimmband ist vom Taschenband zum Theil verdeckt und seine Excursionen erheblich vermindert. Die Extremitäten waren frei, die Intelligenz bis auf eine weinerliche Stimmung ungetrübt; dagegen war eine Arythmie des Herzens zu constatiren. Gleichzeitig bestand eine blaugraue Verfärbung des Gesichts, der Zungenoberfläche, des harten und weichen Gaumens. Der Patient erzählte, dass er sich mehrere Jahre lang fast täglich den Rachen mit Höllenstein gepinselt habe. An den Armen und am Rumpf war die Hautverfärbung in geringerem Maasse ausgesprochen.

#### Sigmatismus nasalis.

Dieser verhältnissmässig seltenere Sprachfehler bestand bei einem 6jährigen Mädchen, welches beim s die Zunge zwischen die Zahnreihen legte und die Luft durch die Nase expirirte, so dass statt des s ein n herauskam. Liess man das Kind die Zähne fest aufeinander beißen, so zeigte sich, dass die Zunge durch eine vorn bestehende Zahnücke sich vordrängte. Es wurde nun diese Lücke mit dem Finger verschlossen und es gelang so, nach einigen Uebungen die richtige Aussprache des s zu erzielen.

#### Strumatherapie durch Schilddrüsenextract.

Nach der Empfehlung durch Bruns habe ich seit dem October 1894



13 Fälle von Struma mit Schilddrüsenextract behandelt. Zuerst nahm ich allerdings rohe Schilddrüse meist vom Kalb, seltener vom Schaf, und gab dieselbe klein zerhackt auf Brod in Portionen von ca. 3 Gramm 3 Mal wöchentlich. Ich überzeugte mich aber bald, dass diese Darreichungsform keinerlei Vortheile vor den viel bequemeren Thyreoidtabletten hat. Diese wurden in Dosen von 3 Mal täglich ein Stück (à 0,3 Substanz) einige Wochen hintereinander gegeben.

Die Resultate waren folgende: Eine bedeutende Verkleinerung trat ein in 3 Fällen. Der Halsumfang nahm ab bei einem 19jähr. Mädchen um 2 Ctm., bei einem 21jährigen Mädchen um 3,5 Ctm. und bei einer 62jährigen Frau um 3 Ctm. Eine geringe Besserung, die sich aber subjectiv den Kranken bemerklich machte, ergab sich bei 4 Kranken, nämlich: Abnehmen des Halsumfangs um 1 Ctm. bei 3 Mädchen im Alter von 29 bis 42 Jahren und einem Manne von 29 Jahren. Gar keine Besserung wurde erzielt in 6 Fällen. Diejenigen Fälle, in denen eine Besserung eintrat, zeigten sofort in den ersten 14 Tagen eine mehr oder minder erhebliche Abnahme des Halsumfangs, während in der darauf folgenden Zeit trotz weiteren Gebrauchs des Mittels keine nennenswerthe Veränderung der Geschwulst mehr sich zeigte. Als unangenehme Nebenwirkung wurde beobachtet in einem Falle Kopfschmerz und Herzklopfen, als die Dosis von 3 auf 4 Tabletten täglich gesteigert wurde. In einem Falle, wo die Verminderung des Halsumfangs nur 1 Ctm. betrug, hatte sich in 4 Wochen eine Abnahme des Körpergewichts um 6 Pfund eingestellt.

Im Ganzen hatte auch ich den Eindruck, dass die diffusen gleichmässigen Vergrößerungen der Schilddrüse von mässig weicher Consistenz, also die parenchymatösen Strumen, eher durch das Mittel beeinflusst werden, als die härteren, knolligen Geschwülste oder Cysten. Allerdings ist zu beachten, dass die parenchymatösen Kröpfe besonders der jungen Mädchen häufig auch ohne jede therapeutische Einwirkung eine gewisse Labilität zeigen.

## Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. Hugo Bergsat, München.

(Fortsetzung zu No. 7.)

Geschlecht, Alter, Stand.

I. a. Broadbent	M	—	55	—
Rauchfuss	—	W	—	—
Schrötter	M	—	52	Anstreichergehilfe.
Türk	M	—	55	Uhrmacher.
v. Balassa	—	W	21	Dienstmädchen.
Navratil	—	W	—	Fräulein.
Gottstein	M	—	7	—

Planchon	—	W	21	—
Ruppaner	M	—	56	Kaufmann.
Sidlo	M	—	23	Soldat.
Buck	M	—	38	—
Mackenzie No. 1	—	W	53	Bibelvorleserin.
" 2	M	—	42	Fuhrmann.
" 3	—	W	43	Kutschersfrau.
" 4	—	W	37	—
" 5	M	—	64	—
Cohen, Solis I	M	—	—	—
Blanc	M	—	62	—
Laroyenne	—	W	32	—
Fauvel Fall 33	—	W	40	Arbeiterin.
" 80	M	—	31	Mechaniker.
" 137	—	W	—	—
" 190	—	W	32	Dame aus Spanien.
" 211	—	W	43	Landwirthin.
" 214	M	—	jünger	Messerschmied.
Raymond & Longuet	M	—	26 (24)	Bauer.
Bottini I	M	—	40	Gast- und Landwirth.
Schech I	M	—	32	Landmann.
Robinson	M	—	30	Bauer aus Russland.
Burow II	M	—	28	Tuchpacker.
Foulis	M	—	74	—
Lange	M	—	alt	Pastor.
Ganghofner	M	—	45	Arzt.
Küster	—	W	31	—
Rzehazek	M	—	51	—
Semon I	M	—	54	—
v. Bergmann	M	—	53	—
Bottini II	M	—	51	—
Labbé	M	—	43	—
Hahn	M	—	alt	—
Newman I	M	—	57	—
Gerster	M	—	58	—
Agnew, Hayes	M	—	57	—
Gleitsmann	M	—	81	—
Semon II	—	W	52	—
Cacciopoli	M	—	73	—
Délie	M	—	52	—
Bessel-Hagen	M	—	44	Holzändler.
Jurasz	M	—	50—57	—
Tietze	M	—	9	—
Browne, Lennox	—	W	49	—
	—	W	47	—
Cohn	M	—	47	—
Scheinmann	M	—	66	—
Cohen, Solis II	M	—	45	—

Schmidt, Moritz	3M.	—	—	—
Paul	M	—	12	—
Mackay	M	—	44	Maulthiertreib.(Huelva).
Birkett	—	W	22	—
Szmuilo	M	—	51	Arbeiter.
Semon III.	M	—	59	Pfarrer.
Schech II.	—	W	36	Lehrerfrau.
Bergeat	M	—	33	Tagelöhner.
Baurowicz	M	—	53	Arbeiter.
b. Caselli	—	W	19	—
Lanz	M	—	29	—
Scheier	M	—	28	Sattler.
Browne, Lennox	M	—	28	—
Bruck	M	—	57	Sattler.
c. Fauvel	M	—	31	Handelsmann.
Fall 131	M	—	35	Handelsmann.
" 267	M	—	46	Schneider.
Töplitz	M	—	46	—
Reyher	—	W	55	—
Tschudi	M	—	—	Büchsenmacher.
d. Roquer y Casedesus	M	—	55	Matrose.
II. a. Schrötter	M	—	34	Zimmermaler.
—	—	W	19	—
Meyer-Hüni	M	—	27	Landwirth.
Johnston und Cotterill	—	W	13	—
Chiari-Maydl	M	—	61	—
Koch	M	—	48	Hauptmann.
Schnitzler-v. Frisch	—	W	21	—
b. Paul	—	W	20	Dienstmädchen.
Huber	M	—	—	Student.
Spencer	—	—	—	4jähriger männlicher Hund.

Unter den 65 Fällen von primärem Kehlkopfsarcom, in welchen das Geschlecht der Patienten bezeichnet ist, finden wir das männliche mit 48, das weibliche mit 18 Nummern vertreten. Es ist ein seltsamer Umstand, dass bis zum Jahre 1875 die Männer gegenüber den Frauen 13 gegen 12, seither aber 35 gegen 6 Patienten gestellt haben. (Im Allgemeinen betrifft das Sarcom die Männer um 10 pCt. häufiger.)

Die Altersliste nennt für die primären Kehlkopfsarcome bei Männern 7 (resp. angeboren), 9, 12,

23, 26, 28,

30, 31, 32, 33, 33, 38,

42, 43, 44, 44, 45, 45, 45, 47,

51, 51, 51, 52, 52, 53, 53, 53, 54, 55, 56, 57, 57, 58, 59,

62, 64, 66,

73, 74,

81,

bei Frauen 21, 21, 22,

31, 32, 32, 36, 37,

40, 43, 43, 47, 49,

52, 53 Jahre.

Die zum Theile recht deutliche Abstufung lässt vermuthen

1) eine Disposition im Kindesalter (wie auch bei anderen Geschwülsten ist das männliche Geschlecht häufiger — hier sogar allein — betroffen);

2) eine solche zur Zeit der Vollendung des Wachsthums, die sich in der Reihe der Frauen ausprägt;

3) ein unterstützendes Moment in den Schädigungen des Individuums im reifen Alter. So spiegelt sich ihr Einfluss deutlich bei den Frauen wieder, deren keine jenseits des Climacteriums erkrankt ist. Für's männliche Geschlecht trifft ein Drittel der Fälle auf das sechste Jahrzehnt. Im Allgemeinen ist die Disposition keineswegs so sehr an die vorgerückten Jahre gebunden, wie es von den bösartigen Geschwülsten im Allgemeinen angenommen wird.

Aehnlich verhält sich das Lufttröhrensarcom. Angeboren kann es wiederum bei einem männlichen Individuum (Fall Meyer-Hüni) gewesen sein; bei einem Mädchen erscheint es im späteren Kindesalter, um die Pubertätszeit; zwei weibliche Wesen erkrankten gegen das Ende des Wachsthums; im reifen Alter endlich finden wir nur Männer in einer mit den Jahren erhöhten Häufigkeit.

Aus den Notizen über die Beschäftigung der Patienten ist herauszufinden, dass auffällig häufig solche Personen erkrankt sind, bei welchen ein Umgang mit Pferden sicher oder wahrscheinlich ist: Land- und Fuhrleute, ein Hauptmann, ein Soldat, ein Arzt, zwei Sattler (unter I b). Um die Aetiologie weiter zu besprechen, ist nochmals an die Bemerkungen bezüglich der Altersdisposition anzuknüpfen. Die sonst in der Laryngologie beliebte Beschuldigung des Staubes, des Tabakmissbrauches, der Ueberanstrengung der Stimme kann im Materiale nur schwache Stütze finden. Die Umwandlung gutartiger Geschwülste in Sarcom erscheint zwar Eppinger in den Fällen Foulis und Schrötter I (Trachea) als wahrscheinlich, ist aber nach Semon's Sammelforschung kaum mehr anzunehmen (Centralbl. f. Laryngologie, Band V u. VI); diese letztgenannte Arbeit hat übrigens nicht einen einzigen sicheren Fall von Sarcom in Betracht zu ziehen gehabt. Dagegen ist der Zusammenhang mit früheren geschwürigen Processen bei dem Vorkommen randständiger Narben in den Fällen Bergmann und Ganghofner, zu denen vielleicht noch jene Fauvel 214 und Schrötter treten, naheliegend, und es würde bei der Abneigung gegen die Annahme von catarrhalischer Geschwürsbildung die Syphilis als ein ätiologisches Moment in Betracht zu ziehen sein, vorausgesetzt, dass nicht ein partieller Heilprocess angenommen werden soll.

Microscopischer Befund:

- |   |   |
|---|---|
| I. a. Broadbent (vom Beobachter als Carcinom beschrieben) | vom Vorherrschend Zellen, runde, ovale und auch andere mit grossen Kernen und Kernkörperchen und gelbweisses fibröses Gewebe.   |
| Schrötter   | Reichliche, meist ovale Zellen mit einem Kerne. Pigmenthäufchen und Fetttropfchen. Dicke Schichte Pflasterepithel.  |
| Türk  | Zellreich, hauptsächlich Spindel- und auch Rundzellen. Keine Bindegewebs- oder elastische Fasern, daher Entwicklung unter dem Corium. Pigmentmoleculé und fettigglänzende Körper. |
| Oliver  | Fibrosarcom.  |

- v. Balassa Kleine Zellen, unter normalem Epithel in ein Stratum faseriges und theilweise elastisches Bindegewebe eingebettet; granulirt, gegen die faserige Grenze zerfallen; einzelne Zellen im Fasergerewebe. Das Bindegewebe um die Drüsen verdickt. Knorpel und Knorpelhaul frei.
- Gottstein Fibrosarcom.  
 Ruppaner Fibrosarcom.  
 Sidlo Kleine Rundzellen, keine Spur von Bindegewebe.  
 Buck Fibrosarcom.  
 Mackenzie No. 1 Sarc. fascic., zum Theil einfaches fibröses Gewebe; sehr viele „Kerne“ in Bindegewebszügen („interlacing fibres“).  
 No. 2 Theils Sarc. fascic. mit Spindelzellen, theils einfaches Fibrom.  
 No. 3 Spindelzellen, zum Theil äusserst lang, beinahe fettig entartet; sehr deutliche Kerne.  
 No. 4 Spindelzellen. Papillöser Bau, im Centrum der Papillen sarcomatöses Gewebe mit areolärem Bau. Reichliche Blutgefässe.  
 No. 5 Rundzellen, am zahlreichsten in der Submucosa (Genaueres im Original).  
 Blanc Bösartige fibroplastische Geschwulst.  
 Laroyenne Ziemlich zahlreiche Zellen von Spindel- und verlängert runder Form. Wenig Bindegewebe, nirgends fasciculirt. Tunica ext. vas. undeutlich von der Umgebung abgegrenzt.
- Cohen, Solis I Spindelzellensarcom.  
 Fauvel Fall 190 Spindel- und sternförmige Zellen; zarte Bindegewebswände.  
 Fall 214 Kleine runde und ovale Zellen inmitten einer weichen spärlichen Grundsubstanz, ähnlich dem fascic. Keine Spur von elastischem Gewebe, nur wenige embryonale Gefässe.
- Bottini I Theils Rund-, theils Spindelzellen.  
 Schech I R. mehr Rund-, l. mehr Spindelzellen, besonders die letzteren durchweg klein. Aussen eine blauröthe, etwas ödematöse, aus fertigwelligem Bindegewebe bestehende Gewebsart, davon mehr weniger scharf unterschieden eine grauweiße, knotig hervortretende innere; in letzterer oft gar keine Intercellularsubstanz. Aeusserst zahlreiche Gefässe, constante Zellenhäufung um dieselben. Besonders interessant ein Hohlraum, in welchen eine sarcomatöse Wucherung polypenartig hineinragt. — Knorpel- u. Knochenwucherung am l. Giesbeckenknorpel.
- Robinson Gemischtzelliges Sarcom (mixed sarcoma, nicht Myxosarcom!) mit kleinen Rund- und Spindelzellen, den Ring- u. Schildknorpel durchsetzend.

Burow II	Spindelzellen. Am Recidive Ulceration an einigen Stellen.
Foullis	Spindelzellensarcom mit fibrösem und elastischem Gewebe; zuerst als Papillom mit sehr zellreichem Innern angesehen. Nach der zweiten Operation Zunahme der „Rundzellen“.
Ganghofner	Dicht unter dem Epithel; ebendort besitzt die Intercellularsubstanz eine bedeutende Ausdehnung; die Sarcomelemente liegen mehr in der Tiefe. Wucherung des Endothels der Gefäße.
Küster	Sarcoma carcinomatodes.
Elsberg	Fibromyxosarcom.
Rzehazek	„Granulationsgewebe“.
Coupard	Fibrosarcom.
v. Bergmann	Adenosarcom.
Bottini II	Theils Rund-, theils Spindelzellen.
Butlin	Rundzellen.
Labbé	Sarc. fascic.
Hahn	Rundzellen, sehr zahlreich.
Newman I	Alveolarsarcom mit Rund- und Spindelzellen, Myeloplaxen und einem Knochenbälkchen.
Gerster	Alveolarsarcom.
Jurist	Rundzellensarcom.
Semon II	Alveolarsarcom mit multiformen Zellen; kleinere Rundzellen in den Trabekeln.
Délie	Spindelzellen.
Bessel-Hagen	Rundzellen.
Jurasz	Anfangs bei 2 Untersuchungen nur Granulationsgewebe zu finden.
Browne, Lennox	
Fall 3	Rundzellen.
"    8	Rundzellen.
"   10	Ursprünglich als Encephaloid beschrieben.
Arnaud-Moure	Fibrosarcom.
Cohn	Alveolarsarcom, deutliches Reticulum.
Scheinmann	Sehr zahlreiche Rundzellen; Zellwucherung nicht gleichmässig, sondern hauptsächlich in Form eines längsovalen Gebildes. Starke Vascularisation.
Dansac	Sarcome papillaire — sarc. fasciculé en nappe.
Paul	Spindelzellen.
Mackay	Grosszelliges S.
Birkett	Spindelzellen mit Zügen eines an embryonalen Gefässen reichen Bindegewebes.
Szmuls	Sarcoma parvo-diffuso-giganto-cellulare (auf der anderen Kehlkopfseite ein Carcinom).
Semon III	Cavernöses Fibrosarcom.
Schech	Riesenzellensarcom; ziemlich gefässreich.
Bergeat	Sehr kleine und zahlreiche Spindelzellen.
Baurowicz	Kleinspindelzelliges S.

- |        |              |   |
|--------|--------------|---|
| b. α.  | Lücke        | Mischgeschwulst aus carcin., sarcom. und fibrösem Gewebe.   |
|        | Heath        | Spindelzellen.  |
|        | Scheier      | Kleine Rundzellen.  |
|        | Bruck        | Rundzellen (sehr genaue Beschreibung der Invasion).   |
| β.     | Eppinger     | Melanotisches Sarcom.   |
| c.     | Toeplitz     | Chondrosarcom? Epithel mit Ausläufern in die Tiefe dringend.  |
|        | Wagner, Cl.  | Angiosarcom, Sarcom, Carcinom.  |
|        | Semon        | Sarcom oder Fibrom.   |
|        | Derselbe     | Cavernöses Fibrosarcom?   |
| II. a. | Schrötter    | Spindelzellen bei der ersten Operation, Angiosarcom bei der Section.  |
|        | No. 1        |   |
|        | Meyer-Hüni   | Rund- und Spindelzellen in Nestern, deutliche Interzellulärsubstanz. Lappig auf dem Durchschnitte. Schleimhaut 1—1½ Mm. dick, etwas derber. |
|        | Johnston     |   |
|        | u. Cotterill | Sarc. fascic.   |
|        | Bamberger-   |   |
|        | Billroth     | Spindelzellen.  |
|        | Chiari-Maydl | Spindelzellen.  |
|        | Koch         | Angiosarcoma cellulare; grosse Gefässe, aber Vorherrschen der Zellen.   |
| b.     | Paul         | Spindelzellen.  |
|        | Spencer      | Spindelzellen.  |

Nach diesen Angaben kam das primäre Kehlkopfsarcom vor etwa  
 22 Mal als Spindelzellen-Sarcom, welchem ich, gestützt auf  
 Ziegler's Eintheilung, das Fibrosarcom zurechne,  
 12 Mal als Rundzellen-Sarcom,  
 5—6 Mal als Alveolarsarcom (je nachdem Newman's Beob-  
 achtung hier oder unter den Riesenzellensarcomen  
 Platz finden soll).  
 4 Mal als gemischtzelliges Sarcom,  
 2—3 Mal als Riesenzellen-Sarcom,  
 1 Mal als Fibromyxosarcom;  
 hierzu kommt aus Ic (unsichere Fälle)  
 1 Mal Chondrosarcom,  
 1—2 Mal Angiosarcom.

Secundär ist der Kehlkopf hauptsächlich vom Rundzellensarcom,  
 metastatisch das eine Mal vom melanotischen Sarcom befallen worden.  
 In der Luftröhre findet sich  
 3 Mal Fibrosarcom,  
 2 Mal Angiosarcom,  
 1 Mal gemischtzelliges Sarcom.

Alter und Geschlecht zeigen am Kehlkopf und an der Luftröhre  
 weiter keinen Einfluss auf Entstehung der einen oder anderen Sarcom-

form, als dass das Alveolarsarcom sich bisher nur bei Männern jenseits des 45. Jahres gefunden hat.

Als Muttergewebe ist fast ausschliesslich die Submucosa namhaft gemacht. Der Befund von elastischen Fasern in Balassa's Fall möchte auf einen Ursprung in der grossen Bindegewebsmasse an der Epiglottisbasis und in den Stimmbändern hinweisen. Innerhalb der Perichondriumhülle ist das Sarcom Schech II entstanden. Auch die Sarcome Schech I, Hahn, Bessel-Hagen und besonders Newman und Baurowicz sind der Entstehung im Knorpelgerüste verdächtig; diesen selben Ausgangspunkt hat die Geschwulst mit Knorpelzellen von Toeplitz, welche ich persönlich nach der Beschreibung unbeanstandet für ein Sarcom gelten lassen würde. — Es ist nur sehr wahrscheinlich, dass einzelne Sarcome in den Lagen zwischen Schleimhaut und Knorpel sich entwickelt haben; es existirt aber noch kein directer Befund.

Sonstige interessante Einzelheiten in den microscopischen Befunden sind: Die Epithelverdickung im Falle Schrötter, wohl verursacht durch die mechanische Reizung an der exponirten Stelle, und im Falle Meyer-Hüni; die Anzeichen von Rückbildung (Schrötter, Türck, Mackenzie), die Bildung einer Cyste (Schech), die Zunahme der Rundzellen (Foulis), die für die Diagnose bedeutsamen Structurunterschiede an verschiedenen Stellen derselben Geschwulst (Mackenzie 1 und 2, Foulis, Jurasz, Scheinmann und besonders einige der unsicheren Fälle); die Vermehrung der Gefässe in mehreren Recidiven. Einzig dastehend ist das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Sarcom am Kehlkopfe in der Beobachtung Szmuilo's.

Leider fehlen fast alle Nachrichten, ob und wie sich das Sarcom auf die tieferen Schichten des Kehlkopfes verbreitet; Robinson erwähnt Durchsetzung der Knorpel, Bruck beschreibt, an einem wahrscheinlich secundären Sarcome, ausführlich die Invasion in das Taschenband und insbesondere in die Muskeln. Mackenzie giebt beim Falle 5 in seinem Lehrbuche an, dass auch unterhalb der Submucosa Veränderungen sich fanden.

\* \* \*

Für die weitere Besprechung ist von Interesse, was Herr Professor Schech mir über seinen ersten Patienten vervollständigend mitgetheilt hat (an diesem war die Operation mittelst galvanocaustischer Schlinge in der zweiten Hälfte des Jahres 1874 ausgeführt worden):

„Der Kranke stellte sich wiederum am 22. October 1883 vor. Er giebt an, seit einiger Zeit kurzen Athem zu haben, auch habe sich die Stimme erheblich verschlechtert und seien manchmal kleine Blutbeimengungen ausgehustet worden.

„Befund: L. Stimmband verdeckt durch einen rundlichen, convexen Tumor, der das ganze l. Taschenband einnimmt und in das Lig. aryepigl. übergeht. Ueber dem l. Santorini'schen Knorpel lagert eine weissliche Geschwulst von der Grösse einer Kirsche, etwas gelappt, und schaut gegen den Rachen zu. Auf der Hinterwand des Kehlkopfs gleichfalls einige spitzige Erhabenheiten. L. Kehlkopfseite absolut unbeweglich; Reflexe dortselbst fast ganz aufgehoben.



Die kleineren Tumoren werden mit der galvanischen Schlinge entfernt, der grössere jedoch konnte wegen seiner Form nicht entfernt werden. Ich rieth bei zunehmender Athemnoth zur Tracheotomie.

„Im December 1883 soll in Freiburg i. B. die Tracheotomie gemacht worden sein, sie sei sehr schwierig und mit grossem Blutverluste verbunden gewesen; auch stellte sich eine Pneumonie ein, der der Kranke etwa 50 Tage nach der Operation erlegen sein soll, also wohl im Januar 1884.“

(Fortsetzung folgt.)

## Halskiemenfistel durch Electrolyse geheilt.

Vortrag,

gehalten in der Société d'otologie et de laryngologie de Paris am 5. April 1895

von

Dr. L. Lichtwitz, Bordeaux.

Bei Gelegenheit der Vorstellung eines Falles von Halskiemenfistel in der Laryngologischen Gesellschaft von London (s. Journal of Laryngol., No. 2, 1895, p. 170) wurde jüngst die Frage der Behandlung dieser Fisteln aufgeworfen. Man betonte hierbei, dass der chirurgische Eingriff weit davon entfernt ist, ein befriedigendes Resultat zu geben wegen der Ausbuchtungen und Ausdehnung des Fistelcanals; der electrolytischen Behandlung aber wurde keine Erwähnung gethan. Deshalb glaube ich gut daran zu thun, folgenden mittelst Electrolyse erfolgreich behandelten Fall mitzutheilen:

N. . . ., 27 Jahre alt, suchte mich am 23. Sept. 1893 auf. Er sollte am folgenden Tage wegen einer Halskiemenfistel operirt werden. Man constatirt in der That an der linken Seite des Halses zwischen dem Zungenbein und dem Schilddrüsenknorpel und ungefähr 2 Ctm. von der Medianlinie entfernt eine kleine, von einem narbigen Hofe umgebene Oeffnung, aus welcher man durch Druck mehrere Tropfen einer fadenziehenden, von Eiter durchsetzten Flüssigkeit entleeren kann. Nach mehreren Versuchen gelingt es, eine Fischbeinsonde durch die Fistelöffnung zuerst 4 Ctm. und dann  $6\frac{1}{2}$  Ctm. weit nach rechts, oben, innen und hinten vom grossen Zungenbeinhorn einzuführen. Der Kranke fühlt deutlich das Ende der Sonde in der Gegend der rechten Tonsille. Spritzt man durch den Canal schmeckende Substanzen, so kann der Kranke bisweilen die eingespritzte Flüssigkeit erkennen, doch gelang es nie, das innere Orificium aufzufinden. Bemerken muss ich noch, dass trotz mehrfacher Injectionen einer schwachen Lösung von Methylenblau eine Blaufärbung im Rachen oder im Eingang des Kehlkopfes nicht wahrgenommen werden konnte.

Die Fistel hatte sich nach aussen erst vor sechs Jahren geöffnet. Um diese Zeit bemerkte nämlich der Kranke eine kleine Geschwulst von der Grösse einer Bohne, da wo jetzt die Fistelöffnung besteht. Die Geschwulst brach von selbst auf und es kam Eiter zum Vorschein, der nach sechsmonatlicher, von einem Arzte eingeleiteter Aetzung immer reichlicher wurde. Ein anderer Arzt, der hinzugezogen wurde, brachte die Eiterung für einige Zeit zum Stillstand. Seither sah man zu

wiederholten Malen die Eiterung wieder auftreten und verschwinden. Vor 14 Tagen stellte sich neuerliche Anschwellung ein; bei der von einem Collegen gemachten Incision entleerte sich neuerdings Eiter. Augenblicklich ist die Eiterung ziemlich reichlich und nöthigt den Patienten, fortwährend einen Verband zu tragen. Da der Kranke sich zu verheirathen wünscht, so möchte er vorher von seinem Gebrechen befreit werden, aber wenn möglich ohne blutigen Eingriff. Ich schlage ihm die Electrolyse vor, mit dem Bemerken, dass die Behandlung lange dauern und möglicherweise fehlschlagen könne. Die Behandlung wird vom Kranken angenommen. Es wurden im Ganzen 17 Sitzungen in Zwischenräumen von je 8 bis 14 Tagen abgehalten. Ich bediente mich hierbei einer 1 Mm. dicken Neusilbersonde, die 2 Ctm. vom Ende ab entblösst und im übrigen Theile mit einer dünnen Kautschukhülle bedeckt war.

Es wurde eine Einspritzung einer 5 proc. Cocainlösung in den Canal gemacht, dann die Sonde bis zum Grunde des Fistelcanals eingeführt und mit dem negativen Pole einer Stromquelle in Verbindung gebracht. Die rechte indifferente Electrode wurde an der rechten Seite des Halses angebracht. Allmählig wurde die Stromintensität bis zu 2 bis 3 Milliampères gesteigert, die vom Patienten ohne zu grosse Schmerzen ertragen wurden. In den späteren Sitzungen wurde die Einführung der Sonde immer schwieriger. Es gelang sie nur 5, dann 4 und 3 Ctm. weit vorzuschieben. Gleich nach den ersten Sitzungen wurde die eingespritzte Flüssigkeit nicht mehr in dem Rachen gespürt. Am 10. Mai 1894, 14 Tage nach der letzten Sitzung, ist die Fistel vollkommen geschlossen. Bis heute, 21. Februar 1895 (zehn Monate seit der letzten Sitzung), hat sich die Heilung erhalten; man fühlt nur an Stelle des alten Fistelcanals im Zellgewebe einen beweglichen fibrösen Strang.

Ohne hier eine Besprechung über die Natur der Kiemenfisteln folgen lassen zu wollen, glaube ich im obigen Falle es mit einer wahren Kiemenfistel zu thun gehabt zu haben, wiewohl selbe sich erst vor sechs Jahren nach aussen geöffnet hatte. Wahrscheinlich hatte sie zuerst als innere, blind nach aussen endende Fistel bestanden und wurde erst zur äusseren Fistel in Folge des vorübergehenden Verschlusses der inneren Oeffnung.

Das Hauptinteresse dieses Falles liegt in der erfolgreichen Anwendung einer gefahrlosen, wenig oder gar nicht schmerzhaften Methode bei einer Affection, die oft jedem chirurgischen Eingriffe Trotz bietet. — Ich will nicht behaupten, dass die Electrolyse in allen Fällen mit Erfolg angewendet werden kann. Sie ist mir selbst missglückt bei zwei anderen Kranken, doch muss hinzugefügt werden, dass ich in beiden Fällen nur 4 bis 5 Sitzungen hielt. Die eine Kranke, 20 Jahre alt, die eine 11 Ctm. lange Fistel besass, kehrte nicht mehr wieder; der andere Fall, der einen 13jährigen Knaben betrifft, steht noch in Behandlung. Es wird angezeigt sein, in jedem Falle die Electrolyse wenigstens zu versuchen, ehe man zur chirurgischen Behandlung schreitet, da letztere oft gefährlich, nicht immer von Erfolg begleitet ist und selbst bei günstigem Ausgange entstehende Narben zurücklässt. Die electrolytische Behandlung wurde übrigens bereits von L. Lefort (Bulletin général de thérapeutique, 1895) angewendet, der über drei ähnliche mit Erfolg behandelte Fälle berichtet hat.

## Ein Fall von Angiom des Pharynx.

Vortrag,

gehalten in der Société d'otologie et de laryngologie de Paris am 5. April 1895  
von

Dr. L. Lichtwitz, Bordeaux.

Der Fall betrifft ein junges Mädchen von 16 Jahren, welches mir jüngst wegen linksseitigen, seit einigen Tagen bestehenden Ohrenflusses zugeführt wurde. Bei Untersuchung des Rachens fiel mir ein dunkelbraun, stellenweise bläulich gefärbter Tumor auf, der hinter der linken hypertrophischen Tonsille vorsprang. Dieser vertical gestellte längliche Tumor misst circa  $3\frac{1}{2}$  Ctm. der Länge nach und  $1\frac{1}{2}$  Ctm. der Breite nach. Er ist zwischen Tonsille und hinterem Gaumenbogen eingezwängt und bedeckt letzteren vollständig. Seine obere Grenze überragt um einige Millimeter die Mandel und liegt ungefähr  $\frac{1}{2}$  Ctm. nach hinten und unten vom unteren Rand der Tube. Die untere Grenze entspricht dem unteren Theile der Tonsille. Die Geschwulst ist nicht gestielt, sie ist im Gegentheile breit aufsitzend und die Grenzen ihrer Basis sind schwer genau zu bestimmen. Ihre Oberfläche ist unregelmässig, höckerig und mit einem dünnen, glatten, durchsichtigen Epithel bedeckt. Die Geschwulst ist dunkelbraun, stellenweise schwarzblau gefärbt und scheint von fester Consistenz zu sein; man bemerkt an ihrer Oberfläche keine Pulsation; die Untersuchung mit dem Finger konnte nicht ausgeführt werden.

Vom unteren Theile des Tumors geht eine Fortsetzung aus, die gegen die hintere Rachenwand hinzieht und dort einen schwarzen, unregelmässigen, nicht vorspringenden, mit glattem Epithel bedeckten Fleck bildet. In der Mitte der hinteren Rachenwand besteht ebenfalls ein ähnlicher Fleck, ausgedehnter als der untere, aber von gleicher Farbe und gleichen unregelmässigen Conturen. Er wird von einer grossen, ausgeweiteten Vene durchfurcht.

Bisher hatte die Patientin von dem Vorhandensein ihrer Gefässgeschwulst keine Ahnung. Sie hatte niemals an einer Blutung, noch an anderen Störungen im Halse zu leiden gehabt. Im Gesichte findet man bei der Kranken einige zerstreute pigmentirte Naevi, sonst findet man aber am Körper der Kranken und ihrer Angehörigen nichts Abnormes.

In Anbetracht des Sitzes der Geschwulst, welche die Anwendung der Electrolyse (+ Pol) sehr schwierig gestaltet, glaubte ich um so weniger einen Eingriff anrathen zu sollen, als die Kranke wegen des Fehlens jeder Störungen schwerlich dazu ihre Zustimmung gegeben hätte.

So weit ich Nachforschungen angestellt habe, konnte ich in der Literatur keinen gleichen Fall auffinden.

M. Schmidt sagt blos in seinen „Krankheiten der oberen Luftwege“, p. 503, dass Crocker eine Gefässgeschwulst beobachtet habe, die, hinter dem Gaumenbogen in die Höhe gehend, die Choane verdeckt, dass B. Fränkel eine bei einem älteren Manne beobachtete wallnussgrosse cavernöse Geschwulst angeführt und dass Loomis ein citronengrosses Angiom des Rachens beschrieben hat.

## Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otolologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

(Fortsetzung zu No. 8.)

12) Joél (Gotha): Leptomeningitis purulenta nach acuter Mittelohreiterung bei einem dreijährigen Kinde.

J.'s Fall betrifft ein Kind, welches nach Masern an rechtsseitiger Otorrhoe erkrankt und zunächst vom Hausarzte mit Ausspülungen behandelt war, bis eine stärkere Infiltration der Weichtheile hinter dem Ohr diesen veranlasste, das Kind specialistischer Behandlung zu überweisen. Die Aufmeisselung erwies den Warzenfortsatz bis in's Antrum mit Granulationen erfüllt, keine nachweisbare Caries der medialen oder oberen Antrumwand. Nach der Operation völlig normales Verhalten, keine Temperatursteigerung, keine Symptome von Facialisverletzung, noch Gleichgewichtsstörungen. Am fünften Tage nach der Operation plötzlich Erbrechen und hohes Fieber; allmählig bilden sich deutliche Hirnerscheinungen — Facialis- und beiderseitige Abducensparese, anhaltende Kopfschmerzen und leichte Delirien — aus, und am 19. Tage nach der Aufmeisselung tritt der Exitus ein.

Die Section wies eine ausgebreitete Meningitis der Basis mit geruchlosem grünelichen Exsudat, welches die Ventrikel stark dilatirt hatte und in den Wirbelkanal übergegangen war, nach, nirgends Tuberkelknötchen. Die Dura war überall normal, besonders fand sich dieselbe über dem Felsenbein ebenso wenig wie der Knochen irgendwo verfärbt; dagegen war der innere Gehörgang strotzend mit Eiter erfüllt, welcher Acusticus und Facialis frei umspülte. Da eine Entnahme des ganzen Felsenbeines unthunlich war, wurde nur die Paukenhöhle noch von oben eröffnet und in derselben Eiter gefunden.

Der eiterige Process war also von der Paukenhöhle aus, wahrscheinlich nach Zerstörung einer Fenstermembran, auf's Labyrinth übergegangen und war hier längs der Acusticusfasern in's Schädelinnere vorgedrungen. Dieser Weg ist um so auffallender, als die im Kindesalter präformirten Durchbruchsstellen, die Sutura petroso-squamosa und der Hiatus subarcuatus, intact waren.

Bei einem zweiten, zur selben Zeit beobachteten Kinde mit acuter Mittelohreiterung, welches im Anschluss an eine intercurrirende Influenza unter meningitischen Erscheinungen gestorben war, fand sich ebenfalls eine ausgedehnte eiterige Meningitis, das Schläfenbein aber bis auf die Eiterung der Paukenhöhle ganz intact; es muss also die Meningitis lediglich der Influenza zur Last gelegt werden.

Zum Schlusse geht J. noch kurz auf die Lumbalpunktion als Hilfsmittel für die Sicherung der Diagnose bei endocraniellen Complicationen von Ohreiterungen ein.

Discussion:

Kümmel (Breslau) fragt, ob nicht die Eiterung durch den Canalis

facialis fortgepflanzt wurde, ohne im Leben eine merkliche Facialislähmung verursacht zu haben, wie er dies in einem Falle beobachten konnte.

Joél meint, die erwähnte Ueberleitung der Eiterung auf das Schädelinnere kann wohl nicht sicher ausgeschlossen werden, doch spricht die Wahrscheinlichkeit nicht dafür, weil die ersten Facialissymptome nach den meningialen Erscheinungen auftraten.

Seligmann (Frankfurt a. M.) berichtet über einen Fall von Leptomeningitis in Folge Vereiterung eines verkästen Herdes am Scheitelbein; zu Folge einer Senkung auf den Warzenfortsatz täuschte die Schwellung eine Periostitis vor, doch das Mittelohr war intact.

Panse (Dresden) fragt betreffs der Vornahme der Fürbringerischen Lumbalpunktion.

Brieger (Breslau) erwähnt die Wichtigkeit der Anfrage von Panse und glaubt, dass eine solche Punktion als Richtschnur für eventuelle weitere Eingriffe dienen könne.

13) Stacke (Erfurt): Ueber eine Methode der Plastik zur Deckung der bei der operativen Freilegung der Mittelohrräume entblösten Knochenflächen.

Die Methode St.'s besteht darin, dass mehrere Lappen gebildet werden. Ein Hautlappen, dessen Basis nach oben liegt, wird bis über die Linea temporalis abpräpariert und nach oben umgeschlagen; derselbe besteht nur aus Cutis und lässt das Periost des Warzenfortsatzes unversehrt. Ein Periostlappen wird von der Linea temporalis nach unten bis zur Insertion des Kopfnickers mittelst Raspatoriums abpräpariert und nach unten umgeschlagen. Der längere Hautlappen wird von oben, der kürzere Periostlappen von unten in die freigelegten Mittelohrräume eingeschoben. Die Länge des Periostlappens ist von der Linea temporalis bedingt, da oberhalb derselben das Periost durch die Insertion des Schläfenmuskels unterbrochen ist. Steht nicht genug Periost über dem Warzenfortsatz zur Verfügung, zieht St. Periost vom Hinterhauptknochen zur Hilfe.

Ist das Periost angeheilt, hat man nur noch für die Ueberhäutung der in der Regel üppig granulirenden Wundfläche zu sorgen.

Diese Methode hat wohl eine persistente retroauriculäre Oeffnung zur Folge, doch kann dieselbe nach genügend lange controllirter Heilung plastisch geschlossen werden.

#### Discussion:

Kretschmann (Magdeburg) meint, dass eine einzeitig ausgeführte Transplantation einer zweizeitigen nur dann vorzuziehen wäre, wenn der Periostlappen eine spätere Atrophie der transplantierten Lappen verhindern würde. Keinesfalls dürfen die Lappen zu lang sein, da sonst die Anheilung gehemmt werden könnte, besonders wenn die Enden derselben auf das Epithel der Paukenhöhle zu liegen kommen.

Noltenius (Bremen) spricht sich gegen die Lappenbildung aus, man vermeide die persistente Oeffnung hinter dem Ohr. Mit der Körnerschen Methode kommt N. immer zum Ziele.

Stacke erwidert, er hätte nicht eine besondere Länge der Lappen befürwortet, sondern nur gemeint, dass man den Lappen nach seiner

Methode beliebig lang und breit nehmen kann, dies jedoch nur nach Bedürfniss zu geschehen hat. Im Aditus und Atticus hat nicht der Haut-, sondern der Periostlappen anzuheilen. Bei zweizeitigem Operiren erfordert der zweite Theil der Operation keine neuere Narcose, da man bei der Abtragung der Lappchen mittelst Cocain-Anästhesie gut fortkommt.

Bezüglich der Bemerkung von Noltenius staunt St., dass die Fälle mit der Körner'schen Lappenbildung in 4—6 Wochen ausheilen, da der Lappen nicht tief reicht und somit die Heilungsverhältnisse in der Tiefe kaum günstig zu beeinflussen vermag. St. hat sich selbst stets gegen die principielle Anlegung einer retroauriculären persistenten Fistel ausgesprochen. Durch die Periostüberpflanzung wird die gewöhnliche Heilungsdauer (3—4 Monate) auf die Hälfte herabgedrückt. Kleine Oeffnungen werden einfach aufgefrischt und vernäht, grosse Cholesteatomhöhlen können nach genügend langer Controldauer osteoplastisch geschlossen werden. Die Hauptsache bleibt, den Knochen mit einer Decke zu versehen, welche den physiologischen Verhältnissen am besten entspricht, also mit Periost. Ueber sichere Erfolge wollte St. nicht berichten, sondern nur die Anregung zu Versuchen geben, welche bei Radicaloperationen angezeigt wären; doch ist es nöthig, in jedem Falle zu individualisiren, wie dies auch Körner für seine Methode meint. Mit der Siebenmann'schen Plastik kann St.'s Methode nicht verglichen werden, denn erstere ist eine persistente prophylactische Blosslegung des Krankheitsherdes zur Vorbeugung späterer Retentionen.

Zaufal (Prag) erwähnt, in letzterer Zeit die Körner'sche Methode vielfach angewendet zu haben und findet den Vortheil in der weiten Eingangsöffnung des äusseren Gehörgangs, von wo aus man die ganze Knochenhöhle und auch die fortschreitende Heilung übersehen kann. Durch die erweiterte Gehörgangsöffnung kann man auch die Thiersche Transplantation nach Siebenmann vornehmen.

Leutert (Halle a. S.) erwähnt einen Fall von frühzeitiger Diagnose eines Cholesteatomrecidivs, bei persistenter retroauriculärer Oeffnung; in manchen Fällen kann also letztere ganz wünschenswerth sein.

Körner (Rostock) glaubt, dass für die Wahl der plastischen Methode der Operationsbefund maassgebend ist. Nur ist es angezeigt, den ersten Hautschnitt so anzulegen, dass man von ihm aus verschiedene Plastiken machen kann. Als besonderen Vortheil seiner Methode erwähnt K. die kurze Heilungsdauer von 70—80 Tagen. — Dass die Methode nicht entstellend ist, beweist K. durch einige Photographien.

Hansberg (Dortmund) erwähnt, bei chronischen Mittelohreiterungen in den letzten 4 Jahren in ca. 50 Fällen fast ausschliesslich nach Stacke operirt zu haben. Die Wunde hinter dem Ohre liess H. nach 5 bis 6 Wochen zubeilen und bis zur definitiven Heilung leitete er die Behandlung vom äusseren Gehörgange weiter. Die Ausheilung erfolgte nur langsam, trotzdem die Mittelohrräume ausgiebig freigelegt und alles Krankhafte gründlich beseitigt wurde.

Panse (Dresden) erwähnt, 13 Fälle von Lappenbildung schon im Jahre 1892 beschrieben zu haben; dieselbe entspricht genau der von Körner zwei Jahre später beschriebenen. Auch glaubt P. sein Verfahren

dadurch häufiger anwenden zu können, dass er bei Caries an der Spitze diese allein für einige Zeit von aussen tamponirt und die übrige Wunde näht.

Brieger (Breslau) glaubt als Vorzug der Körner'schen Methode erwähnen zu müssen, dass sich hier die functionellen Resultate günstiger gestalten.

### III. Sitzung Sonntag, den 2. Juni, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Zaufal (Prag).

14) Körner (Rostock) und Jansen (Berlin): Ueber die Operationsmethoden bei den verschiedenen otitischen Gehirncomplicationen. (Referat.)

Körner entwirft einen historischen Ueberblick bezüglich der allgemeinen Grundsätze bei der Behandlung otitischer intracraneller Eiterungen und des Hirnabscesses, besonders hervorhebend die Verdienste von Schede, Macewen und v. Bergmann um diesen Gegenstand.

Jansen theilt in einem längeren Vortrage Folgendes mit (Autoreferat):

Für diejenigen Fälle, welche die Symptome der intracranellen Eiterung bieten, aber eine genauere Diagnose nicht zulassen, ist es wichtig zu wissen, in welcher Häufigkeit die verschiedenen Erkrankungen vorkommen.

Aus den Krankengeschichten der Berliner Ohrenklinik während der letzten 3 $\frac{1}{2}$  Jahre konnte Jansen unter 184 noch nicht publicirten intracranellen Eiterungen

144 Mal extradurale Abscesse aufzeichnen,  
35 Mal Sinus transversus-Thrombose,  
5 Mal Hirnabscess.

Von extraduralen Abscessen lagerten 161 Mal die Eiterungen in der hinteren Schädelgrube und 38 Mal in der mittleren, 14 Mal waren beide Gruben theilhaftig.

Daraus folgt, dass die extraduralen Eiterungen weitaus die häufigste Complication bei den Mittelohreiterungen und ganz besonders bei der acuten Form sind.

Die extraduralen Eiterungen in der hinteren Schädelgrube überwiegen die in der mittleren etwa um das 5fache; bei den chronischen Formen stellt sich das Verhältniss fast wie 2:1. Auch die Kleinhirnabscesse überwiegen in unseren Beobachtungen etwas die im Schläfenlappen (11:8).

Diese Zahlen geben uns wichtige Anhaltspunkte für die Art des operativen Vorgehens.

In Fällen mit zweifelhafter Diagnose eröffnet man somit zunächst die hintere Schädelgrube im Anschluss an die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und forscht der Reihenfolge ihrer Häufigkeit entsprechend nach perisinuösem Abscess, Sinusthrombose, Kleinhirnabscess.

Nach Darlegung der Operationsmethode geht Jansen auf die epi-tympanischen Eiterungen über, bei denen häufig die Entfernung des Tegmen tympani vom Warzenfortsatz aus genügt.

Bei grösserer Ausdehnung empfiehlt Jansen die Eröffnung der mittleren Schädelgrube nach den Vorschlägen v. Bergmann's, aber im

Anschluss an die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Bei Pachymeningitis int. muss die Dura incidirt werden und bei circumscripiter Arachnitis pur. Dura und Arachnoidea zusammen.

Eine ausführliche Besprechung widmet Jansen einer dritten Form von extraduralen Abscessen, die vom Vorhof durch die Canäle an die hintere obere Kante durchbrechen und deren Prognose in Folge ihrer tiefen Lage ungünstig ist. Diese tiefen Abscesse kommen meist im Anschluss an Mittelohreiterungen vor und sind verhältnissmässig selten. Um diese Eiterherde freizulegen, ist es nöthig, die mittlere Schädelgrube von der Schuppe aus zu eröffnen und sowohl die obere wie die hintere Wand des Warzentheiles bis an den Labyrinthkern fortzunehmen. Doch das genügt nicht. Da die Labyrintheiterung in diesen Fällen sehr destructiven Character hat und die Arachnoidea in grosse Gefahr bringt, so empfiehlt Jansen die Eröffnung des Vorhofes im Anschluss an die Freilegung des extraduralen Abscesses und beschreibt die Methode.

An der Hand eines von ihm anfänglich mit schönem Erfolg behandelten Falles von tiefem extraduralen Abscess labyrinthären Ursprunges sucht J. die Richtigkeit seines Vorschlages zu beweisen.

Dieselbe Operationsmethode empfiehlt J. bei denjenigen Kleinhirnabscessen, bei denen die Eiterung aus dem Vorhofe resp. den Canälen auf das Hirn fortgeschritten ist und weiterhin auch bei denen, bei welchen eine Vorhofseiterung mit Sicherheit diagnosticirt werden kann. Nach dieser radicalen Eröffnung der mittleren und hinteren Schädelgrube, unter Entfernung der hinteren und oberen Wand des Warzentheiles und Beseitigung der Canäle und des hinteren Abschnittes vom Vestibulum, hat man ein breites Operationsterrain für die Eröffnung der Kleinhirnabscesse an der vorderen Fläche des Cerebellum.

Nach derselben Methode, aber ohne das Labyrinth anzugreifen, hat J. in letzter Zeit 2 Mal die Abscesse im Schläfenlappen durch 5—6 Ctm. lange Incision an der unteren Fläche eröffnet mit gutem Erfolg einmal, einmal mit vorübergehendem.

Ein Vortheil dieser Methode liegt unter Anderem darin, dass selbst tief gelegene Fisteln noch gefunden werden, dass noch die Sinusthrombose von derselben Wunde aus operirt werden kann und dass nach erfolgter Heilung nur ein geringer Theil der Dura nach aussen zu Tage liegt, der grössere Theil dagegen der Höhle im Schläfenbein zugekehrt ist.

Bei der Eröffnung der hinteren Schädelgrube, im Anschlusse an die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, präsentirt sich der am meisten befallene Abschnitt des Sinus sigm. zu allererst. Wenn er sich frei zeigt, möge man sich erinnern, dass der Abschnitt am Bulbus jugul. befallen ist oder der Bulbus selbst. Die Eröffnung geschieht am zweckmässigsten mit Meissel und Knochenzange. Der Sinus wird zum Foramen jug. hin freigelegt, so weit er sich septisch zeigt, und nach hinten bis über den thrombosirten Abschnitt, wenn es nöthig wird, bis zum Torculum heroph. So weit die septische Beschaffenheit reicht, wird er incidirt und die äussere Wand fortgeschnitten. Geht der septische Thrombus auf die Jugularis über, so ist nach J. die Unterbindung der Jugularis zweifellos angezeigt, ferner in den Fällen, wo nach der Eröffnung des Sinus die Pyämie fortbesteht. In den Fällen, wo die Thrombose auf den Sinus beschränkt ist, hält J. im Allgemeinen die Sinus-Eröffnung für



ausreichend. Die Verhältnisse liegen nach Thrombosirung des Bulbus gar nicht so günstig für eine Verschleppung.

Durch einfache Entleerung des perisinuösen Abscesses gelingt es noch, den bereits gebildeten Thrombus vor dem Zerfall zu schützen. Bestimmend für den Erfolg ist vor Allem die Schwere der Infection, ein Moment, welches in den statistischen Tabellen zur Berechnung des Werthes der verschiedenen Operationsmethoden nicht ausgedrückt ist.

Zum Schlusse theilt Jansen die Resultate mit, die an der Berliner Ohrenklinik erzielt sind.

#### Discussion:

Brieger (Breslau) empfiehlt auf Grund eigener Erfahrung probatorische Eröffnungen der Dura nach temporärer Schädelresection; der Befund war in dem betreffenden Falle negativ, worauf der Hautknochenlappen reponirt wurde und nach kurzer Zeit anheilte.

Panse (Dresden) erwähnt im Gegensatze zu Körner, dass Macewen stets am Orte der Wahl operirt und nur wenn Drainage nothwendig ist, eine Gegenöffnung nach dem Tegmen anlegt.

Kretschmann (Magdeburg) meint, den Sinus möge man nicht immer mit dem scharfen Löffel ausräumen, denn gelegentlich der leicht erstehenden Blutung könnte leicht eine neue Infection erfolgen. Man soll eher nach der ausgiebigen Excision der Sinuswand abwarten, bis sich die Thrombusmassen selbst entleeren.

Joél (Gotha) tritt für die Eröffnung der Schädelhöhle nach breiter Freilegung der Warzenfortsatzhöhle ein, denn dieses Vorgehen vermag Anhaltspunkte für die Weiterverbreitung des eiterigen Processes zu geben.

Auch stellt J. zugleich zwei von ihm in Bonn besprochene Fälle (Hirnabscess und Hirnödem) vor; beide sind dauernd gesund geblieben. Der geheilte Abscess bedarf keines Schutzes, trotzdem Pat. als Zimmermann schwer zu arbeiten hat; der Knabe mit dem Hirnödem (Meningitis serosa [Quincke]) trägt dauernd eine Pelotte.

Hansberg (Dortmund) fragt Jansen, ob er bei breiter Freilegung des Gehirnsabscesses nicht einen Hirnprolaps bekommen habe? — H berichtet nämlich über einen solchen Fall von Schläfenlappenabscess, in welchem eine Oeffnung in der Schuppe von der Grösse eines Dreimarkstückes ausgemeißelt und nach Abtragung der Decke des Gehörgangs bis zum Tegmen tympani der Abscess breit eröffnet wurde; am fünften Tage entstand ein Hirnprolaps, welcher nach 14 Tagen zu einer Meningitis führte, die letal endete.

Kümmel (Breslau) fragt nach Erfahrungen über die Schädlichkeit der Probepunctionen resp. Probeincisionen. Bei Sectionen gewann K. den Eindruck, als ob zahlreiche Punctionsstiche, dicht aneinander ausgeführt, hämorrhagische Erweichungen bereiten würden.

Barth (Marburg) meint, dass man einen Hirnprolaps, welcher bei der Heilung nicht zurückgehen will, abtragen könne, ohne dass dies Schädigungen zur Folge hätte. — Auch richtet B. die Frage an Jansen, in wie vielen Fällen in der Berliner Ohrenklinik, nach Erkrankung des Gehirns und seiner Häute, mit negativem Erfolge operirt wurde und in wie vielen Fällen erst die Eröffnung des Warzenfortsatzes und dann, in einer späteren Sitzung, die der Schädelhöhle vorgenommen wurde.

Kessel (Jena) reflectirt auf die operativen Eingriffe in das Labyrinth, welche beweisen, dass es ein sechstes Sinnesorgan nicht giebt, da in keinem Falle Gleichgewichtsstörungen entstanden waren. Die klinischen Erscheinungen hat man auf die Ventrikel zurückzuführen, wofür es auch anatomische Anhaltspunkte giebt.

Körner freut sich über die Uebereinstimmung bezüglich der wesentlichen Fragen über die Behandlung der Hirnabscesse. — Auf Kümmel's Anfrage kann K. nur so viel betonen, dass die Probe-Incisionen bei verdickter Dura schädlich sein können, ebenso muss man darauf achten, dass man keine Infectionsstoffe in die Tiefe einführe.

Jansen antwortet Kretschmann, dass er den Löffel nur bei septisch zerfallenen Thromben gebraucht, bei soliden Thromben hingegen ebenfalls perhorrescirt. — Bezüglich der von Hansberg erwähnten Hirnprolaps meint J., dass er solche wohl beobachtete, dieselben können auch bedrohlich werden, wenn die vorgefallene Hirnsubstanz in Folge von Umschnürung durch die enge Duraöffnung zum Gangrän neigt; bei bestehender Eiterretention wird der Prolaps zur Meningitis führen. — Was die von Kümmel erwähnte Anfrage über die Punctionen betrifft, fand J. keine besonderen Nachtheile derselben, wenn diese mittelst Troicart gemacht wurden. — Barth antwortet J., dass in einer Reihe von Fällen mit unsicherer Diagnose vergeblich operirt wurde; in einem Falle wurde der Schläfelappen mit Incision, das Kleinhirn mit Troicart eröffnet und Patientin lebt heute noch mit ihrer schweren Hysterie. In mehreren Fällen gelang es erst durch eine Nachoperation, den cerebralen Eiterherd zu finden. — Auf die Bemerkung Kessel's meint J., dass seine Erfahrungen sich nur auf solche Fälle bezogen, wo das physiologische Labyrinth zu Grunde gegangen war und nur durch Eiter oder Granulationen ersetzt war; in den Fällen, wo ein gesundes Labyrinth verletzt wurde, stellten sich fast immer Schwindel, Erbrechen, Nystagmus etc. ein.

Joél erwähnt, in dem demonstrirten Falle von Meningitis 12 tiefe concentrische Incisionen in das Gehirn gemacht zu haben und es trat bloß sensorische Aphasie ein, welche sich jedoch nach 4 Wochen zurückgebildet hat. — Jansen gegenüber giebt er zu exploratorischen Punctionen stets dem Messer und nicht dem Troicart den Vorzug.

Kümmel will der Punctionsnadel den Vorzug geben, da bei breiter Incision die leicht entstehende Blutung das Auffinden des Abscesses vereiteln könnte; übrigens punctirt K. bei verdächtiger Dura erst nach breiter Eröffnung derselben.

Letzteres erwähnt auch Barth zu thun.

Hansberg erinnert an die Blutungen, welche durch Verletzung des Plexus choroideus entstehen können und empfiehlt deshalb eher die Spritze, jedoch mit weitem Kaliber.

Zaufal (Prag) erwähnt, dass durch die entzündete Dura, auch bei der Punction, Entzündungskeime in die Meningen und in die Gehirnschubstanz gerathen können, wie dies Z. in dem auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg mitgetheilten Falle beobachtete. An Serien-schnitten von Sinusthrombose fand Z. den Querschnitt des Sinus kleiner als gewöhnlich, so dass man bei schiefen Einstichen leicht die Gehirnwand des Sinus und das Kleinhirn verletzen könnte. Endlich erwähnt

Z., auch an Serienschnitten von sogen. gutartiger Sinusthrombose, ohne septo-pyämische Erscheinungen, hier und da grössere und kleinere Herde eiterig zerfallener Thrombuspartien gefunden zu haben, so dass man auch in diesen Fällen, bei Verletzung des Gehirns, durch die Functionsnadel eine Infection nicht vermeiden kann.

Jansen antwortet, dass die Gefahr, durch den Sinus und die Hirnsubstanz zu stechen, nicht drohend ist.

15) O. Wolf (Frankfurt a. M.): Eisen, Blei, Silber und Quecksilber in der Ohrenheilkunde.

W. giebt in seinen Mittheilungen einerseits die medicamentöse Wirkung dieser Metalle auf gewisse Ohraffectionen, andererseits aber schildert er eingehend die Schädlichkeiten, mit welchen die Intoxicationen mittelst derselben, speciell betreffs der Ohrsymptome einhergehen.

Eisen empfiehlt W. bei trophischen Störungen des Hörnervenapparates, welche durch Anämie und Chlorose verursacht werden. Am besten bewährte sich W. das Ferrum hydrogenio reduct. zur Hälfte mit Sacch. alb., eine Messerspitze voll nach der Suppe; die Störungen im Hörnervenapparat pflegen hierauf in zahlreichen Fällen zurückzugehen, oder es treten die lästigen subjectiven Geräusche in den Hintergrund. Stahlwässer und -Bäder pflegen bei Anlage zu Labyrinthstörungen das Sausen und die Schwindelanfälle zu vermehren, was dem Kohlensäuregehalte zuzuschreiben ist. Fellow's Syr. hypophosph. regt Appetit und die Verdauung an und wirkt in der Reconvalescenz nach erschöpfenden Krankheiten gut.

Intoxicationen mit Blei pflegen, wie dies W. an der Hand einiger interessanter Krankengeschichten illustriert, mit unruhigem Schlaf, Schwindelgefühl, Sausen und langsamer, aber stetiger Abnahme des Gehörvermögens einherzugehen. In den acuten Fällen handelt es sich hier um seröse Exsudate, welche auf therapeutischem Wege zur Resorption gebracht werden können, ohne dass es zur Degeneration der Schneckenfasern kommt, welche letztere, in Folge der trophischen Störungen, bei chronischen Fällen einzutreten pflegt. Erfolgreich bewiesen sich W. bei solchen Intoxicationen grosse Gaben von Kali jodat., warme Bäder mit nachherigem Schwitzen und Jodäther-Einblasungen in die Paukenhöhle.

Die medicamentöse Verwendung des Bleies als Plumbum aceticum zu Instillationen durch den äusseren Gehörgang eignen sich für Eczem des äusseren Gehörganges; bei Paukenhöhlen-Eiterungen vermögen dieselben die Secretion nicht dauernd zu vermindern und besitzen auch noch den Nachtheil, in der Paukenhöhle schwer lösliche Niederschläge von Bleialbuminaten und Bleisulfaten zu bilden.

Silber enthaltende Färbemittel pflegen bei längerer Anwendung vorzugsweise subjective Geräusche höherer Töne zu verursachen, wie dies schon Sapolini nachwies.

Bezüglich der medicamentösen Verwendung des Silbers in dem Arg. nitric. empfiehlt W. das auf Silberdraht aufgeschmolzene Kügelchen von Lapis mitigatus zum Aetzen corrodirter Stellen im Gehörgang und an der Muschel. Der von Schwartz zur Cauterisation aufgelockerter Paukenhöhlenschleimhaut empfohlenen Lapislösung zieht W. die Behandlung mit Sublimatspiritus vor.

Quecksilber-Intoxicationen gehen mit ähnlichen Symptomen im schallempfindenden Apparate einher, wie die acute Form von Labyrinth-erkrankung durch Blei. In einem Falle, wo wegen Keratitis innerhalb 5 Wochen 50 Quecksilberinunctionen à 3 Gramm, ohne eigentliche Controlle, gemacht wurden, hatte eine früher schon bestandene Schwerhörigkeit sich rapid verschlimmert. W. machte hier Einblasungen von Jod-äther in die Paukenhöhlen, verordnete Kal. jod. innerlich in steigender Dosis, bis zu 1 Gramm pro die, machte jeden zweiten Tag eine Pilocarpininjection (0,001—0,003), worauf wohl eine wesentliche Besserung des Gehörvermögens erfolgte, doch später trat wieder eine Verschlimmerung ein, bald darauf abermals eine Verbesserung, und endlich erfolgte die Heilung nach einer 8 Wochen lang dauernden Kneipp-Cur in Wörrishofen; W. glaubt, dass die frische Bergluft, die Pflege der Haut, die vielen Bewegungen, die einfache Kost und ähnliche Umstände die Resorption der Exsudate lebhaft anregten und zur Genesung des Patienten wesentlich beitrugen.

Bei syphilitischen Erkrankungen des Ohres sah W. nie erhebliche Erfolge einer Inunctionscur. Hingegen empfiehlt W. den Sublimat-spiritus (0,10:100,0) zu Einträufelungen und Durchspülungen der Paukenhöhle. Derselbe verursacht eine Anschwellung und Secretionsbeschränkung der Paukenhöhlenschleimhaut und kann auch in acuten Fällen von Mittelohreiterungen angewendet werden, wenn die ersten hochgradigen Entzündungserscheinungen vorüber sind. Das Mittel eignet sich zur Desinfection des Gehörganges und der Paukenhöhle, vor und nach dem Auskratzen von Granulationen oder cariösen Stellen, ebenso bewährt es sich auch zur Nachbehandlung, mit genügender Ausdauer angewendet. Endlich bewährte sich der Sublimat-spiritus W. bei Otitis externa aspergillina, bei Gehörgangsfurunculose und zur leichteren Lösung und Entfernung von Cholesteatommassen.

#### Discussion:

Szenes (Budapest) erwähnt bezüglich des Bleies, dass kalte Ueberschläge mit reinem Bleiwasser oder Aqua Goulardi bei acuten Eczemen der Ohrmuschel, besonders in erster Zeit, sehr gute Dienste leisten; sind die erstlichen Entzündungserscheinungen zurückgegangen, kann man auf die Salbenbehandlung des Eczems übergehen.

Die von W. gerühmten Erfolge mit dem 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>igen Sublimatalcohol kann Sz. ebenfalls bestätigen, nur möchte er die Schmerzhaftigkeit solcher Instillationen erwähnen, die wohl nur eine halbe Minute dauert, jedoch erheblich ist. Hinzugefügtes Cocain nützt in solchen Fällen nichts, und es lohnt sich, bei sehr empfindlichen Individuen vorher eine Instillation mit 10procentiger Cocainlösung zu machen, nach wenigen Minuten erfolgt die Anästhesie und nach sorgfältigem Austrocknen wird der eingeträufelte Sublimat-spiritus keine Schmerzen verursachen. Sowohl der Alcohol, wie auch das Sublimat wirken antiseptisch; doch glaubt Sz. die günstigen Erfolge eher auf die Wirkung des absoluten Alcohols zurück zu führen, wonach derselbe die das Wasser bildenden Elemente dem Gewebe entzieht und somit austrocknend wirkt.

Stimmel (Leipzig) erwähnt, ähnliche Erfolge wie W. vom Sublimat-alcohol durch Hydrarg. oxyd. cyanat. + Alcohol. absol., sowohl

bei chronischen als acuten Mittelohreiterungen, erzielt zu haben; noch günstiger scheint ihm der Gebrauch desselben abwechselnd mit einer 2procentig. Resorcinlösung. — In vielen Fällen von Mittelohreiterungen schien St. die vorsichtige Anwendung der Luftdouche unentbehrlich, von der er in seiner 20jährigen Praxis nachtheiligen Einfluss nie, wohl aber wesentlichen Nutzen sah. Im Widerspruche mit den ungünstigen Erfahrungen Wolf's mit der Inunctionscur bei Luës des Gehörorganes stehen St.'s Erfahrungen; häufig sah St. den Erfolg der Schmiercur erst spät eintreten, weshalb er auch annimmt, dass in dem erwähnten Falle W.'s der Erfolg eher der Schmiercur zugeschrieben werden muss und Kneipp noch weniger schuld ist, als W. ihm zumuthet. — Von Jodkalium sah St. bei Luës des inneren Ohres keine Erfolge.

Noltenius (Bremen) beanstandet den von Wolf gebrauchten Ausdruck „Durchspülung der Paukenhöhle“ für eine „Eingiessung von aussen bei gleichzeitiger Anwendung der Luftdouche“.

Reinhard (Duisburg) empfiehlt, bei Luës des inneren Ohres die Quecksilbereinreibungen mit Pilocarpinjectionen zu combiniren. — Auch befürwortet R. das Aluminium, indem er bei Otitis externa die essigsäure Thonerde zu Ausspülungen und Einträufelungen empfiehlt.

Dennert (Berlin) empfiehlt die Anwendung von Eisen und anderen tonisirenden Mitteln in Fällen von hartnäckigen Eiterungen; schon aus humanitären Gründen sollte man die operative Behandlung nur auf solche Fälle beschränken, wo eine directe Indication vorliegt.

16) Szenes (Budapest): Sollen wir uns in acuten Fällen gegenüber der Indication von Warzenfortsatz-Operationen conservativ oder radical verhalten?

Wenn auch die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes heutzutage von jedem modernen Ohrenarzte als „*Conditio sine qua non*“ seiner Thätigkeit betrachtet werden muss, und nach chirurgischer Vorschrift ausgeführt, kaum etwas Bedenkliches an sich hat, soll die Operation dennoch nur als *ultimum refugium* hingestellt werden, wengleich als *certissimum*, da man durch die günstigen Erfolge des Operirens leicht von anderen Extremen hingerissen werden könnte, und auch dort operiren will, wo es nicht unbedingt nothwendig ist. Die Operation für den einzelnen Fall kann immer nur bei grosser Erfahrung mit Sicherheit bestimmt werden (Schwartz), und Sz. meint, dass solche Erfahrungen nur an solchen Fällen instructiv sein können, welche man vom Beginne, wo selbst die geringsten Spuren einer Mitaffection des Warzenfortsatzes noch fehlen, bis zur vollkommenen Genesung beobachtet hat. In Fällen, wo Sz. Anfangs nur die primäre Paukenhöhlenerkrankung sah, später aber, während und trotz seiner Behandlung, die consecutive Miterkrankung des Warzenfortsatzes nicht ausblieb, wurde das operative Einschreiten seltener nothwendig, als in solchen Fällen, welche er schon bei bestandener Mitaffection des Warzenfortsatzes zum ersten Male sah.

Sz. theilt in extenso die Krankengeschichte eines Falles mit, wo sich der acuten Otitis media, trotz sofortigen Einschreitens (Paracentese, Blutegel, Antiphlogose), die charakteristischen Symptome des Warzenfortsatzempyems (profuse Secretion, rahmiges Secret, Druckempfindlichkeit, aufgetriebener Knochen, schlitzförmige Verengung der Gehörgangs-

lichtung, gefüllt mit Wucherungen) entwickelten, und es erfolgte dennoch ohne Operation eine Restitutio ad integrum im strengsten Sinne des Wortes.

Sz. will durch diesen Fall nicht in geringstem Maasse Stellung genommen haben gegen das operative Einschreiten, auch denselben nicht mitgetheilt haben, um zu beweisen, dass man etwa Kunststücke ohne Operation ausführen kann, sondern eher, um einen Beleg dazu zu liefern, wie schwer es manchmal werden kann, die vollkommen unbedingte Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes vor sich selbst zu ver.antworten. Man soll in puncto des Operirens und Nichtoperirens bei acuten Fällen weder zu conservativ, noch zu radical sein, sondern möglichst sich an die goldene Mittelstrasse halten.

(Schluss folgt.)

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Versuch der Bildung eines künstlichen Gehörgangs bei angeborenem Mangel des äusseren Gehörgangs und beidseitiger mangelhafter Entwicklung der Ohrmuschel.** Von Dr. Ernst Váli. (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXIII, II.)

Der Versuch fiel, wie vorausgesehen wurde, resultatlos aus, da eine dicke Knochenmasse die Gegend des äusseren Gehörgangs einnahm.

Gomperz.

**Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1890 bis 31. März 1891.** Von Dr. Rudolf Panse. (Ibidem, III.)

Es wurden 1605 Patienten behandelt, in der stationären Klinik 184. Unter den 1636 Krankheitsformen figurirt die acute eitrige Mittelohrentzündung mit 214, die chronische mit 295 Fällen. In der Operationstabelle interessirt vor Allem die Anzahl der Antrumaufmeisselungen: „67“, der durch den Gehörgang ausgeführten Hammerexcisionen: 29, davon 14 Mal mit Ambossextraction. Von diesen 14 Fällen heilten 6 mit dauerndem Erfolg, 12 Mal gelang es nicht, den Amboss mit zu extrahiren. Trotzdem heilten auch von diesen 12 Fällen 6, was Pause auffallend findet; als Curiosum erwähnt Pause, dass in einem Falle, wo die Hammerambossexcision misslang, trotzdem eine jahrelang bestehende stinkende Eiterung aufhörte.

Referent kann diese Ereignisse weder auffallend, noch curios finden, da sich eben eine Anzahl derartiger Fälle ohne Operation heilen lässt.

Von den 7 Todesfällen des Berichtsjahres sind 3 in einer Dissertation von Hertzog bearbeitet; die übrigen 4 bringt Panse mit sorgfältigen, sehr lehrreichen Krankengeschichten nebst Sectionsbefunden. Eine Section lieferte ein Präparat, wo sich die Verwachsung eines 30

Tage vorher nach Stacke implantirten Lappens in schon sehr vorgeschrittenem Stadium zeigte. Der Knochen war überall von jungem Bindegewebe bedeckt, das sich in die Spalten der Spongiosa fortsetzte und das Epithel des Gehörganges hatte seine Ausläufer selbst nach den entferntesten Parthien der Höhle gesandt.

Die tabellarische Uebersicht über die Aufmeisselungen des Antrum ergiebt:

Geheilt 27, gebessert 15, ungeheilt 3, Erfolg unbekannt 3, in Behandlung verblieben 13, gestorben 6.

In dem Berichtsjahre wurde auch Koch's Heilmittel gegen Tuberculose in einigen geeigneten Fällen versucht, ohne dass eine deutliche Beeinflussung des Processes hätte constatirt werden können.

Auch Jaenicke's Tetraborsäure wurde bei zahlreichen Fällen monatelang methodisch und consequent versucht; aber nur ausnahmsweise konnte eine Beeinflussung des Krankheitsprocesses durch dieselbe constatirt werden.

Gomperz.

---

**Beitrag zur Hammer - Amboss - Excision.** Von Dr. C. Reinhard\*).  
(Ibidem, VII.)

Der Autor stimmt mit Stacke betreffs der Indicationen für die Hammer-Amboss-Excision überein und knüpft an die Indication seinen Vortrag an, durch welche die Operation zur Heilung der chronischen Eiterung des Atticus empfohlen wird, ohne Rücksicht auf das noch vorhandene Hörvermögen. Nach ausführlicher Schilderung der Symptomatologie und Diagnostik dieser hier in Betracht kommenden Formen der Otitis med. suppur. chronica legt Reinhard dar, dass, so lange man nicht die engen Abflusswege des Eiters aus dem oberen Trommelfellräume erweitert und womöglich alle erkrankten Partien des Knochens wegschafft, selbst die sorgfältigste Behandlung ohne Erfolg sei.

Die nothwendige Erweiterung erreiche man durch die Ausschneidung des Trommelfelles mit dem Hammer, wozu auch die Extraction des Ambosses getreten ist; aber der Aufgabe, alle erkrankten Knochenpartien des Atticus vom Gehörgange aus zu entfernen, sei nicht immer möglich nachzukommen; doch gelingt es nicht selten auch in solchen Fällen, durch eine consequente Nachbehandlung die Eiterung zum Stillstand zu bringen.

Bei 23 Fällen von Atticuseiterung, wo keinerlei Symptome auf eine Bethheiligung des Warzenfortsatzes hinwiesen, excidirte R. den Hammer, in 16 von diesen Fällen auch den Amboss, und erzielte 15 Heilungen, wobei R. erwähnt, er verstehe unter Heilung einer chronischen Eiterung das Trockenbleiben mindestens während eines halben Jahres. In der Mehrzahl der geheilten 15 Fälle trat schon nach 1—3 Wochen Vernarbung ein; hörte die Eiterung nach dieser Zeit noch nicht auf, so übte Reinhard jetzt die Ausspülungen mittelst Antrumcanülen, wonach bald eine Verringerung und schliesslich das völlige Aufhören der Eiterung zu constatiren war.

---

\*) Vortrag, gehalten in der Section für Ohrenheilkunde auf der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Halle a. S.

Die in vielen Fällen der Atticuseiterung bestehenden Ohrenscherzen, welche in die ganze Seite des Kopfes ausstrahlten, Druck und Eingenommenheit im Kopfe schwanden fast sofort nach der Excision der Gehörknöchelchen.

Die Gehörsfunction wurde in der Hälfte der Fälle gebessert, in der anderen Hälfte blieb sie gleich.

Reinhard empfiehlt, beim Fehlen von Warzenfortsatzerscheinungen die Operation immer vom Gehörgange aus vorzunehmen; wenn sich nach längerer Zeit die Unmöglichkeit der Heilung auf diesem Wege ergibt, nimmt er die Eröffnung des Antrums vor.

Zum Schlusse seines Vortrages fordert Reinhard die Fachgenossen auf, mit Uebergang aller bisher als erfolglos bekannten Behandlungsweisen sogleich nach Erkennung des otoscopischen Befundes zum chirurgischen Eingriff zu schreiten.

Referent glaubt, dass der Autor hier zu weit gehe; sicherlich ist das operative Vorgehen für eine Reihe der Atticuseiterungen unerlässlich, ebenso sicher ist es aber, dass ein grosser Theil der auf den oberen Trommelhöhlenraum beschränkten Eiterungen durch die conservative Behandlungsmethode zur Heilung zu bringen ist, allerdings nur mit völliger Beherrschung der hierbei erforderlichen Technik. So wie R. nicht gleich das Antrum aufmeisselt, sondern erst dann, wenn trotz Hammer-Amboss-Excision und längerer Nachbehandlung die Eiterung fortbesteht, so kann auch gefordert werden, nicht gleich die Hammer-Amboss-Excision vorzunehmen, sondern den Erfolg einer kunstgemässen conservativen Behandlung abzuwarten. Auch bei dieser, oft schon nach der ersten Ausspülung mit der Hartmann'schen Canüle, schwinden mit einem Schlage sämtliche subjective Beschwerden und die Function des Gehörorganes wird erhalten; hat man erst eine Reihe von derartigen Fällen ohne Operation unter Wiederherstellung eines fast normalen Hörvermögens dauernd geheilt, und das Andauern der erzielten Heilung nicht nur ein halbes Jahr, sondern ein halbes Decennium und noch länger controlirt, dann wird man das Unrichtige des Sofort-Operirens einsehen, wo mit der Herausnahme des Hammers und Ambosses ein grosser Theil des Hörvermögens achtlos zu Grunde gerichtet wird.

Liegen Complicationen vor, welche jeden Aufschub als unverantwortlich erscheinen lassen, oder deutliche Symptome einer ausgedehnteren Antrum- oder einer Warzenfortsatz-Erkrankung, dann muss sofort operirt werden.

Gomperz.

#### **Zur Bedeutung des Schallquantums für die Hörprüfung.** Von Dr. Hermann Dennert. (Ibidem XXXIV, VI)

Der Autor empfiehlt die Berücksichtigung der Quantität des Schalles neben der Intensität desselben für Zwecke der Hörprüfung und illustriert ihre Zweckmässigkeit an folgender, von ihm geübten Untersuchungsmethode:

Er benützt in der Hauptsache zwei Stimmgabeln, C und C<sub>4</sub>, ohne dabei auf Töne aus den anderen Octaven ganz zu verzichten. Die C-Stimmgabel trägt an jeder Zinke eine Scheibe von 10 Ctm. Durchmesser und 85 Gramm Gewicht, mit welcher Armirung sie schneller ausschwingt, bei stärkerer Intensität des Tones. Die C<sub>4</sub>-Gabel bringt D. mit einem



Elfenbeinhämmerchen, die C-Gabel mit einem Percussionshammer derart zum Tönen, dass erstere 20—25 Secunden, letztere 30—40 Secunden lang von einem feinen Ohr intermittierend gehört wird, wenn sie, in der Anfangsintensität schwingend, in einer Bewegungsbreite von 20 Ctm ein Mal in der Secunde pendelförmig vor dem äusseren Gehörgang vorbeigeführt wird, derart, dass dieser in der Mitte dieser Bewegungsbreite liegt. Die Secundenanzahl, während welcher die Gabel gehört wird, wird notirt. Wird die Gabel nicht mehr intermittierend gehört, so wird der Ton von Neuem vernommen, wenn man jetzt ein grösseres Schallquantum als vorher bei dem regelmässig intermittirenden Typus auf das Gehörorgan einwirken lässt. Dabei hört ein normales Ohr die C<sub>4</sub>-Gabel noch ca. 4, die C-Gabel noch ca. 15 Secunden. Die Verwendung dieser Methode bei Schwerhörigen lässt die Veränderung des Hörvermögens nach der Breite der hohen und tiefen Töne erassen.

D. findet diese Methode der Hörprüfung angenehmer für das Gehörorgan und hält dabei die Beurtheilung der Hörschärfe für die betr. Stimmgabel leichter; Täuschungen sind viel schwerer möglich; Veränderungen der Hörschärfe lassen sich mit dieser Methode zweckmässig controliren.

Gomperz.

**Gehirnsarcom fälschlich als Gehirnabscess diagnostieirt und operirt.**  
Von Gesselewitsch und Wanach. (Botkin's Hospitalzeitung No. 7, 1895 [russisch].)

Es bestand intra vitam rechtsseitige Otorrhoe, Pulsverlangsamung, Stauungspapille, ausserdem Empfindlichkeit und Hautödem über dem rechten Ohr, jedoch kein Fieber. Man sei daher mit der Diagnose Hirnabscess vorsichtig.

Gorodecki.

## b) Rhinologische:

**Ueber die Behandlung von Nasensehewandverbiegungen mit der Trephine.** Von Dr. Kretschmann in Magdeburg. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 360, 1895.)

Besprechung der Vorzüge und Schattenseiten des von M. Schmidt in seinem Lehrbuche „Die Krankheiten der oberen Luftwege etc.“, pag. 457, und von Spiess im Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, pag. 282, warm empfohlenen, mit dem obengenannten Apparate ausgeübten Verfahrens der Entfernung von Septumdeviationen.

Beschorner.

**Adenoide Wucherungen bei Kindern.** (Adenoid growths in children.)  
Von Eustace Smith, M. D., London. (Lancet, 25. Mai 1895.)

Verf. bespricht in ausführlicher Weise die neueren Anschauungen über die adenoiden Wucherungen und ihre Folgen für die benachbarten Organe und für die allgemeine Gesundheit. Er erwähnt speciell die krähende Inspiration neugeborener Kinder, die er wohl sehr mit Recht dem Vorhandensein einer Rachenmandel zuschreibt, dann die Einwirkung auf die allgemeine Ernährung und auf den geistigen Zustand der Kinder. Er empfiehlt mit Recht die frühzeitige Entfernung der Wucherungen.

M. Schm.

**Die Behandlung der Rhinitis bei Säuglingen.** Von Dr. Vohsen. (Zeitschrift für ärztliche Landpraxis, Heft 5, 1895.)

Der Autor weist zunächst auf die schweren Erkrankungen hin, die zu einer Rhinitis bei Säuglingen hinzutreten können. Bei der Therapie beachtet er hauptsächlich zwei Umstände: Die Entfernung des Secretes und die therapeutische Beeinflussung der Schleimhäute.

Bei der Untersuchung der Nase verwendet V., nach Cocainisierung des Inneren mit 1 proc. Lösung, eine wattearmirte, mit Vaseline bestrichene Sonde. Hierauf untersucht er Mund und Rachen. Zur Entfernung des Secretes empfiehlt er durch einen die Nasenöffnung gut abschliessenden Schlauch Luft mittelst Ballons oder Mundes in die eine Nasenhälfte zu blasen, so dass durch die andere Nasenöffnung das Secret austreten kann. Nachdem die Schleimhaut auf diese Weise gereinigt ist, legt er ein nicht zu grosses Wattebäuschchen mit 3 proc. Borglycerinlösung in die Naseneingänge. Dieses Verfahren, das man den Angehörigen überlassen kann, soll vor jeder Nahrungsaufnahme erfolgen. Die Gefahr der Infection des Mittelohrs soll nur eine sehr geringe sein.

Dr. Alt.

---

**Heftige Blutungen aus der Nase.** (Severe haemorrhage from the nose). Von W. Freudenthal, M. D., New-York. (The Post-Graduate, März 1894.)

Während die Blutungen aus den Erosionen des vorderen Theils des Septum nicht seltene sind, werden nur wenige Fälle von solchen aus der mittleren Muschel berichtet. Verf. hat deren drei gesehen. Die eine entstand in Folge einer oberflächlichen galvanocaustischen Aetzung bei einer Kranken, die sicher nicht Bluterin war. Die beiden anderen waren menstruelle. Es gelang ihm in allen die Blutung durch Tamponnement von vorne zu stillen, nachdem er die blutenden Stellen gesehen hatte. Die Entstehung der gewöhnlich zu dem Nasenbluten Anlass gebenden Erosionen am Septum schreibt auch er dem Bohren mit dem Finger zu. Er hat einen, dem von Hajek mitgetheilten Falle sehr ähnlichen, gesehen, in dem eine Gangrän der Scheidewand in geringem Umfange im Anschluss an eine Erosion vorhanden war, und einmal beobachtete er, dass an dieser Stelle eine Vertiefung, die die Scheidewand beinahe durchbohrt hatte, bestand. Aus diesen Erosionen können mitunter auch heftige Blutungen stattfinden. Er berührt dann noch die anderen Ursachen: wie die vicariirende Menstruation und die geschlechtliche Reizung. Unter den Ursachen von heftigem Nasenbluten vermisst Ref. die Anführung der Cirrhosis hepatis. Betreffs der Behandlung bemerkt Verf., dass es ihm bisher immer gelungen sei, der Blutung durch das vordere Tamponnement Herr zu werden. Unter den weiteren Mitteln hebt er das Antipyrin in Lösung, sowie das Einspritzen von frischem Citronensaft als ganz besonders wirksam hervor. Er zieht das Tamponnement, einerlei mit welchem Medium, vor, um so mehr, da man doch immer Watte oder Gaze leicht zur Hand habe. (Gerade bei sehr starkem Nasenbluten ist auch das Abbinden der Glieder mitunter recht angebracht. Ref.)

M. Schm.

**Zur Topographie und Chirurgie der Nasenhöhle.** Von Pros. S. N. Delizin. (Wratsch No. 17, 1895.)

Der Zutritt zur Nasenhöhle per vias naturales ist ein beschränkter. Zur Entfernung vieler Neubildungen muss man sich einen breiten Weg bahnen, wozu es drei Methoden giebt: 1) Resection der vorderen Wand nach König, Bruns, Chassaignac, Ollier etc., 2) die osteoplastische Oberkieferresection nach Weber und Langenbeck, 3) die Spaltung des weichen resp. Resection des harten Gaumens nach Maisonneuve, Nélaton etc. An diese Methode reiht D. folgende Modification an: Spaltung des weichen Gaumens im lateralen Theil, Durchsägung des harten Gaumens parallel dem Alveolarrand, aber in einiger Entfernung von ihm. Fernere Durchsägung rechtwinklig zum vorderen Ende der ersten Sägelinie bis zum entgegengesetzten Alveolarrand, Durtrennung mit einer Scheere des Septum narium, Abhebelung des ganzen mobil gemachten Lappens nach unten, Entfernung der Neubildung, Reposition und Fixation des Lappens.

Keine der erwähnten Methoden macht die andern überflüssig. Die Wahl der Methode hängt von Sitz, Grösse und Eigenschaft der Neubildung ab. Von präliminaren Operationen indicirt die Resection der Nasenbeine nur Choanentamponade, bei Resection des Gaumens operire man am hängenden Kopfe, bei Kieferresection kann Tracheotomie mit Tamponade der Trachea nothwendig sein.

Von den Nebenhöhlenerkrankungen fordert die pathologisch afficirte Stirnhöhle am häufigsten zum Eingriff auf (Indicatio vitalis). Die Höhle kann auf drei Wegen eröffnet werden: 1) von aussen. Es ist dies eine ernste und entstellende Operation; 2) Punction der unteren Wand durch die Nase; ist unsicher und gefährlich; 3) Sondirung des Canales ist mittelst des Lichtwitz'schen Catheters gut ausführbar, wovon sich D. an Präparaten überzeugt hat. Dieser Catheter ist 12 Mm. dick und in einer Entfernung von 1 Ctm. vom Ende rechtwinklig abgebogen.

Ueber die Chirurgie der Highmorshöhle bringt D. nichts Neues. Die Keilbein- und Siebbeinhöhlen hält er für chirurgische Eingriffe wenig geeignet. Gorodecki.

**Demonstration von Schädeln, die den Einfluss des Cretinismus auf die Gestalt der Nasenhöhlen zeigen.** (Demonstration of skulls showing the effects of Cretinism on the shape of the nasal chambers.) Von Harrison Allen, M. D., Philadelphia. (New-York med. Journ., 2. Februar 1895.)

Verf. bespricht zuerst an der Hand der Literatur die Veränderungen, die der Schädel im Ganzen erleidet.

In dem einen Falle war die Nase weit vorragend, in dem anderen, dessen Gesichtsknochen im Allgemeinen Zwergwuchs zeigten, waren die Ossa nasi sehr klein und standen senkrecht. In beiden Schädeln lagen die unteren Muscheln verhältnissmässig sehr hoch in der Höhle und waren die Choanenöffnungen sehr grosse.

In Amerika gebe es bis jetzt sehr wenig Cretins; Verf. fürchtet, dass durch die massenhafte Einwanderung der ärmeren Klassen der Bevölkerung aus Europa dieselben bald zunehmen würden.

M. Schm.

### Ueber die verschiedenen Gerüche und ihren Einfluss auf die Stimme.

(Des odeurs et de leur influence sur la voix.) Von Dr. Joal.  
(Revue de laryngologie et d'otologie No. 3, 1894.)

Ob dieser Einfluss besteht, ist von der grössten Wichtigkeit für alle Leute, welche der Stimme zum Berufe bedürfen. Empirisch wissen alle Künstler, dass der Geruch gewisser Blumen, z. B. Rosen, Veilchen, Lilien, Nelken, Gardenia, Tuberosa, Flieder, der Stimme schaden. Die Aerzte wissen jetzt nach der genauen Beschreibung des erectilen Schleimhautgewebes der Nase und dem Verständniss der Reflexneurosen, dass gewisse Einflüsse auf die Stimme bestimmt bestehen können. Die plötzlichen Todesfälle, welche namentlich von älteren Autoren in Folge von Blumenanhäufung in Schlafzimmern angeführt werden, sind mit Vorsicht aufzunehmen; höchstens liesse sich dies, nicht durch die verschiedenen Gerüche, sondern eher durch Anhäufung von Kohlensäure und Mangel an Sauerstoff erklären; auch liess man früher gewisse flüchtige Gifte unter dem Deckmantel von Wohlgerüchen inhaliren. Bewiesen ist, dass viele Wohlgerüche Schwindel und Migraine hervorrufen; ebenso können Ohnmachten, Krämpfe, Schlafsucht, Schnupfen, Asthmaanfalle auftreten; Verf. erzählt viele Beispiele dieses Einflusses. Was die laryngealen Symptome betrifft, so kann Aphonie entstehen mit Brustbeklemmung; unsere neueren theatralischen Künstler wissen eine Menge solcher Ereignisse zu erzählen. In einem zweiten Capital sucht Verf. den schädlichen Einfluss der Wohlgerüche auf Nase, Rachen, Larynx und das normale Athmen wissenschaftlich durch Rhinoscop, Laryngoscop und Spirometer zu beweisen; diese zwar nicht zahlreichen Beispiele beweisen dennoch auf unwiderstehliche Weise diese Einflüsse. Schliesslich muss man zu dem Schluss kommen, dass ein bestimmter Zusammenhang zwischen gewissen Geruchsempfindungen und gewissen Stimmstörungen besteht. Schon Hack hat im Jahre 1887 auf diese doppelten Reflexe aufmerksam gemacht. Gerüche gewisser Blumen, wie der Mimosa, des Flieders, der Veilchen, rufen Nasenleiden hervor, welche in drei vom Verf. beobachteten Fällen eine einfache Verminderung des Athmens hervorriefen, welche Verminderung bei gewöhnlichen Menschen unbeachtet geblieben wäre, hier aber durch den Gesang sich bemerkbar machte; die Patienten mussten Anstrengungen der Stimme machen, welche letztere verdarben. Am Ende seiner interessanten Arbeit kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Ausser den allgemeinen von den Autoren angegebenen Störungen können die Geruchswahrnehmungen eine Stimmstörung hervorbringen; 2) diese Störungen können auf die Resonatoren, auf die vibrirende Seite und auf die motorische Seite des ganzen Stimmapparates einwirken; 3) die Geruchsempfindung löst einen ersten Reflex aus, welcher das erectile Gewebe der Nasenschleimhaut zum Schwellen bringt und die Endigungen des Trigemini reizt; daher ein zweiter Reflex, welcher verschiedene Symptome hervorrufen kann: a. vasomotorische Störungen der Mucosa (Pharyngitis, Laryngitis), b. vasomotorische Störungen der Laryngealschleimhaut (Lähmung der Constrictoren), c. nervösen Husten, d. Spasmus der Bronchialmuskeln; 4) diese Reflexe ändern die Tonfarbe, erschweren die hohen Töne, können Heiserkeit und sogar Aphonie hervorbringen; sie können das Athmungsvermögen vermindern, die Töne weniger stark machen und so die Kräfte des Sängers ver-

mindern; 5) diese Störungen kommen am leichtesten bei nervösen Personen vor und besonders bei neuropathischen Arthritikern. Ein schon bestehendes Nasenleiden leistet diesen Störungen Vorschub; 6) der Gebrauch des Cocain ist bei solchen Leiden von Nutzen. Dr. P. K.

**Ein überzähliger Zahn, welcher in der Nase gefunden wurde.** Von Dr. H. Daac in Christiania. (Arch. f. Laryngologie etc. Bd. II, Heft 3, pag. 301, 1895.)

Stülpt sich ein Zahnkeim, bevor die Gaumenspalte geschlossen wird, von der Mund- in die Nasenhöhle und schliesst sich später die Gaumenspalte, so liegt der Zahnkeim in der Nasenhöhle und entwickelt sich in ihr selbstständig. Der so entstandene Zahn wird Embolus genannt. Bei einer 53jährigen Frau fand D. einen solchen Embolus am Boden der rechten Nase und entfernte ihn. Beschorner.

**Ueber spontane Nasensteine. Nothwendigkeit der microscopischen und chemischen Untersuchung.** (Des rhinolithes spontanés. Nécessité de pratiquer l'examen histologique et chimique.) Von Dr. E. J. Moure. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 6, 1894.)

Die seit Alters schon bekannten Nasensteine sind in bei Weitem den meisten Fällen secundärer Natur, das heisst die Concremente legen sich um einen von aussen gekommenen oder in der Nase sich schon befindenden Fremdkörper herum. Diese sich schon in der Nase befindenden Fremdkörper, welche ja nur eingetrocknete Schleimkrusten sein können, haben mehrere Autoren (Berlioz) in die Klasse der spontan entstehenden Rhinolithen gereiht. Verf. giebt die Krankengeschichte nebst der microscopischen und chemischen Untersuchung eines solchen Falles. Die chemische Beschaffenheit dieser Art von Nasensteinen ist nicht immer dieselbe, wie aus dem Vergleich der verschiedenen angestellten Analysen hervorgeht; namentlich schwankt der Gehalt an kohlen-saurem Kalk. Das fast gänzliche Fehlen des Chlornatriums ist allen Nasensteinen eigen und lässt schliessen, dass die Thränen, welche ja fast nur Chlornatrium enthalten, nicht zur Bildung der Rhinolithen beitragen. Verf. erzählt dann zwei Krankengeschichten, wo man auch spontane Nasensteine angenommen hätte, wenn die microscopische Untersuchung nicht gemacht worden wäre. Dr. P. K.

**Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem.** Von Dr. Avellis in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. 3, pag. 303, 1895.)

A. lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse Beschwerden, welche von Kranken mit Kieferhöhlenempyemen geklagt werden und mit diesen nicht selten im Zusammenhange stehen. Abgesehen von Kopfschmerz, Nasenverstopfung, üblem Geruch etc. sind es u. A. Magenleiden, ungewöhnliche nervöse Beschwerden, Oedema fugax im Gesicht und Gesichtsanschwellung. Bezieht sich die Heilung acuter Empyeme glaubt A., auf Erfahrung gestützt, dass eine solche bei jeder Art von Ausspülung, sei es von der natürlichen Oeffnung, der Alveole oder der Fossa canina aus, in wenig Tagen geschehen könne, auch Selbstheilung von, bei Infectionskrankheiten entstandenen Kieferhöhlenempyemen hält er für möglich,

berechtigt sei aber in jedem sicher diagnosticirten Falle die künstliche Eröffnung, da wir in ihr ein sicheres und gefahrloses Mittel besitzen, die Beschwerden des Empyems sofort zu beseitigen.

Beschorner.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Ueber Veränderung der Lippen als Folge lange bestehender Mundathmung.** Von Dr. Ott in Constanz. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 299, 1895.)

Blasse, welche, dünne, anscheinend atrophische Lippen erachtet O. zuweilen als Folge lange Zeit fortbestehender Mundathmung. Er glaubt, dass hierbei neben Atonie des *Musc. orbicular. oris* auch die Atrophie der Fasern desselben den übrigen Symptomen beizufügen ist. Die Therapie bestehe in methodischer Uebung, Massage, Electricität, vor Allem aber in Herstellung normaler Nasenathmung. Beschorner.

**Pharyngotomia suprahyoidea.** Von F. M. Eremitich. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 2, 1895.)

Verf. beginnt mit der Beschreibung eines Falles, wo ein Selbstmörder sich einen 12 Ctm. langen Schnitt 2 Mm. über dem Os hyoideum und demselben parallel beibrachte. Der Schnitt drang bis zur hinteren Pharynxwand durch. Die grossen Gefässe waren nicht verletzt und es war ein sehr breiter und bequemer Zugang zu der Zungenwurzel und dem Pharynx geöffnet. Die Wunde wurde in zwei Etagen genäht, Drains eingelegt. Keine Tracheotomie, Morphium subcutan. Ernährung per Rectum. Heilung per primam in 8 Tagen, bis auf eine kleine Fistel, die in weiteren 3 Wochen zuheilte. Verf. vergleicht alsdann die bisher zu operativen Zwecken ausgeführten Pharyngotomiae subhyoideae mit dem beschriebenen Fall und kommt zu dem Schluss, dass es sich empfehlen würde, die Pharyngotomia suprahyoidea dem beschriebenen Falle künstlich nachzubilden, da dieselbe einen viel breiteren und bequemeren Weg zum Pharynx schafft, nicht blutig ist und prompt heilt. Die vom Verf. empfohlene Technik ist am besten im Original nachzulesen, enthält übrigens Nichts, was sich nicht aus den anatomischen Verhältnissen von selbst ergebe.

Im Gegensatz zu den Ansichten von König und Nélaton über die Behandlung penetrirender Halswunden ist Verf. der Ansicht, dass die Tracheotomie nicht nothwendig und dass die primäre Naht gestattet sei.

Gorodecki.

**Ueber Pharynxstricturen.** Von Dr. Fleischmann und Dr. Borchard in Görbersdorf und Memel. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 345, 1895.)

F. und B. fanden in der casuistischen Literatur keinen Fall von nicht-luetischer Pharynxstrictur. Daher beanspruchen zwei von ihnen eingehend mitgetheilte einschlägige Fälle besonderes Interesse. Bei dem einen, einem 16 jährigen jungen Manne, handelte es sich um eine möglicher Weise nach Diphtherie entstandene doppelte Pharynxstrictur; bei

dem anderen, einem 23 Jahre alten Seemann, um eine obere Pharynx-strictur, welche nach Heredität und Habitus des Patienten, nach, an seinem Körper fühlbaren Residuen, den im übrigen normalen Schleimhäuten der oberen Luftwege, der Art der vorgenommenen Eingriffe, mehr scrophulo-tuberculösen alsluetischen Ursprungs gewesen sein dürfte. — Eines dritten Falles wird Erwähnung gethan zwecks Illustration der Thatsache, dass nach Diphtherie bisweilen Defecte im Rachen zurückbleiben. Ein 22jähriges Mädchen hatte im 14. Lebensjahre Diphtherie durchgemacht. Sie zeigte an beiden rechten Gaumenbögen, am vorderen zwei, am hinteren eine schlitzförmige,  $\frac{1}{2}$ —1 Ctm. lange Perforation. Umrandung und benachbarte Gewebe waren durchaus normal, ein Umstand, der darum in's Gewicht fällt, weil man in ihm ein Merkmal zu sehen pflegt, das die angeborenen von den erworbenen Substanzverlusten unterscheidet. Farbige Abbildungen bringen die genannten Affectionen zur Anschauung. Beschorner.

---

**Unilaterale congenitale Anomalie des Gaumensegels.** (Un cas d'anomalie congénitale unilatérale du voile du palais.) Von Dr. Posthumus Meijes. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 8, 1894.)

Es sind seltene Fälle. Ein 20jähr. Mann zeigte auf beiden Seiten der Uvula je einen weichen Polypen. Der rechte Arcus palatoglossus zeigte, ähnlich wie der vor Kurzem von Seifert in obiger Wochenschr. beschriebene Fall, eine lange, mit dem Arcus parallel laufende Oeffnung, welche keine narbige Oeffnung, also kein erworbener Substanzverlust war, sondern als angeboren zu betrachten, und zwar als fehlerhafte Ausbildung der pharyngealen Kieme anzusehen war. Dr. P. K.

---

**Maligne Leiden der Mandeln.** (Affections malignes des amygdales.) Von Dr. Macintyre. (Société britannique de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngol. et d'otologie No. 4, 1894.)

In den letzten zehn Jahren behandelte Verf. 12 Fälle von malignen Mandeltumoren, von welchen er zwei beschreibt: 1) ein primäres Mandel-epithelioma bei einem 60jähr. Manne, wo der Tumor vom unteren Ende des Arcus palatoglossus und an der Mandel scharf abgegrenzt war. Operation. Heilung. 2) Mandelsarcom bei einer 58jähr. Frau. Operation mit relativer Heilung; Recidive auf der anderen Seite. Tod.

Dr. P. K.

---

**Folgen eines Mandelsarcoms.** (Les suites d'un cas de sarcome de l'amygdale.) Von Dr. Wolfenden. (Société britannique de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngologie et d'otologie No. 4, 1894.)

Die Operation war so vollständig als möglich gemacht worden und schien gelungen zu sein. Recidive nach 12 Monaten; da der Fall verzweifelter Natur war, machte man blos eine Palliativoperation. Patientin heilte von selbst (?). Dr. P. K.

---

### **Ueber einige Eigenschaften des Behring'sehen Antidiphtherieserums.**

Von G. J. Goriatsky. (Wratsch No. 7, 1895.)

Verf. untersuchte im Petersburger Institut für Experimentalmedizin unter Leitung von Prof. Nencki einige Eigenschaften des Behring'schen Serums und gelangt zu folgenden Sätzen:

1) Durch anhaltende Einwirkung niedriger Temperaturen ( $-3^{\circ}$  bis  $-16^{\circ}$  R.) im Laufe einiger Tage, wie dies in Zukunft auch bei weiterem Transport des Serums im Winter vorkommen dürfte, verliert dasselbe einen Theil seiner curativen Wirkung (um mehr als das  $1\frac{1}{2}$ fache).

2) Durch Einwirkung von Methyl- oder Aethylalcohol wird aus dem Serum das Antitoxin, aber in etwas abgeschwächter (modificirter) Form ausgefällt.

3) Das Antitoxin diffundirt nicht durch thierische Membranen, gehört somit wahrscheinlich zu den Eiweisskörpern.

4) Was das Diphtherie-Toxin anbetrifft, so erleidet es durch Einwirkung niedriger Temperaturen keinerlei Veränderung.

Gorodecki.

### **Die Behandlung der Diphtherie nach der Behring'schen Methode.**

Von N. Th Gamaleia. (Wratsch No. 14, 1895.)

Der durch seine bacteriologischen Arbeiten wohlbekannte Verfasser hat sich persönlich sowohl in Deutschland, als in Frankreich mit Methode und Resultaten der Behring'schen Therapie vertraut gemacht. In seiner Arbeit giebt er eine klare und genaue Uebersicht über den Gegenstand und gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Serumtherapie ist eine noch nicht abgeschlossene und weder von der wissenschaftlichen noch practischen Seite vollkommene Methode.

2) Die Serumtherapie beeinflusst die diphtheriekranken Kinder günstig und setzt die Mortalität deutlich herab.

3) Sie beeinflusst am mächtigsten die locale Affection und die Intoxication, weniger die polyneuritischen Erscheinungen.

4) Bei der Serumtherapie muss man hauptsächlich die Herzschwäche bekämpfen.

5) Die Serumtherapie ist um so wirksamer, je mehr Immunitäts-einheiten injicirt werden. Die deutsche Dosirung ist ungenügend.

6) Sie ruft eine Reihe von Complicationen hervor, die um so zahlreicher sind, je mehr Serum eingeführt wird.

7) Die Qualität des Serums unterliegt staatlicher Controlle.

Gorodecki.

### **Schwere Erscheinungen nach Injection von Behring'schem Heilserum.**

Von P. K. Haller. (Wratsch No. 6, 1895.)

Ein  $8\frac{1}{2}$ jähriger Knabe erkrankte am 7. Januar an Diphtherie; am folgenden und nachfolgenden Tage wurden im Ganzen 1750 Immunitäts-einheiten injicirt. Am 12. Januar war Pat. anscheinend hergestellt. Am 16. Januar erschien auf der Brust ein Erythem, welches sich in den nächsten Tagen über den ganzen Körper ausbreitete, stellenweise Petechien; die Temperatur stieg bis  $39,5$ . Schmerzen und Unbeweglichkeit in den unteren Extremitäten; im linken Kniegelenk Exsudat. Die Erscheinungen verloren sich allmählig bis zum 29. Januar, doch bestand



in den letzten Tagen noch Arythmie und Unregelmässigkeit des Pulses. Verf. ist geneigt, die verschiedenen Erscheinungen auf Blutaustritte in die Hirnhäute zurückzuführen.

Gorodecki.

**Ueber Arthritis cricoarytenoidea acuta und subacuta bei Rheumatismus.** (De l'arthrite cricoaryténoïdienne aiguë et subaiguë de nature rhumatismale.) Von Dr. Compaired. (Bollettin. delle malattie dell' orecchio und Revue de laryngol. et otologie No. 3, 1894.)

Verf. giebt drei Krankengeschichten, welche zwei acute und eine subacute Affection betreffen. Bei allen drei Pat. bestand Schmerz beim Phoniren und Schlucken, Röthung und Schwellung der Cartilagine arytenoidei und der betreffenden Mucosa, Klaffen des hinteren Drittels der Stimmritze beim Phoniren.

Dr. P. K.

**Verhältniss des Nervus phrenicus und des Nervus laryngeus inferior, nebst Erklärung des Umweges, welchen letzterer einschlägt.** (Relation entre le nerf phrénique et le nerf laryngé inférieur, avec explication du trajet détourné de ce dernier.) Von Dr. Davier. (Lancet und Revue de laryngol. et d'otologie No. 3, 1894.)

Der rücklaufende Verlauf des Recurrens erscheint dem Verf. eine Einrichtung der Natur zu sein, um zum Zweck zu gelangen. Da beim Inspirium die Erweiterung der Glottis und das Senken des Diaphragma die hauptsächlich wirkenden Factoren sind, so liegt auf der Hand, dass ihre Action ganz synchron sein muss; der vom Centrum ausgehende Reiz muss also beide Inspirationsorgane zugleich treffen. Das Vaguscentrum stellt das Athmungscentrum zugleich vor und giebt den Reiz zum Recurrens und Phrenicus ab. Der Phrenicus ist sehr lang, er stammt aus dem dritten, vierten und fünften Cervicalnerven. Aber die Gruppe der Nervenzellen, welche seine Fasern bilden, liegt hoch oben in der Medulla in der Nähe des Vaguscentrums. Die Wichtigkeit seiner vitalen Functionen ist klar bewiesen durch das Factum, dass am Anfang zu seiner Bildung drei Wege bestehen, welche den Reiz des Phrenicuscentrums zum Diaphragma bringen. Diese drei Linien sind in der Cervicalgegend ganz getrennt, weil in dieser Gegend die Bewegungen des Kopfes die Thätigkeit einer einzigen Linie behindern könnten; in den Thorax gekommen, vereinigen sich diese drei Linien zu einer einzigen, weil im Innern des Thorax keine Zerrung mehr stattfinden kann. Der Recurrens enthält alle motorischen Fasern des Larynx, ausgenommen die, welche für den Musculus cricothyroideus bestimmt sind. Von all' diesen Recurrensfasern sind die der Musculi cricothyroidei postici für das Athmen von Bedeutung. Kämen diese direct von oben an die hintere Larynxwand, so würde die Glottis sich öffnen, ehe das Diaphragma den Thorax erweitert hätte, das heisst, die beiden activen Bewegungen wären nicht mehr synchronisch; deshalb hat die Natur dem Phrenicus und dem Recurrens beinahe dieselbe Länge gegeben.

Was das Toniren betrifft, so wissen wir, dass die Spannung der Stimmänder durch die Musculi cricothyroidei stattfindet und dass diese Muskeln vom äusseren Aste des Laryngeus superior besorgt werden; dieses motorische Nervenbündel ist das einzige motorische des ganzen Laryngeus superior; es stellt also einen directen Weg des vom respira-

torischen Larynxcentrum ausgehenden Reizes dar. Diese Spannung der Stimmbänder ist absolut nothwendig zur Production eines Tones, und diese Spannung muss bereits bestehen in dem Momente, wo der Ton hervorgebracht werden soll; in anderen Worten: der motorische Impuls muss an den Musculus cricothyroideus gelangen, bevor die anderen Larynxmuskeln in Thätigkeit treten.

Dr. P. K.

**Recurrenslähmung bei einem Kinde in Folge Einschliessens des Nerven in serophulöse Drüsen.** (Cas de paralysie du recurrent chez un enfant, par suite de son implication à l'intérieur de glandes scrofuleuses.) Von Dr. Macintyre. (Société britannique de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngol. et d'otologie No. 4, 1894.)

Der Fall ist insofern interessant, als er ein 4 $\frac{1}{2}$ jähr. Kind betrifft. Auffallend war der stark bellende Husten, wie er sonst nie beobachtet wird; der Larynx schien im Spiegelbilde normal bis auf die Lähmung des linken Stimmbandes. Bei der besonders linksseitig bestehenden Lungentuberculose und dem laryngoscopischen Befunde musste man einen Druck auf den linken Recurrens annehmen, welche Diagnose dann auch durch die Section bestätigt wurde.

Dr. P. K.

**Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit.** (Apsithyrie.) Von Dr. C. E. Langner, z. Z. in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 310, 1895.)

Interessanter Fall echter hysterischer Stummheit (Apsithyrie), bei dem es sich um eine functionelle Lähmung handelte, welche den Kranken (Simulation ausgeschlossen) des Willens zu sprechen beraubte. Das wesentlichste Hilfsmittel zu allmählicher Heilung bildete die eigenartige Anordnung, welche Dr. Kayser, der behandelnde Arzt, traf, indem er den Kranken dessen eigenen Kehlkopf sehen liess. Es war kein Zweifel, dass diese eigene Controle der Stimmbandbewegungen das Muskelgefühl bedeutend stärken und wieder zu einem selbstständigen Regulator für die Lautgebung machen musste.

Beschorner.

**Laryngologische Irrungen.** Von Dr. A. Kuttner. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 355, 1895.)

1) Bei einem 72jährigen Manne mit schwerer Athemnoth wurde auf Grund laryngoscopischen Befundes, die Diagnose auf doppelseitige Posticuslähmung gestellt. Tracheotomie. Tod an Bronchitis. Bei der Section bestätigte sich diese Diagnose nicht, vielmehr wurde constatirt, dass eine entzündliche Fixation beider Crico-arytenoid-Gelenke bestanden hatte, Folge eines Abscesses im obersten Theile des Oesophagus mit Necrose der Cartilago cricoidea. — 2) Ein 27jähr. Mädchen litt an zunehmender Athemnoth. Die laryngo-tracheoscopische Untersuchung liess etwa in Höhe des fünften Ringknorpels eine kuppelförmige Vorwölbung der Trachealwand erkennen, etwa von der Grösse eines Kirschkernes. Man glaubte an Aneurysma oder Mediastinaltumor. Tiefe Tracheotomie. Geringer Erfolg. Tod unter den Erscheinungen der Kohlensäure-Intoxication. Sectionsbefund: Dicht unterhalb jenes Engpasses ausgedehnte Ulcerationen, die ihre Entstehung dem Zerfall diffus infiltrirter, gummoser Schleimhautpartien verdankten und die intra vitam bei der Unter-

suchung von oben her durch die höher gelegene Vorwölbung der Trachealwand verdeckt worden waren. — 3) 42jährige Frau mit allerhöchster Athemnoth, welche erst seit kurzer Zeit bestand, zeigte an allen, die obere Umrandung des Kehlkopfes bildenden Partien durch Oedeme und derbe Infiltrate bedingte Verdickungen mit mehr oder weniger tiefen, mit schmutzigen Belägen versehenen Substanzverlusten. Einblick in den Larynx unmöglich. Man stellte die Diagnose auf Tuberculose. Laryngo-Tracheotomie. — 10 Tage darauf ergab die Untersuchung: Schwinden des Oedems, Rückgang der Infiltrate, Heilung der Ulcerationen. Im Sputum waren Tuberkelbacillen nicht gefunden, wohl aber waren zweifelhafte Erscheinungen von Syphilis constatirt worden, welche, obgleich die spezifische Kur, die Patientin durchmachte, nur eine sehr mangelhafte war, keinerlei frische Erscheinungen mehr hervorgerufen hatte. K. meint, dass dieser Fall die heilende Wirkung der Tracheotomie auch für syphilitische Larynxaffectionen illustriert. Beschoner.

---

**Die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der bösartigen Geschwülste im Halse.** (The importance of an early diagnosis of malignant tumors of the throat.) Von J. W. Gleitsmann, M. D., New-York. (New-York med. Journ., 10. November 1894.)

Verf. sieht zunächst diese Wichtigkeit in der Möglichkeit einer endolaryngealen Operation, die er nach den bis dahin in der Literatur verzeichneten Fällen für zulässig erklärt. Auch die anderen Fälle, bei denen schon die Drüsen ergriffen sind, seien glücklicherweise nicht ganz verloren, seit man in der von Dr. Coley ersonnenen Anwendung von Einspritzungen von Erysipel und seinen toxischen Producten günstige Erfolge gesehen habe. Er bespricht die Methode nach den Erfahrungen Coley's (referirt in dieser Monatsschrift, 1895, 1, pag. 31), sodann die Einspritzungen von Methylblau, die Willy Meyer in New-York ausgiebig versucht und durch die innerliche Anwendung desselben noch bessere Ergebnisse erzielt habe, als mit den Einspritzungen. Er erwähnt dann noch kurz die Laryngofissur, die partielle und totale Exstirpation. Er hat in seinen 13 Fällen 6 Mal den Schlund und 7 Mal den Kehlkopf erkrankt gefunden. Einer der im Schlunde erkrankten vier Krebskranken wurde vor drei Monaten operirt und befindet sich wohl, die anderen starben. Zwei Fälle von Sarcom der Mandeln sind auch gestorben, der eine war unoperirbar, der andere lebte nach der Entfernung der Mandel zwei Jahre und starb durch Selbstmord. Die sechs im Kehlkopf an Krebs Erkrankten sind alle todt, einer mit Alveolar-sarcom lebte nach den letzten Nachrichten. (Wie lange her? Ref.) Laryngofissur wurde zwei Mal und ebenso oft partielle und totale Exstirpation gemacht, Tracheotomie in einem weit vorgeschrittenen Falle. Zwei Mal war Shok nach der Operation Ursache des Todes, zwei Mal Pneumonie am zweiten und dritten Tage, ein Operirter starb nach sechs Monaten an einem Rückfall, und einer, dessen totale Exstirpation sehr gut geheilt war, starb an Appendicitis. Die Frühdiagnose wird in dem Vortrage wenig besprochen. M. Schm.

**Multiple Papillome des Kehlkopfes.** (Multiple Papillomata of the larynx.) Von Max Thorner M. D., Cincinnati. (Cincinnati Lancet-Clinik, 17. November 1894.)

Der Kranke wurde mit der Krause'schen Doppelscurette, dem Voltolini'schen Schwamm und der Schlinge nach und nach vollständig geheilt. Verf. bespricht am Schlusse die Unbegründetheit der Ansicht, dass durch solche Operationen gutartige Geschwülste in bösartige umgewandelt werden könnten.

M. Schm.

**Fall eines Fremdkörpers (Goldmünze) eingebettet in den Ventrikeln des Kehlkopfes.** (A case of foreign body (Gold coin) engaged in the ventricles of the larynx.) Von A. W. de Roaldes, New-Orleans. (New-York med. Journ., 27. October 1894.)

Verf. giebt eine hübsche Abbildung des horizontal auf den beiden Stimmbändern liegenden Geldstücks. Er konnte es mit einem senkrecht fassenden Ansatz der Schrötter'schen Zange fassen; da es aber nicht fest genug gefasst war, so musste er den Spiegel weglegen und den Griff der Zange noch mit der linken Hand fester zuziehen. Zu demselben Verfahren seien in ähnlichen Fällen auch Ives und Grazzi genöthigt gewesen. Die Taschenbänder schliessen auch nach der Erfahrung des Ref. sehr fest.

M. Schm.

**Fremdkörper während 17 Monaten im Kehlkopf; Extraction mittelst Laryngotracheotomie.** (Corps étranger ayant séjourné pendant dix sept mois dans le larynx; extraction après laryngotracheotomie; guérison.) Von Dr. J. F. Klinedimt. (Medical News and Revue de laryngol. et d'otologie No. 8, 1894.)

Ein 39-jähriger Farmer wurde durch einen ihm auf den Nacken fallenden Baumstamm zu Boden geworfen. Verlust des Bewusstseins während einer halben Stunde; beim Erwachen kann er nicht sprechen und athmet schwer. Ein drei Zähne tragendes falsches Gebiss war verschwunden; die drei Zähne wurden nachher wiedergefunden, die Platte aber nicht. Nach neun Tagen wurde nach vielen Schmerzen ein grosses Stück der Platte ausgehustet. Patient ist erleichtert, aber der Husten dauert mit dazwischen vorkommenden Dyspnoe-Anfällen fort. Dieser Zustand dauert mit stetiger Kräfteabnahme fort und es wird Tuberculose der Lungen und des Larynx diagnosticirt. Der Athem ist fötide und gangränös, eiteriger Auswurf; Bronchialrasselgeräusche und sehr schwache Stimme. Das Laryngoscop zeigt einen Rest der Zahnplatte unter den Stimmbändern fest eingekeilt. Laryngotracheotomie; Extraction des Fremdkörpers mittelst einer Polypenzange. Canüle, antiseptische Behandlung; nasse Sublimatgaze über die Canüle gelegt, Heilung.

Dr. P. K.

**Suffocatorische Laryngotracheitis und Methode zur schnellen Erleichterung.** (Cas de laryngotrachéite suffocative et méthode de soulagement immédiat.) Von Dr. E. J. Kuh.

Erkältung nach Tanzen. Erstickungserscheinungen. Brechmittel halfen nicht viel. Verf. wandte den tiefgehenden Spray an und erhielt die besten Resultate.

Dr. P. K.

**Morbus Basedowii.** (Graves disease.) Von W. Edmunds, London. (Lancet, 25. Mai 1895.)

In der pathologischen Gesellschaft von London besprach Verf. an der Hand von Beobachtungen und Versuchen die Pathologie der Krankheit. Er kam zu dem Schlusse, dass dieselbe eine Erkrankung der Nerven sei, denn man könne mit Thyreoidealütterung keinen Exophthalmus hervorrufen, wohl aber durch Reizung des Sympathicus, durch welche man auch die Schwellung der Schilddrüse erklären könne. Auch könnten alle Symptome einschliesslich der Schwellung der Schilddrüse vorübergehend durch geistige Erregung entstehen. M. Schm.

### Berichtigung.

In No. 7 dieser Monatsschrift soll es S. 239, Zeile 13 von oben, statt „Weilung“ heissen „Breitung“ (Coburg).

### INHALT.

I. Originalien: Zuckerkanal: Beitrag zur Anatomie des Schläfebeines. — Kayser: Bericht über die 1893 und 1894 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (Schluss). — Bergest: Das Nasom des Kehlkopfes und der Luftröhre (Fortsetzung). — Lichtwitz: Halskiemenfistel durch Electrolyse geheilt. — Lichtwitz: Ein Fall von Angiom des Pharynx. — Szenes: Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895 (Fortsetzung). — II. Referate: a) Otologische: Váli: Versuch der Bildung eines künstlichen Gehörganges bei angeborenem Mangel des äusseren Gehörganges und beiderseitiger mangelhafter Entwicklung der Ohrmuschel. — Pansa: Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1890 bis 31. März 1891. — Reinhard: Beitrag zur Hammer-Amboss-Excision. — Dennert: Zur Bedeutung des Schallquantums für die Hörprüfung. — Gesselwitsch und Wanach: Gehirnsarcom fälschlich als Gehirnarabcess diagnosticiert und operiert. — b) Rhinologische: Kretschmann: Ueber die Behandlung der Nasenseidewandverbiegungen mit der Trephine. — Smith: Adenoide Wucherungen bei Kindern. — Vohsen: Die Behandlung der Rhinitis bei Säuglingen. — Freudenthal: Heftige Blutungen aus der Nase. — Delizin: Zur Topographie und Chirurgie der Nasenhöhle. — Allen: Demonstration von Schädeln, die den Einfluss des Cretinismus auf die Gestalt der Nasenhöhlen zeigen. — Joal: Ueber die verschiedenen Geräthe und ihren Einfluss auf die Stimme. — Dase: Ein überzähliger Zahn, welcher in der Nase gefunden wurde. — Moure: Ueber spontane Nasensteine. Nothwendigkeit der microscopischen und chemischen Untersuchung. — Avellis: Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem. — c) Pharyngo-laryngologische: Ott: Ueber Veränderung der Lippen als Folge lange bestehender Mundathmung. — Eremitzsch: Pharyngotomia suprahyoidea. — Fleischmann und Borchard: Ueber Pharynxstricturen. — Meijes: Unilaterale congenitale Anomalie des Gaumensegels. — Macintyre: Maligne Leiden der Mandeln. — Wolfenden: Folgen eines Mandelsarcoms. — Goriansky: Ueber einige Eigenschaften des Behring'schen Antidiphtherieserums. — Gamaleis: Die Behandlung der Diphtherie nach der Behring'schen Methode. — Haller: Schwere Erscheinungen nach Injection von Behring'schem Heilserum. — Compaired: Ueber Arthritis cricoarytenoidea acuta und subacuta bei Rheumatismus. — Davier: Verhältnis des Nervus phrenicus und des Nervus laryngeus inferior, nebst Erklärung des Umweges, welchen letzterer einschlägt. — Macintyre: Recurrenslähmung bei einem Kinde in Folge Einschliessens des Nerven in scrophulöse Drüsen. — Langner: Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit. — Kuttner: Laryngologische Irrungen. — Gleitmann: Die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der bösartigen Geschwülste im Halse. — Thorne: Multiple Papillome des Kehlkopfes. — de Roaldes: Fall eines Fremdkörpers (Goldmünze) eingebettet in den Ventrikel des Kehlkopfes. — Klinedim: Fremdkörper während 17 Monaten im Kehlkopf; Extraction mittelst Laryngotracheotomie. — Kuh: Suffocatorische Laryngotracheitis und Methode zur schnellen Erleichterung. — Edmunds: Morbus Basedowii. — Berichtigung.

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

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz) Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

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

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Iofrath Dr. Beschner (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. Schapfänger (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Well (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 $\frac{1}{2}$  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. XXIX.

Berlin, October 1895.

No. 10.

## I. Originalien.

### Nachtrag

zu dem in No. 7 dieser Monatsschrift S. 221 etc.  
veröffentlichten Fall von Carcinom des Ohres.

Von

Dr. Fritz Danziger, Beuthen O.-S.

(Hierzu 2 Abbildungen.)

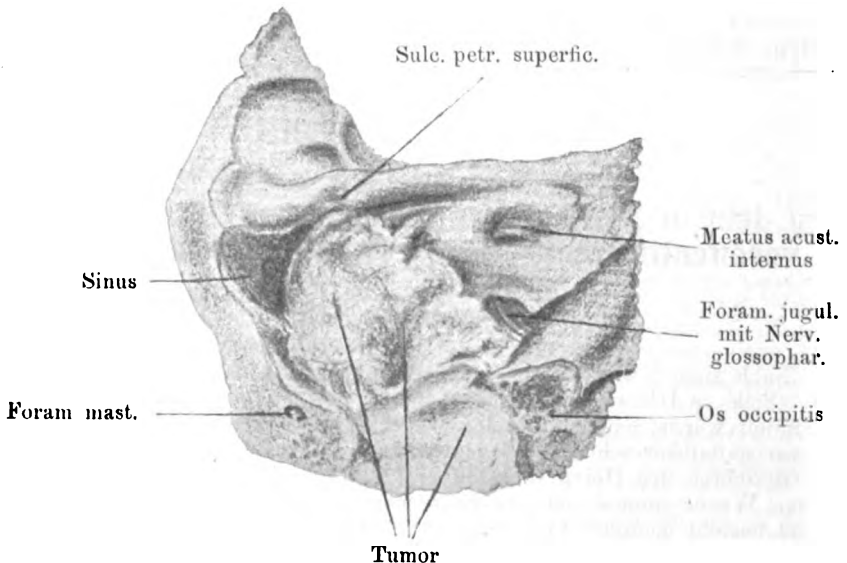
Nach einer Zwischenzeit von drei Monaten, während der Patientin sich theils in Gleiwitz aufhielt, theils hier vom Herrn Collegen Pick behandelt wurde, sah ich dieselbe wieder. Ihr Aussehen — Ende August — war auffallend schlecht, Abmagerung und Cachexie ausgeprägt. Nach den Berichten des Herrn Collegen und der Angehörigen soll sie in der letzten Woche einmal heftiges Erbrechen und „Delirien“ gehabt haben. Links besteht complete Faciallähmung, die Stirnrundeln sind auf dieser Seite verstrichen, das linke Auge, beständig offen, zeigt starke Conjunctivitis, das untere Lid ist ectropionirt, dazu beständiges Thränenträufeln. Der Mund schief nach links unten, aus dem linken Mundwinkel entleert sich fortwährend Speichel. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt. Eine Geschmacksstörung konnte Herr Dr. P. nicht sicher feststellen. Heftige halbseitige Schmerzen müssen durch Morphium gelindert werden.

Der Processus mastoideus ist stark aufgetrieben, ebenso die Gegend vor dem Ohr, wodurch dasselbe weit vom Schädel absteht. Der Gehörgang ist mit ulcerirten Massen ausgefüllt, um die Oeffnung herum, durch das immerhin geringe heraussickernde Secret bedingt, zeigt sich beginnende Ulceration. Die Palpation ergibt sowohl vor dem Ohre, als am Warzenfortsatz festweiche Massen. Nirgends ist der Tumor durchgebrochen. Am vorderen Rande des Sterno-cleido-mastoideus sind deutlich Drüsen fühlbar. Das Gehör ist gleich 0.

Anfang September traten starke Schlingbeschwerden auf, es gelang der Patientin nur noch flüssige Nahrung herunterzubringen, in den letzten Tagen fast garnichts, wodurch der Exitus, der am 16. September eintrat, beschleunigt wurde. Eine pharyngo-laryngoscopische Untersuchung konnte nicht ausgeführt werden.

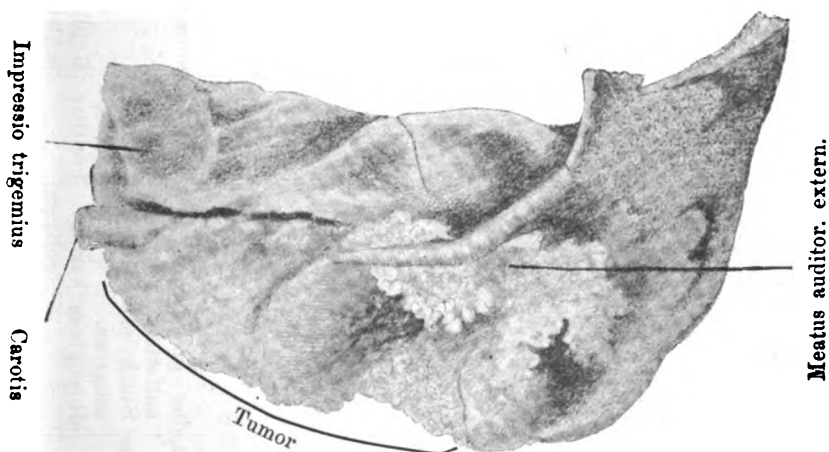
Die Section (mit Herrn Dr. Pick) musste sich auf Eröffnung der Schädelhöhle beschränken. Der convexe Theil ergab keine abnormen Verhältnisse. Nachdem das Gehirn herausgenommen war, zeigte sich der vordere untere Rand der Kleinhirn-Hemisphäre dunkel verfärbt; entsprechend dieser Stelle und über der Mitte der hinteren Fläche des Os temporum ist die Hirnhaut dunkelblau, nirgends durchbrochen, aber emporgewölbt. Nach dem Abziehen der Dura zeigt sich das in Figur I gegebene Bild. Der Tumor, von weisser, weichlicher Beschaffen-

I. Os temporum von hinten.



heit, hat den Knochen vollständig absorbiert und wölbt sich über die normale Fläche empor. Der Sinus war nicht verletzt, aber abgehoben, seine Wand mit dem Tumor verwachsen; nach innen zu reicht derselbe bis zum Foramen jugulare, in welchem er den Nervus glosso-pharyngeus vollständig durchsetzt. Vorn unten — Figur II — hat der Tumor den

II. Os temporum von vorn — unten.



Warzenfortsatz mindestens zur Hälfte durchbrochen; der knöcherne Gehörgang ist geschwunden, ebenso die Gelenkfläche des Unterkiefers, dessen Gelenkkopf in Tumormassen eingebettet war. Die Carotis ist zum Theil von den Massen umgeben, sie sind fest an die äussere Wand angewachsen.

Das in der letzten Woche aufgetretene Erbrechen, welches mit „Delirien“ einherging, war ich zuerst geneigt, auf eine Affection des Gehirns zu beziehen. Da es aber nur ein Mal auftrat und die Section ein vollständig negatives Resultat ergab, so liegt es wohl näher, die „Delirien“ als Ohrschwindel aufzufassen und dieselben zugleich mit dem Erbrechen den Menière'schen Symptomen zuzurechnen, welche bei chronischen Ohrkrankheiten ohne voraufgehende Prodrome apoplectiform auftreten können. Die Ursache der Schlingbeschwerden konnte leider nicht ergründet werden, da Patientin bereits so schwach war, dass eine Untersuchung nicht mehr vorgenommen werden konnte. Es ist zweifelhaft, ob die Erkrankung des Kiefergelenkes die Beschwerden hervorrief wegen der bei Bewegungen des Kiefers auftretenden Schmerzen, oder ob eine Lähmung des Nervus glosso-pharyngeus vorlag.

Wo der Tumor entstanden und von welchem Gewebe er ausgegangen ist, lässt sich schwer feststellen; eines aber ist sicher, dass das Leiden primär im Gehörorgan sich entwickelt hat. Der Befund im März spricht dafür, dass das Carcinom von der Schleimhaut der Paukenhöhle ausging. Merkwürdig ist die Widerstandsfähigkeit der Dura, welche direct der Geschwulst auflag, aber nirgends durchbrochen war. Dies zeugt von der Festigkeit der fibrösen Häute, im Gegensatz zu den Knochen, welche schnell in den pathologischen Process hineinbezogen werden, wie auch hier die ausgedehnte Zerstörung des Knochens beweist.

Um das Präparat zu erhalten, wurde eine eingehendere Untersuchung unterlassen.



# Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

VON

Dr. Hugo Bergcat, München.  
(Fortsetzung zu No. 9.)

	Sitz	Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung.
I.a. Broadbent	pharyng. Fläche.	unter d. Schleimhaut der aryepiglott. Falte zum Kehildeckel, innen an d. hint. Wand auf d. andere Seite fortschreitend.	blass.	bedeutend.	Schleimhaut gefaltet.	Breite Geschwulst.	L. Stimmband fast, r. ganz frei.
Rauchfuss	rechts.	Stimmband (auch Trachea ist verengt).					
Schrötter	links.	Stimmband, Kante, ganz nahe d. vorderen Anheftung. Narbe an einem Stimmband.	sehr fest — röthlich.	erbsengröss.		breitbas.	
Türck	rechts.	Stimmband, innerer Rand und obere Fläche; mehr hinten.	gelbweiss.	erbsengröss.	rundlich, wenig uneben, n. drusig.	etwas gestielt.	
Oliver v. Balassa	rechts. vorne.	Stimmband. dicht unter den Stimmbändern.	offenbar fest, gelbweiss, stellenweise rosenroth. blauroth.	das grösste, entfernte Stück erbsengröss.	uneben, drusig warzig.	breitbas, flach gelegte Masse. breitbas.	normal.
Recidiv	"	"	"	erbsengröss.	körnig gelappt.		Kehlkopf schleimh. dunkelroth.

Navratil	r., nach vom Sinus Morg. ausgeh., die ganze r. und das vordere $\frac{1}{3}$ der l. Hälfte einnehmend.	wie eine getrocknete Ulme.	höckerig, nach hint. spitz; durch 2 verticale Einschn. in 3 Theile getheilt.
Gottstein	vordere Commissur, durch horizontalen Einschnitt in eine Partie oberhalb und eine im Niveau der Stimmbänder getheilt.	blassröthlich fast $\frac{2}{3}$ der Rima ausfüllend; nach hinten spitz zulaufend, d. obere Partie nach r., die untere nach l. gerichtet.	
Planchon	unter den Stimmbändern, damit verwachsen.	weissgelb, unregelmässig rothgefleckt.	Glottis auf drüsig-höckerig, Federkiel-dicke verlegt runzelig.
Ruppaner links. Recidiv	Stimmband, fast d. ganze Kehlkopfhälfte bedeckt. subglottisch.	in 4 Monaten auf Kirschengröße gewachsen; in 1 weiteren Monat den subglottisch. Raum beinahe ausfüll.	

	S i t z	Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- heftung	Un- ge- bung.
Sidlo	rechts. Innenfläche der Membr. quadrang. bis zur Mitte des Taschenbandes.		weich wie e. Cyste. Basis blassroth, sonst grau- weiss, Spitze fast durch- scheinend.	nahezu boh- nengross.	rundlich, glatt.	breit- basig.	Stimm- bänder normal, Taschen- bänd. ge- schwellt.
Buck	rechts. r. Kehlkopfseite ober- und unterhalb der Stimm- bänder.						
Mackenzie No. 1 Recidiv No. 2	rechts. vorne. No. 2 rechts.		offenb. derb. ungewöhnl. hart (fährt beim Sondiren mit Geräusch in die frühere Stellung zurück.) ohne besondere Färbung. blassroth.	erbsengross, deutlich wachsend.	glatt. unbe- stimmt lappig.	breit- basig.	roth.
No. 3	rechts. Taschenband, auf dem Stimmbande aufliegend; auch Epiglottis.			gross.	unregel- mässig.		
No. 4	pharyng. Fläche. knorpeln, mehr r.	keine Drüsen- schwel- lung.		Gewicht 75 grains; Grösse $1\frac{1}{2}$ : $\frac{3}{4}$ : $\frac{1}{4}$ Zoll.	tief ge- furcht, wie eine geschälte Walnuss	breit- gestielt.	

**Blanc**

<p>vorne und l.; 2. Tumor hinten.</p>	<p>Epiglottisbasis, Stimmbandwinkel, und etwas nach l. hin von d. Cart. thyroidea; 2. Tumor, haselnussgross, von der Vorderfläche des r. Aryknorpels.</p>	<p>sehr fest, fast knorpelhart.</p>	<p>wie ein buchstäblich wie ein Pflöpfen im Kehlkopf.</p>	<p>ungleichmässig höckerig.</p>	<p>sehr breit auf-sitzend.</p>
<p>1. und r.</p>	<p>mehr l. als r.; Epiglottis und Aryknorpel ganz gesund.</p>	<p>gelatinös.</p>	<p>nussgross.</p>	<p>gekörnt, kleine Gefässe tragend.</p>	<p></p>
<p>rechts.</p>	<p>Stimmbandrand.</p>	<p>dunkler als Umgebung, gelblich.</p>	<p>kirschgross, Glottis zu <math>\frac{2}{3}</math> bedeckt.</p>	<p>rundlich.</p>	<p>gestielt.</p>
<p>ganzer vorderer und seitlicher Kehlkopf</p>	<p>wahrscheinlich mehrere grosse Conglomerate; Freibleiben d. interaryt. Partie und von Theilen der Taschenbänder.</p>	<p>graulich.</p>	<p>wie e. grosse Kastanie; Stimmbänder verdeckt.</p>	<p>anscheinend lap-pig.</p>	<p>überiger Kehlkopf roth, geschwollen, fast ödematös</p>
<p>Fall 80</p>	<p>Stimmband am freien Rand im vorderen <math>\frac{1}{4}</math>.</p>	<p>blassroth.</p>	<p>wie e. grosse Bohne.</p>	<p>höckerig.</p>	<p>unge-stielt.</p>
<p>Recidiv</p>	<p>l. und r. l. Stimmbandrand, mittl. <math>\frac{1}{3}</math>, r. ganz vorne am Stimmband Polyp.</p>	<p>weiss.</p>	<p>rund.</p>	<p></p>	<p>birnförm. (schmal-gestielt). wohlge-stielt.</p>
<p>Fall 137</p>	<p>interaryt. vorne in der Interaryt. gegend.</p>	<p>weiss und zartrosa.</p>	<p>colossal.</p>	<p>gelappt.</p>	<p></p>
<p>Recidiv</p>	<p>ebenso kleiner.</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>

	S i t z	Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- heftung	Um- gebung.
Fall 190	links	Stimmband auf d. mittl. $\frac{1}{3}$ , an der Grenze des vorderen $\frac{1}{3}$ .	dunkelroth.	wie e. grosse Erbse.	unge- stielt.	oberer Kehlkopf ganz gesund.	
Fall 211	beiders.	Stimmbänder-Ulceration.	weich — graulich.		breitwü- chernd.		
Fall 214	rechts.	anscheinend aus d. Ven- trikel; Taschenband sehr stark emporgehoben (ähnelt einem tumeur mé- liérique oder einem Fibrom).	offenbar hart —rothe, aber gespannte glänzende Schleiml.; einige dila- tirte Gefässe.	wie e. grosse Haselnuss.	rundlich, leicht höckerig.	breitbas.	
Section:		im Ventrikel auf der oberen Stimmbandfläche.	sehr fest, un- beweglich; weisslich.	haselnuss- gross.	rund, an sehr der Spitze narbig eingezog.	übriger Kehlkopf absolut gesund.	
Bottini I	?	Schildknorpel unten sehr stark verknöchert.					
Burow I	vorne.	Epiglottis; daneben eine Blutcyste am Halse, die sich wieder füllte und schon vor der Epiglottis- affection vorhanden war.		walnuss- gross.			

Schech I	l. Aryknorpel?	ganzes Kehlkopffinnere linkerseits oberhalb der Stimmritze; Epiglottis frei.	keine Drüsen- schwel- lung.	an der Basis walnuss- gross.	wie das Brunns- sche Li- pom; 3 je silber- groschen- grosse, tief von einander abge- trennte Höcker; im Allge- meinen kugelig, glatt.	breitbas.
Recidiv	links.	wie ursprünglich; am Lüg. aryepiglott. Verdickungen.	keine Drüsen- schwel- lungen.	Basis dun- kelroth mit vielen Hä- morrhagien; Kuppe auf- fällig blass.	weniger gross, als das erste Mal.	
Recidiv (nach 9 weiteren Jahren)	links.	am gleichen Orte (siehe Casuistik).				
Robinson	r. und l.;	am r. Stimmband breitbasig; unter dem linken Stimmb. linsengrosser Knoten. — Fortschreiten auf den Schildknorpel l.		haselnuss- gross.		breitbas.

	Sitz	Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- heftung	Um- gebung.
Burow II	vorne.						
Recidiv	"						
Foullis	links.	hervorsehend unter dem 2 Halsdrüsen später als 1 Jahr nach der 1. Vorstellung.	ziemlich fest, walnussfarblich normaler Schleimhaut blutreicher als früher. ganz weich; weiss grauröthlich, wenig blutend.	ziemlich gross.	rundlich mit vielen kleinen Höckern.	sehr breitbas.	
bei der Exstirpation.		bis zum 1. Trachealring hinabhängende Masse; im ob. Theile ein Fortsatz in die Thyreotomiestelle aus dem Ventrikel kommend, auf die Epiglottis übergehend (Ende des 1. Jahres); 1/2 J. später viel grösserer Tumor nachgewachsen, Aufreibung der r. Schildknorpelplatte; 1/4 Jahr später Ausbreitung auf d. Kehlkopfengang, die Luftröhre und nach aussen.				breitere Basis. anscheinend breitbas.	
Lange	rechts.		mässig hart; helle blassere Massen.			maulbeerförmig.	

Albert (Recidiv)	links.	Aryknorpel, an der hint. Seite des Kehlkopfs e. erbsengrosser Knoten.	derb; Blassroth.	haselnuss-gross.	knollig.	breitbas.	entzündl. Schwellung.
Ganghöfner	rechts.	Stimmband; Wucherung nach dem Ventrikel.					
Küster	l. hinten.	Narbige Veränderung an der Epiglottis.					
Recidiv		hinten dem l. Stimmband; dasselbe z. Theil defect.					
Rzehazek	ebenda.	ganzer Larynx u. Schild-drüse.	Metast. in d. Lunge.				
Semon I		doppelseitige Ulceration der Stimmbänder.					
Coupard	pharyng. Wand.	Regio cricoarytän. post. mehr nach links.					
v. Bergmann	ganz diffus, aussen Epiglott.	l. arvepiglott. Falte ein dicker Wulst, am hinteren Ende eine warzenförmige Hervorragung; an Stelle des l. Stimmbandes nur ein Buckel; keine Abgrenzung zwischen Stimm- u. Taschenband. R. Stimmband geröthet, ulcerirt, Taschenband verdickt; unterhalb des r. Aryknorpels geht ein Narbenstrang nach l. hin.					
Bottini II		nach aussen perforirt.					
				Starrer- und Dicker-werden innerhalb 6 Wochen.		diffuse Schwellung.	



	Sitz		Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- heftung	Um- gebung.
Butlin	pharyng. Seite ei- nes Ary- knorpels, links.							
Labbé		Taschenband. Verlegung des Zuges zur Speise- röhre.			walnuss- gross.			
Hahn	rechts und auch links.	ganze r. und Theil der l. Kehlkopfseite bis zur Epiglottis ergriffen; Kehlkopf auch aussen ziemlich angeschwollen, besond. r.; Kopfmicker, Sternohyoid. und Hyo- thyreoid. infiltrirt.		zerfallene Oberfläche bläulich.	gross.			
Newman I	beson- ders l.	übergreifend auf d. Basis keine der Epiglottis und das Metasta- sen. r. Stimmband. Durch- tritt durch den oberen Einschnitt des Schild- knorpels. Stimmband. Stimmband.			walnuss- gross.	glatt.	nicht deutlich abge- grenzt.	aryepigl. Falten ödematös
Jurist	links.			derb;	wie e. Ross- kastanie.	glatt, kugelig.		
Gleitsmann	links.		Sub- maxillar- drüs. ge- schwoll.	grau.	mandelgross			

<b>Semon II</b>	vorne u. seitlicher Raum, begrenzt durch d. unteren Rand d. Cricoidea. Austritt durch den Zwischenraum zwischen Cricoidea und Thyreoidea, von aussen her zu fühlen. d. Furche Affection d. Proc. pyram. zwischen der Schilddrüse.	reichliche Drüsen beiderseits, besonders rechts u. hinten in d. Furche zwischen Larynx u. Oesophagus; im Leben nicht zu fühlen.	Mucosa grossentheils zottig, ohne Geschwür.	nirgends sehr hervorragend.
<b>Cacciopoli (Recidiv) Délie</b>	Larynx und Trachea. zwischen d. Aryknorpeln mehr auf der Pharyngealfläche.	Fleischconsistenz; roth.	wie e. grosse glatt, Haselnuss. rundlich.	gestielt.
Recidiv ebenda	Drüsen schwellig, etwa 21 Monate nach den ersten Symptomen.	schmutzig-grau.	ganz gross.	birnförm. Schwell. der gant und bezugen Aryweglich. gegend, d. Taschenbänder u. gegen den Oesophag. hin.
<b>Heiberg</b>	vorne u. eine Seite Epiglottis und Lig. aryepiglott.			

	Sitz	Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- haftung	Um- gebung
Bessel- Hagen	links.	unter dem Stimmbande einige Lymphknechtchen, Ausgedehnte Verknöcherung des Larynx.		kirschgröss.			
Jurasz	Kehlkopf l. Höhle, nur Epiglottis frei.	l. Taschenband stark infiltrirt, nach vorne 2—3 tuberosa Erhabenheiten; l. Aryknorpel und aryepiglott. Falte sehr stark verdickt und ödematös. R. geht die Infiltration auf die Plica interaryt. über; tuberosa Erhebung; unterhalb des r. Stimmbandes höckerige Verdickung der Submucosa. Ulceröse Einrisse in d. Infiltration l.	sehr fest.	hochgradige Verengung ober- und unterhalb der Glottis.			gesammt. Larynxschleimhaut stärker geröthet.
Schnitzler- v. Frisch	r. und l. Trachea.	r. Taschenband in ganzer Länge und Dicke gleichmässig infiltrirt; l. unter dem Stimmbande eine Geschwulst.	anscheinend weich; grauweiss.	r. die ganze Rima deckend; l. haselnussgröss.		gleichmässig infiltrirt.	
Tietze		über und auf d. Stimmbändern.					

<p><b>Browne,</b> <b>Lennox</b> <b>Fall 3</b></p>	<p>Sinus pyrif.</p>	<p>von aussen zu fühlen, bei der Aryepiglott. Falte etwas ödematös. Hängende Geschwülste in Kehlkopf und Luftröhre. hintere Fläche der Cricoidea u. l. Aryknorpel.</p>	<p>weich wie ein Abscess; später ziemlich derb.</p>	<p>von aussen wie ein Bantamei zu fühlen.</p>	<p>beide Stimm- bänder gelähmt.</p>
<p><b>Fall 8</b></p>	<p>phar. Fläche.</p>	<p>ausgehend vom Taschenbände, später ganze r. Seite.</p>	<p>ziemlich fest; zieml. stark bläss.</p>	<p>zieml. stark vorspringend.</p>	<p>klein gelappt, vorne u. aufd. Epi- glottis maul- beerförm. höckerig, beweg- lich.</p>
<p><b>Fall 10</b></p>	<p>rechts.</p>	<p>Stimmband, vorderer Abschnitt.</p>	<p>hellroth.</p>	<p>erbsengross.</p>	<p>klein- streckt. drüsig, warzig, (blumen- kohl- ähnlich).</p>
<p><b>Arnaud- Moure</b></p>	<p>links.</p>	<p>ulcerirtes Gewächs im Sin. pyrif.; ein Infiltrat in d. Schleimhaut des Lig. aryepigl. gleich einem Oedem zum Tumor nach Aussen ziehend.</p>	<p>grauroth.</p>	<p>erdbeer- gross.</p>	<p>I. Stimm- band leicht geröthet.</p>
<p><b>Cohn</b></p>	<p>r. Sinus pyrif.</p>	<p>subglottisch.</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>
<p><b>Bosworth</b></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>

	S i t z	Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- haftung	Um- gebung
Scheinmann	links.		weich. Graugelb.				l. obere Stimm- bandff. durchaus normal. Umgeb- ung wenig geröthet.
Recidiv Cohen, Solis II							
Dansac Paul	rechts. vorne u. rechts.		ungewöhn- lich fest.	enorm.	genau wie ein Papillom.	breitbas. (Basis von der Grösse eines 20 Pfennig- Stückes.	
Mackay				fast ganz den Larynx ver- legend, in den Pharynx ragend. nur eine schmale Spalte hinten geblieben.			
Birkett	subglot- tisch.		dunkelroth, einige erweiterte Gefässe.				

<b>Ssmuilo</b>	rechts.	Stimmband; das Carcinom sass auf der hinteren Wand und dem anderen Stimmbande.	bohnengross	aus zwei Theilen bestehend.	breitbas.	Beweglichkeit d. linken Stimmbandes leicht beschränkt.
<b>Semon III</b>	links.	Stimmband, hinteres Ende.				
<b>Schech II</b>	subglottisch beiderseits.	innerhalb des Perichondriums d. Ringknorpels, mit Verschonung des vordersten Abschnittes; subglottisch 2 seitl. und darunter ein hinterer Wulst.	anscheinend wie 2 starked. Mandelkerne.	d. Seitenwülste glatt, der hintere Wulst anscheinend gefurcht.	ganz breite Aufreibung.	
<b>Bergeat</b>	vordere Fläche der Epiglottis.	vordere Fläche der Epiglottis, ganz an d. Mittellinie und genau bis zur Kante, rechtsseitig.	weich; gelb.	vom Volumen resp. in 3 glatte Umfänge von Hanfkörnern.	oberer Höcker gestielt, mittlerer breiter, unterer flach.	Umgebung normal.
<b>Baurowicz</b>	1. Aryknorpel.	bedeutende Schwellung des 1. Aryknorpels und der 1. seitlichen Partie.	weich; hochroth.	Tumor des Aryknorpels taubeneigross, wachsend.	mehrere glatte Erhabenheiten, zum Theil ödematös	andere Seite durchaus normal.

	Sitz	Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- haftung	Um- gebung
I. b. a. Lücke (cf. Luftröhre)	aus- gehend von Thyr. sec.?						
Caselli	vom Gaumen. Rachen.						
Delafield							
Heath	Thyr.						
Gerster	Rachen.						
Morgan Lanz	Zunge. Thyr.						
Scheier	Zungen- grund (d.einzige unter Scheier's 18 Fällen)						
	bis unmittelbar unter das Stimmband von d. Tra- chea her gewuchert. Ganzer Kehlkopf, Theile des Gaumensegels und Zungengrundes. Kehlkopf, Rachen und Zungengrund. Durchbruch in Kehlkopf und Luftröhre unterhalb der Stimmbänder. Mandel, Rachen, Zungen- bein; vom Kehlkopf der Kehlecke und die r. Hälfte ergriffen. Zungengr. u. Kehlecke. Verwachsung mit der vord. Kehlkopffläche. Recidiv. Kehlecke fast völlig abgefressen; an seiner Stelle kleinere und grössere Wülste bis zu Pflaumengrösse, po- lypös gestielt in d. Kehl- kopf hängend; vom r. Taschenbande hängt ein grösserer Wulst über das Stimmband herab.		anscheinend weich.			polypös l. Stimm- in den Kehlkopf Taschen- hängend. band gut erhalten.	

<b>Bruck</b>	r., wahr- scheinl. von den tiefen Hals- drüsen aus.	wahr- Stimmband; um d. Hinter- grund des Sinus herum- greifend auf d. Taschen- band.					
<b>M'Burney</b> <b>I. b. f.</b> <b>Eppinger</b>	Zunge. Bron- chial- drüsen.	$\frac{1}{2}$ Kehledeck. mitentfernt. 2 je taubeneigrosse Kno- ten an der hinteren Kehl- kopfwand, mehrere Kno- ten im Kehlkopffinnern. Stimmband zwischen mittlerem und hinterem $\frac{1}{3}$ am freien Rande. Stimmband, freier Rand des vorderen Theils, Petiolus.	dunkelroth.	erbsengross.	rund.	gut- gestielt.	oberer Kehlkopf gesund. Taschen- band dunkel- roth, Stimmb. matt, graulich.
<b>I. c Fauvel</b> <b>Fall 129</b>	links.		dunkelroth.	erbsengross.	rund.	gut- gestielt.	oberer Kehlkopf gesund. Taschen- band dunkel- roth, Stimmb. matt, graulich.
<b>Fall 267</b>	rechts.		weisslich.	haselnuss- gross.			
<b>Stokes</b>	rechts u. hinten.	kleiner Tumor je am r. Stimmband und an der hint. Kehlkopfwand.	hart; weiss.	nicht gross.		breitbas.	
<b>Töplitz</b>	rechts.	Sinus Morgagni, das r. Stimmband bedeckt.			glatt, auf dem Schnitte leppig durch Binde- gewebe.		



	Sitz		Me- tastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	An- haftung	Um- gebung
Tschudi	links.	Taschenband, Aryknor- pel, übergreifend auf den Kehledeckel.		grauroth, leicht blutend.	r. Stimm- beinabe ganz verdeckt.	höckerig.	breitbas.	
II. a. Schrötter	r. hinten.	hinterer Theil d. rechten Trachealseite, vom 4. Trachealring abwärts auf die Länge von 2—3 Ring- am 2. — 5. Trachealring.		weich, anscheinend blassroth.	wand an- stossend.	gross- körnig; gelappt.	gestielt.	
Section (Zeman) nach 20 Jahren Meyer- Hüni	l. hinten.	3 Trachealringe deutlich sichtbar.	keine Drüsen am Halse.	blass.	das ganze Lumen aus- füllend. Trachea fast maul- vollkommen verlegt.	beer- förmig, Schleim- haut straf, matt glänzend.		
bei der Ope- ration	"	an der hinteren l. Wand; Sitz viel tiefer als ver- muthet war.		offenbar derb; spärlich vascularisirt	21 Cm. lang, 18 Cm. breit, 10 Mm. grösste con- vexe Erhe- bung.	wie ein fibröser Nasen- polyp.	breit auf- sitzend; nach oben hin e. boh- rengrösser, leicht gestielter Fortsatz, unten eine kerngrosse Prominenz. breit auf- sitzend.	
Johnston u. Cotterill	l. hinten.	1 1/2 Zoll unter dem Kehl- kopf.			d. Lumen fast verschluss.			

<p><b>Bamberger-</b> <b>Billroth</b> <b>Chiari-</b> <b>Maydl</b></p>	<p>vordere Wand. 1 grosse, mehrere kleine Geschwülste.</p>	<p>im Leben weich; dunkelroth, sehr blutreich.</p>	<p>die kleineren hanfkorn-gross.</p>	<p>breit auf-sitzend, unbe-weglich.</p>
<p><b>Koch</b></p>	<p>r. hinten. genau wie in Schrötter's Fall.</p>			
<p><b>II. b.</b> <b>Lücke</b></p>	<p>aus-gehend von Thyr.</p>			<p>Schleim-haut ganz unver-letzt, wulstig.</p>
<p><b>Müller</b></p>	<p>Thyr. Luftröhre 3 Ctm. unter dem Ringknorpel grossenstückgross durchbrochen.</p>		<p>höckerig, flach.</p>	<p>gelb-weiss ulcerirt.</p>
<p><b>Rose</b></p>	<p>Thyr. Luftröhre unterhalb des Ringknorpels 5 Mon. n. Beginn deutlicher weicht.</p>			
<p><b>Paget</b></p>	<p>Phar. Sinus pyriformis in die Trachea hineinwuchernd.</p>	<p>bläss.</p>	<p>glatt, rundlich, knollige Massen.</p>	<p>breit auf-sitzend, unbe-weglich.</p>
<p><b>Schnitzler-</b> <b>v. Frisch</b></p>	<p>Lar. mehrere (5—7) kleine Knoten.</p>			

Siehe auch unter den Kehlkopf-fällen Rauchauss, Lange, Cacciopoli, Lennox Browne Fall 3.

Das primäre Kehlkopfsarcom hat demnach seinen ursprünglichen Sitz gehabt

- 18 Mal an der rechten Seitenwand,
  - 16 " " linken
  - 7—12 Mal an der vorderen " Wand,
  - 8—9 Mal an der pharyngealen Fläche,
  - 2—3 Mal an der hinteren Wand,
  - 1 Mal an der linguale (vorderen) Kehldeckelfläche;
- oder, wenn wir die Bestandtheile des Kehlkopfes in Betracht ziehen,
- 15—16 Mal auf dem Stimmbande (speciell erwähnt
    - 5 Mal im vorderen Theile, hiervon 3 Mal auf der Kante,
    - 1 Mal in der Mitte,
    - 1 Mal im hinteren Abschnitte),
  - 7—9 Mal auf der Epiglottis incl. der Commissur (1 Mal auf der vorderen Fläche der Epiglottis),
  - 6 Mal auf dem Taschenbände incl. der Membrana quadrang.,
  - 9 Mal subglottisch (meistens mehr nach hinten),
  - 3 Mal im Ventrikel (jedesmal rechts),
  - 5—9 Mal am Aryknorpel (öfter auf der hinteren als vorderen Fläche, speciell erwähnt; cf. unten),
  - 2 Mal in der interaryt. Gegend (1 Mal vorne, 1 Mal mehr auf der Kante, mehr hinten),
  - 4 Mal an der pharyngealen Fläche (3 Mal seitlich, am Aryknorpel, 1 Mal median),
  - 2 Mal im Sinus pyriformis.

Die Sarcome der convexen oder pharyngealen Kehlkopfseite mit Einschluss des Sinus pyriformis konnte ich mich nicht entschliessen, als Pharynxgeschwülste, wie das mehrfach geschehen ist, aufzufassen, nachdem diese ganze Partie fast ausschliesslich den Kehlkopfgebilden ihre Modellirung verdankt und ausserdem diese Sarcome fast nur gegen den Kehlkopf hin sich ausdehnen. Aehnliches gilt auch vom vorderen Epiglottissarcome.

Es ist heute noch nicht möglich, aus entwicklungsgeschichtlichen Verhältnissen unanfechtbar die Localisation der Kehlkopfsarcome zu erklären.

Die Zählung ergibt nun, dass in zwei Drittel der Fälle die seitlichen Partien des Kehlkopfes, und beinahe ebenso oft die gesammte vordere Hälfte des Kehlkopfes den ursprünglichen Sitz der Geschwulst abgeben.

An der Epiglottis findet sich primär nur Spindelzellen- (resp. Fibro-) Sarcom; auch an den Stimmbändern sind, ausser von Jurist, nur solche Sarcome beobachtet, welche Spindelzellen, manchmal freilich neben anders geformten Zellen enthalten; noch an den Taschenbändern und im mittleren Theile der convexen (pharyngealen) Kehlkopfseite bilden die gleichen Sarcome die Hälfte der Fälle. Dagegen sind der Ventrikel, der Sinus pyriformis, die Membrana quadrangularis, der subglottische Raum und zumeist auch die vordere Aryknorpelfläche das Revier der primären Rund- und Alveolarsarcome.

(Fortsetzung folgt.)

## Bericht

### über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss zu Nummer 9.)

IV. Sitzung Sonntag, den 2. Juni, Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Zaufal (Prag).

17) Szenes (Budapest): Ueber einen seltenen Fall von Otitis externa post infectionem.

Der protrahirte Verlauf einer rechtsseitigen Otitis externa diffusa betraf eine Amme, welche sich das Ohr wegen Juckreiz rüttelte und sich unachtsamer Weise die Infection vom geimpften Arme des Säuglings zuzog. Pat. hatte übrigens auf der linken Wange, 1 Ctm. weit von dem linken Mundwinkel, auch noch eine regelrechte Vaccinations-Pustel.

Nach einem Verlaufe von 23 Tagen hörte die früher unter stürmischen Erscheinungen einhergegangene Entzündung auf, es erfolgte eine schwache Desquamation der Gehörgangswände, und nach neueren 10 Tagen war im Eingange des äusseren Gehörganges, an der unteren Wand, die narbige Entartung der Haut zu sehen, ähnlich jenen Stellen, die Jeder am Oberarm dort hat, wo die Vaccination vorgenommen wird.

Aehnliche Infectionen sind in der Ophthalmologie beschrieben, wo die Infection auf die Conjunctiva übertragen wurde. Die otologische Literatur enthält keine ähnlichen Fälle, weshalb Sz. den seinigen schon der Seltenheit wegen für erwähnenswerth hält.

18) Katz (Berlin): Demonstration von Diapositiven stereoscopischer Ansichten durchsichtiger macroscopischer Präparate des normalen mittleren und inneren Ohres (Autoreferat).

Besonders instructiv erscheint in einem Osmiumpräparat die Darstellung der Ausbreitung des Nervus cochlearis der Schnecke, ferner die Ansicht des Sacculus und Utriculus mit den durch Osmiumsäure dunkel gefärbten Maculae acusticae.

An einem anderen Diapositiv sind die Ampullen mit den dazu gehörigen häutigen halbzirkelförmigen Canälen durchsichtig. Ferner ist das Helicotrema, der Aquaeductus cochleae, in einem Trommelfellbilde die Tröltzsch'schen Taschen in körperlicher Ansicht zu schauen. Ferner wäre bei der Betrachtung der Paukenhöhle von innen die transversal verlaufende, relativ starke Tensorfalte zu erwähnen. Diese ist hier ausnahmsweise mit einer vom Hammerkopf nach innen frontal verlaufenden Falte verbunden. K. glaubt, dass bei Durchschneidung der Sehne, z. B. bei Sclerose des Mittelohres, der Effect der Operation deshalb so häufig für die Dauer ausbleibt, weil diese Falten das Wiederwachsen der Sehne ausserordentlich begünstigen.

19) Derselbe: Demonstration eines microscopischen Präparates (Endigung des Nervus cochleae). (Autoreferat.)

Es handelt sich hier um das Corti'sche Organ eines Kaninchens, bei welchem die fächerartige, von oben nach unten verlaufende Ausstrahlung der äusseren radiären Fasern gegen die innere Seite der Deiters'schen Zellen sehr deutlich zu sehen ist. In seiner früheren Ansicht, dass ein Umbiegen der äusseren radiären Fasern in die äusseren dreireihigen spiralen Fasern stattfindet, ist K. auf Grund von Zupfpräparaten wankend geworden, er möchte vielmehr die äusseren spiralen, dicht gedrängten Fasern für einen Stützapparat, theils für die Deiters'schen Zellen, theils für die auf ihrem ziemlich weiten, queren Weg im Tunnelraum frei in die Endolymphe hängenden äusseren radiären Nervenfasern halten. Diese letzteren tauchen, wie im Präparat zu sehen ist, in eine dunkle, granulirte Masse, welche mantelförmig das von K. früher beschriebene, jetzt von C. Benda bestätigte, zangen-becherförmige Gebilde, in welchem das untere Ende der Stäbchenzelle steckt, umgiebt. Diesen granulirten Mantel hat K. besonders schön bei 1procentiger Formalinconservirung bei der Maus gesehen. K. ist geneigt, eine innige Beziehung zwischen den Nerven und dieser granulirten Masse, welche die Partie zwischen dem Kern der Corti'schen Stäbchenzellen und dem etwas grösseren Kern der Deiters'schen Zellen stark verdunkelt, anzunehmen. Einen directen Zusammenhang zwischen diesen radiären Nervenfasern und den Corti'schen Zellen hat K. nicht sehen können.

20) Walb (Bonn): Ueber die Prophylaxe und die Behandlung der Mittelohreiterung bei Säuglingen.

Angeregt durch die Mittheilungen von Kossel und Hartmann, suchte sich W. einschlägiges Material aus der Bonner Kinderpoliklinik, welches sich zumeist aus 2—3 Monate alten atrophischen Kindern recrutirte. Zur Reinigung des Gehörganges von seinen eingetrockneten Massen benutzte W. warmes Glycerin, eventuell das Ausspritzen. Bei bestehender Mittelohreiterung der Säuglinge unterstützte W. den Eiterabfluss aus der weiten Tube durch Anwendung der Luftdouche.

Von prophylactischem Standpunkte meint W., sobald wie möglich nach dem Geburtsacte eine Reinigung der Nase mit Hilfe der Luftdouche vorzunehmen, wodurch es ermöglicht ist, der Infection des Ohres von der Nase her vorzubeugen. Bei dieser Procedur soll ein kleiner Ballon, bei geöffneter anderer Nasenseite, angewendet werden; die andere Nasenseite soll während der Luftdouche nur dann geschlossen werden, wenn Verdacht vorliegt, dass die Ohren bereits afficirt sind.

W. schlägt vor, die Anwendung der Luftdouche in diesen Fällen in der Weise zu verallgemeinern, dass man kleine Ballons auch in die Hand von nicht Ohrenärzten (Hebammen, eventuell auch Müttern) gebe.

#### Discussion:

Panse (Dresden) fragt mit Bezug auf Haug's Aeusserung, dass ein grosser Procentsatz der Ohreiterungen bei Säuglingen von Gonococccen herrührt, Hartmann und Kossel hingegen niemals Mittelohrgonorrhoe nachweisen konnten, ob etwa Untersuchungen angestellt wurden, diese Differenz zu überbrücken.

Brieger (Breslau) glaubt, dass Haug's Mittheilungen bezüglich der Gonococcen vereinzelt dastehen, er selbst konnte in vielen einschlägigen Fällen keine Gonococcen nachweisen. — Auch erwähnt B., dass der Unterrichtsminister, auf Grund der Untersuchungen von Hartmann und Kossel, die Bezirksregierungen bereits angewiesen hat, die Hebammen auf das Uebel und die Consequenzen aufmerksam zu machen.

Hartmann (Berlin) erwähnt ebenfalls, dass Gonococcen im Berliner Institut für Infectionskrankheiten nie gefunden wurden, selbst bei solchen Kindern nicht, bei welchen an anderen Organen oder bei den Müttern spezifische Blennorrhoe bestand. — Zur Reinigung der Ohren empfiehlt H., im Gegensatze zu Walb, in erster Reihe die trockene Entfernung der Massen (Lockerung mit der Sonde und Entfernung mit der Zange); sollte dies nicht gelingen, so erweist sich am besten zur Reinigung Wasserstoffhyperoxyd.

Beckmann (Berlin) meint, dass die von Walb erwähnten Verschluckungen der Kinder nur dann eine Ohrenentzündung veranlassen können, wenn der Nasenrachenraum krank ist, besonders wenn eine vergrößerte oder entzündete Rachenmandel vorhanden ist. Eine von W. erwähnte Anwendung der Luftdouche ist in diesen Fällen zu verwerfen und als einzig rationelle Therapie kann nur die Entfernung der Rachenmandel gelten.

Zaufal (Prag) hält die von Walb vorgeschlagenen Luft-Einblasungen — zur Herausbeförderung von grösseren Mengen Schleims, Amnionflüssigkeit, Vernix caseosa etc. aus der Nasenhöhle und dem Nasenrachenraum —, selbst bei Offenhalten einer Nasenhälfte und mit einem kleineren Ballon vorgenommen, für gefahrvoll. Unter normalen Verhältnissen werden diese Massen bei dem Uebertritt des reifen Kindes aus dem Intrauterinarleben in das Luftleben, mit der Einleitung der Respiration, unterstützt durch die Saug- und Schluckbewegungen, ohne jede künstliche Nachhilfe entfernt. Die verhältnissmässige beträchtliche Weite der kindlichen Tube würde durch solche Einblasungen das Eindringen der erwähnten Massen in das Mittelohr begünstigen und damit eben das erzeugen, was man doch verhindern soll. Eine allgemeine Anwendung solcher Lufteinblasungen nach der Geburt, und besonders durch nicht fachkundige Personen (wie Walb meint, durch Hebammen), sollte keineswegs gestattet werden. Z. erinnert auch, dass andere Versuche bei Neugeborenen, die Natur zu unterstützen, sich als schädlich herausgestellt haben, wie z. B. das Reinigen des Mundes, von dem Prof. Epstein in Prag nachgewiesen hat, dass es die als Bednar'sche Aphthen bezeichneten Gaumengeschwüre hervorruft.

21) Lucae (Berlin): Ein neues Instrument zur Hervorziehung des Hammergriffes bei starker Einziehung resp. Verwachsung des Trommelfelles (Demonstration). (Autoreferat.)

In Fällen dieser Art ist bereits der Versuch gemacht worden, den Hammergriff vermittelst eines Häkchens hervorzuziehen und dabei event. vorhandene Synechien zu trennen. Es soll hier hauptsächlich darauf hingewiesen werden, dass solche Versuche nur dann berechtigt sind, falls sie ohne grobe Nebenverletzung vorgenommen werden können. Hierfür bietet die Anwendung eines beliebigen Häkchens keine genügende Ga-

rantie, während wiederum der Zweck nicht erreicht wird, wenn aus Vorsicht keine genügende Kraft angewandt wird.

L. hat diesen Mängeln durch Construction eines kleinen Instrumentes abgeholfen, welches die Zugwirkung durch Schraubendrehung bewirkt. Die mechanische Vorrichtung ist eine sehr einfache. Der Schaft des Hähchens befindet sich in einem Cylinder, in welchem er durch eine Feder für gewöhnlich festgehalten wird. Dreht man jedoch eine an Griffende angebrachte Schraube, so gleitet der Haken langsam nach aussen unter allmählig gesteigertem Zuge. — Bei Ausführung der Operation wird das Instrumentchen mit der rechten Hand eingeführt, das scharfe Hähchen je nach den Raumverhältnissen hinter oder vor dem kurzen Fortsatze eingeführt und der Hammergriff sanft gezogen. Darauf wird der Cylinder in die linke Hand genommen, worauf mit der rechten Hand die Schraubendrehungen ausgeführt werden. Die Grösse des ausgeführten Zuges lässt sich an einem Millimetermaass ablesen.

L. hat das Instrument über ein Jahr in Gebrauch und dasselbe bisher in 14 Fällen benutzt, von denen 6 wesentlich gebessert wurden. Eine entzündliche Reaction trat in keinem Falle ein, und liess sich bei der meist rapiden Heilung der minimalen Trommelfellwunde die Operation an einem und demselben Patienten öfters vornehmen. In zwei Fällen schickte L., bei Wiederholung der Operation, die Tenotomie des Tensor tympani voraus, ohne jedoch hierdurch eine wesentliche Besserung zu erzielen.

22) Hansberg (Dortmund): Demonstration anatomischer Präparate (Autoreferat).

H. demonstirt mehrere anatomische Präparate, die das topographische Verhältniss des Schläfenbeins zu den einzelnen Hirntheilen, insbesondere zum Schläfenlappen und Kleinhirn demonstrieren sollen. Im Ganzen werden vier Hirne demonstirt, die zum Theil in Müller'scher Flüssigkeit, zum Theil in Alcohol gehärtet sind.

Zur Demonstration des Situs wird ein in Müller'scher Lösung gehärtetes Hirn in einen macerirten Schädel gelegt, dessen Dach so entfernt ist, dass fast sämtliche Hirnwindungen, insbesondere die ganze äussere Fläche des Schläfenlappens zu sehen sind. Sämmtliche Rindencentren, die Centren der Centralwindungen, das motorische Sprachcentrum und das Centrum für die amnestische Aphasie sind durch farbigen Anstrich veranschaulicht, und zeigt sich dabei, dass von einem Schläfenlappenabscess diese Centren nicht getroffen werden können, mit Ausnahme des Sprachcentrums der obersten Schläfenwindung. Soll der Schläfenlappenabscess Herderscheinungen machen, so bewirkt er dies durch Fernwirkung auf den hinteren Schenkel der inneren Kapsel.

Zur Illustrirung der Lage der letzteren zu dem Schläfenlappen wird ein anderes Hirnpräparat vorgelegt, bei dem die Hemisphären oben so weit abgetragen worden sind, dass die Seitenventrikel mit Vorder-, Unter- und Hinterhorn offen liegen, auf der einen Seite ist dabei durch Abtrennung des oberen Theiles des Corpus striatum und Thalamus opticus die Capsula interna sichtbar gemacht, die in ihrer ganzen Länge zu sehen ist. Wie das Präparat zeigt, liegt dieselbe nach innen vom Unterhorn.

Das Verhältniss des letzteren zur inneren Kapsel wird besonders gut veranschaulicht durch Frontalschnitte, es werden deshalb zwei in Alcohol gehärtete Hirne vorgelegt, bei denen ein Frontalschnitt durch die hintere Commissura des III. Ventrikels angebracht ist, entsprechend ungefähr einer Ebene, die man sich durch beide Gehörgänge des Schädels gelegt denkt, dabei zeigt sich, dass das Unterhorn nach aussen von der inneren Kapsel gelegen ist; ein Schläfenlappenabscess, der vom Tegmen tympani seinen Ausgang nimmt, wird daher beim Wachsen nach innen zuerst auf die äussere Wand des Unterhorns stossen und Gefahr laufen, in dieses durchzubrechen, bevor er Herderscheinungen macht. Wir würden vielleicht viel seltener Herderscheinungen beim Schläfenlappenabscess beobachten, wenn nicht das Gewebe des Ventrikels eine festere Consistenz hätte, als die umliegende weisse Marksubstanz, der Abscess hat daher die Neigung, in erster Linie die weisse Markmasse einzuschmelzen und sich in dieser auszudehnen, immerhin besteht bei der ungünstigen anatomischen Lage des Unterhorns die grosse Gefahr, dass der Hirnabscess in dasselbe durchbricht, ohne Herderscheinungen geboten zu haben. Aus diesem Grunde ist zu empfehlen, nach Möglichkeit schon vor dem Auftreten von Herderscheinungen die Trepanation zu machen, wenn uns weitere Erscheinungen, vor Allem die Zeichen eines erhöhten intracraniellen Druckes (intensiver Kopfschmerz, Stauungspapille etc.), unter Berücksichtigung der vorausgegangenen oder noch bestehenden Ohreiterung, in die Lage setzen, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Hirnabscess“ zu machen.

#### Discussion:

Panse (Dresden) hält die Neigung der Hirnabscesse, in die Ventrikel durchzubrechen, nicht für so gross, dass die Drucksymptome selten zu Stande kämen. In einem in der Hallenser Ohrenklinik beobachteten Falle war eine ganze Hemisphäre in einen Eiterbeutel verwandelt, ohne ein Symptom des Durchbruches oder des Abscesses verrathen zu haben.

Jansen (Berlin) erwähnt, mehrfach gesehen zu haben, dass der ganze Schläfenlappen einen grossen Abscess vorstellte, jedoch ohne dass Herdsymptome bestanden hätten.

Joél (Gotha) meint, dass die Druckerscheinungen nicht von der Grösse des Abscesses, sondern von der des Hirnödems abhängen, und deshalb können auch bei grossen Abscessen (wie z. B. in dem von Panse erwähnten Falle) nur geringe Druckerscheinungen vorhanden sein. Die Indication zur Operation muss man auf Grund des klinischen Bildes stellen, und man soll nie so lange warten, bis Herdsymptome auftreten.

Hansberg antwortet Panse, dass wohl nicht in jedem Falle der Abscess in den Ventrikel durchbrechen muss, doch bei einem Schläfenlappenabscess erfolgt der Durchbruch in's Unterhorn, bevor noch Herdsymptome aufgetreten sind.

#### 23) Reinhard (Duisburg): Demonstrationen.

Zuvörderst demonstriert R. eine intra vitam exfolirte Schnecke und giebt eine ausführliche Krankengeschichte des betreffenden Falles. Die 37 Jahre alte Frau hatte eine auf Rhinitis acuta zurückzuführende 10jährige linksseitige Mittelohreiterung, welche 3 Wochen vor der Aufmeisselung die ersten bedrohlichen Symptome — Kopf- und Ohren-



schmerzen, Erbrechen, Schwindel — zeigte. 3 Monate nach der Aufmeisselung trat plötzlich Facialisparese in den unteren Aesten auf, der Warzenfortsatz wird neuerdings eröffnet, wobei sich die mediale Paukenhöhlenwand, in grösserer Ausdehnung als bei der ersten Aufmeisselung, cariös fand; während des Wundverlaufes mussten mehrere Male Granulationen von der medialen Wand der Paukenhöhle theils abgetragen, theils weggeätzt werden, bis gelegentlich eines Verbandwechsels — 6 Monate nach Auftreten der ersten Labyrinth Symptome — die Schnecke in 1½ Windungen sequestriert ausgestossen wird; 3 Wochen später wird ein sich abgestossener Theil der knöchernen medialen Paukenhöhlenwand extrahirt, und nach einer fortgesetzten, nahezu ein Jahr anhaltenden Behandlung erfolgte die Heilung mit vollkommener Epidermisirung und Trockenheit. R. hält den Fall für einen Beweis, dass die Ursache der eiterigen Labyrinthentzündung ausschliesslich auf die eiterige Mittelohrentzündung zurückzuführen ist, und wahrscheinlicher Weise hat sich während des Bestehens der Labyrinthitis, nach dem inneren Gehörgang zu, ein bindegewebiger Abschluss als Schutz gegen die Fortleitung der Eiterung nach dem Schädelinnern zu gebildet.

R. demonstrirt ferner eine leinene Kopfhaut mit grossem Ohr-ausschnitt für Aufmeisselungen; durch dieselbe werden die nicht ab-rasirten Haare, besonders bei Frauen, bequem zurückgehalten.

Endlich zeigt R. einen Holzblock, den er bei Operationen in der Narcose unter den Kopf schiebt, damit die nicht zu operirende Kopf-seite hier ruhe.

#### Discussion:

Panse (Dresden) demonstrirt im Anschlusse Tücher. Dieselben sind aus einem halben Taschentuche angefertigt und haben im unteren Drittel ein umsäumtes Loch von der Grösse eines Ohrtrichters. Stets sterilisirt bereit gehalten, werden sie dem Patienten über Ohr und Kopf gelegt und durch das Loch der Trichter in den Gehörgang eingeschoben. Es ist hierdurch möglich, ohne Ohrmuschel und deren Umgebung jedes Mal desinficiren zu müssen, auch noch die Kleider der Patienten vor Verunreinigung mit Blut, Höllenstein, Jodoform etc. zu schützen.

24) Brieger (Breslau): Ueber Carcinom des äusseren Ohres (Demonstration).

B. demonstrirt die stereoscopische Photographie und das Schläfenbein einer Frau, die an einem innerhalb von mehr als 20 Jahren entwickelten Cancroid der rechten Kopfhälfte zu Grunde ging. Durch Monate war an den Rändern eines, den grössten Theil des Schläfenbeins betreffenden necrotischen Bezirks breite Dura-Pulsation bemerkbar. Bei der Obduction fand sich ein grosser Defect der Schuppe und des lateralsten Drittels der Pyramide; der Gehörgang war bis auf eine schmale Spange der hinteren und unteren Wand zerstört, Pauke und Antrum lagen frei zu Tage. Nach der hinteren und mittleren Schädelgrube zu war der Schädel breit durchbrochen. Der Sinus transversus war vollständig obliterirt, die Vena jugularis in ihrem ganzen Verlaufe thrombosirt.

Im Gegensatz zu dem protrahirten Verlaufe dieses Falles steht der rasche Ausgang eines Falles von primärem Gehörgangs-Carcinoid, von welchem B. microscopische Präparate vorlegt. Hier wurde die Ausschälung des Gehörgangs, nach Ablösung der Ohrmuschel, und die Abtragung einer geschwellten Drüse auf dem Warzenfortsatze vorgenommen. Das Periost des Proc. mast. war krebsig infiltrirt, der Knochen selbst intact; in der Paukenhöhle ergab sich der Befund chronischer Schleimhauteiterung und kein Zusammenhang mit der Neubildung im Gehörgang. Nach 4 Wochen Recidiv.

B. betont die Schwierigkeiten der Diagnose und die oft geringe Beweiskraft des histologischen Befundes. In dem zuerst erwähnten Falle ergab die Untersuchung der zu diesem Zwecke excidirten oberflächlichen Tumor-Partie nur Granulationsgewebe. Ausserdem waren Bacillen im Ohreiter nachweisbar, welche sich tinctoriell den Tuberkelbacillen ähnlich verhielten, durch ihr Verhalten bei Alcohol-Entfärbung aber als den Smegma-Bacillen analoge Gebilde, wie sie zuweilen im Ohrsecret, besonders bei Cholesteatom vorkommen, erkannt wurden. Als Gegenstück dazu erwähnt B. einen Fall, in dem die histologische Untersuchung eines excidirten Gewebstückes die Diagnose Angiosarcom ergab, welche Anfangs auch durch das auf eine maligne Neubildung hindeutende klinische Bild bestätigt schien; der weitere Verlauf indessen widerlegte die histologisch begründete Annahme und erwies die Gutartigkeit des Tumors mit Sicherheit.

#### Discussion:

Kretschmann (Magdeburg) bestätigt die Schwierigkeit der Diagnose von Carcinom des Mittelohres; man soll hier nicht nur den microscopischen Befund, sondern auch die klinischen Symptome berücksichtigen.

25) Beckmann (Berlin): Demonstration eines Instrumentes zur Operation der Rachenmandel und operirter Rachenmandeln.

B.'s Instrument ist dem Gottstein'schen ähnlich, hat jedoch keine Stielkrümmung, der Rahmen ist quadratisch und bildet mit dem Stiel einen grösseren Winkel. Die Rachenmandel wird in einem Zuge von der Fibrocartilago basilaris und der hinteren Rachenwand abgeschnitten. In ca. 4000 Fällen führte B. die Operation aus und glaubt, dass in 95 pCt. der Fälle, bei Kindern unter 12 Jahren, Nasencatarrhe und Eiterungen durch die Rachenmandel bedingt sind. Letztere bedingt auch die Mittelohrleiden, weshalb auch B. acute und chronische Eiterungen, ferner Exsudate des Mittelohres, sowie die Tubenverlegungen fast nur mit Entfernung der Rachenmandel behandelt, und nur durch Scharlach, Masern oder sonstwie complicirte Eiterungen bedürfen einer sonstigen Behandlung. Schon bei Säuglingen soll die vergrösserte Rachenmandel entfernt werden, wenn sich die ersten Symptome einer Mittelohr-Entzündung einstellen.

#### Discussion:

Noltenius (Bremen) empfiehlt, die Operation in der Narcoese zu machen, da man nachher am besten mit dem Finger noch controlliren kann, ob alles Krankhafte entfernt wurde.

Hoffmann (Dresden) glaubt, die ansonst doch ungefährliche Operation nicht durch Anwendung der Narcose zu compliciren.

Joél (Gotha) empfiehlt zur Operation die Bromäthylnarcose; in den letzten 1½ Jahren hat er dieselbe 60 Mal angewendet. Die Reflex-erregbarkeit hört hier nicht völlig auf und er beobachtete auch niemals asphyctische Störungen.

Brieger (Breslau) erwähnt die Anschauungen von Trautmann und Dieulafoy bezüglich des Zusammenhanges von Hypertrophie der Rachenonsille mit Tuberculose. B. hat vor dem Erscheinen der französischen Publication theils histologische Untersuchungen, theils Impfversuche mit den entfernten hyperplastischen Rachenonsillen angestellt und neuerdings solche auch von seinem Assistenten Dr. Marx in grösserem Umfange fortsetzen lassen, deren Resultate er sich jedoch für später vorbehalten will.

Walb (Bonn) meint, das Instrument von Beckmann scheint wohl für einfache Hypertrophie der Rachenonsille sehr gut zu sein, ob aber dasselbe auch in den Fällen, wo Zottenentartung vorhanden ist, in einer Sitzung Alles fortnimmt, ist zweifelhaft; in solchen Fällen müssen wiederholte Eingriffe gemacht werden und kann da jede Methode zum Ziele führen.

Stacke (Erfurt) erwähnt, hunderte von Rachenmandeln in der Narcose operirt zu haben, doch nach früheren, schmerzhaften Methoden. Seitdem aber St. das Schütz'sche Instrument anwendet, hält er die Narcose für überflüssig. Die Narcose ängstigt die Kinder mehr als die kurz dauernde Operation, welche fast schmerzlos ist und bei älteren Kindern durch Cocain noch erträglicher gemacht werden kann.

Walb rühmt ebenfalls die Vortheile des Schütz'schen Instrumentes.

v. Wild (Frankfurt) erwähnt als Nachtheil des Schütz'schen Instrumentes, dass dasselbe die Rachenmandel nur abschneidet und nicht gänzlich mit der fibrösen Unterlage entfernt, da das Messer durch die dicke Schiene von dem Knochen entfernt bleiben muss.

Kayser (Breslau) meint, die Narcose wäre nur bei grösseren, absolut unbändigen Kindern nöthig; kleinere Kinder kann man mit Gewalt in die richtige Position bringen. — Bezüglich der Recidive glaubt K., dass dieselbe ziemlich häufig ist; kurze Zeit nach Entfernung einer grösseren Rachenmandel kann man wohl mit dem Finger und Spiegel Alles frei finden, und nach 1—2 Jahren findet man wieder grössere Wucherungen. — Was endlich die Tuberculose betrifft, erinnert K. an die neueren Untersuchungen, wonach in normalem Nasensecret Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Seligmann (Frankfurt a. M.) meint, man solle nicht narcotisiren, wenn man nicht sicher ist, alle Partikel der abgetragenen Tonsille zu entfernen, da die Gefahr der Schluckpneumonie und Bronchitis vorhanden ist.

Hartmann (Berlin) glaubt, die Narcose wäre nur bei ängstlichen Kindern anzuwenden, dieselbe soll jedoch nur schwach sein, so dass die Kinder noch reagieren, und dann ist sie auch vollständig gefahrlos. — Bezüglich der verschiedenen Operationsmethoden hält H. die Schlingenoperation bei älteren Kindern für die schonendste, da hier kein Blut-

verlust eintritt. Mit der Schlinge lässt sich die hypertrophische Tonsille vollständig wegnehmen, allerdings ohne die fibrocartilaginöse Grundlage.

Beckmann erwidert, die Narcose nie nöthig gehabt zu haben. — Die Nasenleiden im Kindesalter beruhen in der Regel auf pathologischen Processen an der Rachenmandel, und wenn nach der Operation keine Besserung eintritt, wurde ungenügend operirt und muss deshalb nachoperirt werden; nur in Ausnahmen finden sich als Ursachen eine Deviation, eine Crista, Polypen, Fremdkörper, luetische Erkrankungen oder dergleichen vor. — Bezüglich der Einwürfe betreffs der Rachenmandel und der adenoiden Wucherungen äussert sich B. dahin, dass letztere, als Pharyngitis granulosa bekannt, nach gut operirter Rachenmandel sich zurückbilden; die in der Discussion erwähnten herunterhängenden Zapfen hat B. weder an der Leiche, noch am Lebenden anders, als besonders stark gewucherte, von den typischen Spalten begrenzte Blätter der Rachenmandel gesehen. — Die Schlingenoperation, von der Nase aus, hält B. für unmöglich, da die compacten Massen der Rachenmandel für die Schlinge oft unerreichbar sind, bei weiteren Formen aber die Fibrocartilago nicht mitentfernt werden kann. Aehnliches meint B. über die Operation mit dem Finger, hier wird häufig das Gewebe mit demselben unvollständig zerquetscht und hervorgerissen, wodurch eine unregelmässige, infectionsgefährliche Wundfläche entsteht.

Zaufal (Prag) erwähnt im Gegensatz zu Beckmann, dass er in vielen hunderten von Fällen, bei Kindern bis zum 8. – 10. Lebensjahre, weiche und brüchige Mandeln mit dem Finger, bei älteren Kindern mit dem Gottstein'schen Ringmesser entfernt hat.

Brieger reflectirt auf die Bemerkung Kayser's bezüglich der Tuberculose und erwähnt schliesslich die Vortheile des Trautmannschen Löffels bei der operativen Entfernung der hypertrophischen Rachen-tonsille.

26) Leutert (Halle a. S.): Demonstration zweier Cholesteatom-Präparate.

An beiden Präparaten handelt es sich um abgeschlossene, von innen mit Plattenepithel überkleidete, von aussen mit einer schmalen Bindegewebsschicht überzogene Säcke.

#### Discussion:

Panse (Dresden) erwähnt, den Fall, von welchem das zweite Präparat stammt, zu kennen; in demselben war die Epidermis zum Bleinagelcanal hineingewachsen, es erfolgte daher hier die von Zaufal vorgeschlagene arteficielle Cholesteatombildung.

27) Kayser (Breslau): Demonstration eines Apparates zur exacten Bestimmung der Luftdurchgängigkeit der Nase (Rhinometer). (Autoreferat.)

Der Apparat besteht aus einem Blasebalg, welcher eine bestimmte Menge Luft mit stets gleicher Kraft ansaugt. An dem unteren Griffe des Blasebalgs ist eine Stange befestigt, welche oben und unten einen Schieber trägt, die auf einen ungleicharmigen Hebel drücken können.

Am Ende des längeren Hebelarmes ist ein horizontales Plättchen angebracht, welches sich gegenüber der engen Ausflussöffnung einer graduirten Glasröhre (Bürette) befindet. Ist der Blasebalg geschlossen, so drückt der untere Schieber von unten auf den längeren Hebelarm und die Bürette ist geschlossen. Sobald der Blasebalg sich öffnet, fällt dieser Hebelarm nach abwärts und aus der Bürette fliesst vom O-Punkte ab das Wasser aus, bis der Blasebalg eine gewisse Weite erreicht hat und der obere Schieber durch Druck auf den kurzen Hebelarm die Bürette wieder schliesst. Liest man an der Bürette ab, wie viel Wasser ausgeflossen ist, so kann man bis auf  $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{20}$ “ die Strömungszeit der durch den Blasebalg angesaugten Luft bestimmen, sobald man empirisch bestimmt hat, welche Zeit während des Abflusses des Wassers vom O-Punkte bis zu jedem Theil — der Graduirung an der Bürette verflossen ist. Bringt man die Oeffnung des Blasebalgs durch Schlauch und Glasrohr in geeigneter Weise in die Mundhöhle, so wird durch Oeffnung des Blasebalgs die Luft durch die Nase in den Blasebalg strömen, und durch die Bestimmung der Zeitdauer für diese Luftströmung ist ein Maass gegeben, um die Luftdurchgängigkeit der Nase resp. die Summe der der Luftströmung entgegenstehenden Widerstände anzugeben.

28) Zaufal (Prag): Demonstration von Instrumenten zur operativen Freilegung der Mittelohrräume (Autoreferat).

Z. bemerkt zunächst, dass der grösste Theil dieser Instrumente nicht solche seiner eigenen Erfindung sind, sondern solche schon lange von den Chirurgen gebrauchte.

Z. demonstirt Hohlmeissel von verschiedener Breite, wie er sie in seinem Aufsätze (Archiv f. Ohrenheilk. XXXVII) beschrieben. Er liess Griffe aus Buxbaumholz dazu anfertigen, so dass die Meissel in kohlenaurer Natronlösung ausgekocht werden können. — Ferner demonstirt Z. die von ihm gebrauchte gewöhnliche Luër'sche Zange. Die von ihm früher gebrauchte schlanke gerade Luër'sche Zange hat er in eine solche mit leicht gebogenen schneidenden Branchen umgewandelt, welche sich noch besser zur Wegnahme der Pars epitympanica, auch bei beschränkteren Raumverhältnissen, z. B. bei Kindern, eignet, als die frühere gerade Zange. Nur mit der Spitze der Zange ist der Knochen in kleinen Stückchen abzuzwicken.

Ein kleines Raspatorium, das sich ganz besonders gut zur Ablösung der membranösen hinteren oberen Gehörgangswand eignet; Z. fand dasselbe schon in dem Instrumentarium der Chirurgen vor und soll von Gutsch angegeben sein. Endlich den herzförmigen scharfen Löffel, zum Ausräumen der Paukenhöhle und des Antrum, und die rechtwinkelig gebogene Sonde, ganz aus Stahl angefertigt.

\* \* \*

Zwei angemeldete Vorträge von Prof. Kuhn (Strassburg i. E.), über syphilitische Tumoren der Nase und über Carcinom des äusseren Ohres, wurden in Folge plötzlicher Erkrankung desselben nicht gehalten, deren Manuscript jedoch dem Ausschusse der Versammlung zugeschiedt und deshalb in die Verhandlungen der Gesellschaft<sup>2)</sup> in extenso aufgenommen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass im Anschlusse der Versammlung eine ansehnliche Anzahl von Präparaten und verschiedenen oto-rhino-logischen Instrumenten ausgestellt waren.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Ueber die centripetalen Druckausübungen (der Gellé'sche Versuch), eine semeiologisch-auriculäre Studie.** (Des pressions centripètes [épreuve de Gellé]. Etude de seméiologie auriculaire). Von Dr. Georges Gellé. Thèse de Paris 1895.

Der Verfasser, ein Sohn und Schüler des allgemein bekannten Otologen M. E. Gellé, widmet seine sehr interessante Dissertation einer eingehenden Erörterung des sogenannten Gellé'schen Versuches. Mit Recht bemerkt Verf., dass dieser von seinem Vater zuerst im Londoner medicinischen internationalen Congresse 1881 mitgetheilte Versuch von vielen Fachgenossen missverstanden und im Allgemeinen nicht hinreichend gewürdigt worden war. Erst in neuerer Zeit wurde diesem Versuche von verschiedenen Seiten, namentlich von Rohrer, Bloch, Corradi etc., die verdiente Aufmerksamkeit zugewendet, und nimmt derselbe nunmehr, neben den classischen Versuchen von Weber und Rinne, den ihm gebührenden Platz ein.

Der Gellé'sche Versuch besteht wesentlich in Folgendem: Das freie Ende eines mit einem Ballon verbundenen Gummischlauches wird luftdicht in den äusseren Gehörgang des zu untersuchenden Ohres eingeführt, wobei eine schwingende Stimmgabel auf den Scheitel (bone frontale) oder auf den Warzenfortsatz angesetzt wird. Wenn man nun den Ballon comprimirt, so wird, wenn das Ohr normal ist, der durch die Kopfknochen in das Labyrinth hingeleitete Ton plötzlich abgeschwächt (der Gellé ist in diesem Falle positiv). Die Abschwächung des percipirten Tones, welche in dem auf das Trommelfell und die Gehörknöchelchen, bis auf das Labyrinth, ausgeübten Drucke und in dersomiterhöhten Spannung des ganzen Gehörapparates ihre Erklärung findet, beweist, dass die Beweglichkeit des Schalleitungsapparates und insbesondere des Steigbügels in dem ovalen Fenster erhalten ist. Besteht hingegen ein Schalleitungshinderniss, so bleibt der Ton während des Versuches unverändert (der Gellé ist dann negativ), und ist man in diesem Falle, bei einem normalen Trommelfelle und bei der Abwesenheit sonstiger Schalleitungshindernisse im äusseren Gehörgange und im Mittelohre (wie z. B. Ceru-

<sup>2)</sup> Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1895, pag. 148—150 und pag. 160—163.

minalpfropfe, Polypen etc.), berechtigt, auf eine Ankylose des Steigbügels zu schliessen. Nicht selten treten bei diesem Experimente Schwindel und Ohrensausen auf, und weist diese Erscheinung, neben der Beweglichkeit des Steigbügels, auf eine Irritabilität des Labyrinthes hin, welche einer Unbeweglichkeit des dem im Labyrinth gesteigerten Drucke widerstehenden runden Fensters zuzuschreiben wäre, oder in einer Hyperästhesie des Acusticus oder in einem allgemeinen neuropathischen Zustande ihre Erklärung finden dürfte. Uebrigens kann bei diesem Experimente Schwindel auch dann entstehen, wenn eine pathologische Erschlaffung der Weichgebilde des Mittelohres vorliegt, in welchem Falle der, wenn noch so leichte, auf den Ballon ausgeübte Druck eine zu ausgiebige Einwärtsziehung der Steigbügelplatte bewirkt.

Demnach erweist sich der gegen den Gellé'schen Versuch erhobene Einwand, als habe dessen Autor denselben als — freilich sich nicht immer bewährendes — Criterium zur Differentialdiagnose zwischen einer Mittelohr- und Labyrinthaffection aufgestellt, als vollkommen unbegründet. Wie es Gellé von vornherein in seinem obenerwähnten Congressberichte nachdrücklich betont und auch in seinen späteren Schriften (*Etude clinique du vertige de Menière 1883, Des pressions centripètes en séméiologie auriculaire 1885 etc.*) wiederholt hat, besteht der diagnostische Werth, den er seinem Versuche vindicirt, hauptsächlich darin, um die Beweglichkeit oder die Ankylose des Steigbügels zu constatiren. Nun liegt es aber auf der Hand, dass in vielen Fällen dieser Versuch, besonders mit dem klinischen combinirt, und namentlich wo letzterer die Diagnose unentschieden lässt, ein kostbares Mittel zur Feststellung der Diagnose einer Labyrinthaffection bietet. So lässt sich z. B., wenn, beim positiven Rinne, auch der Gellé positiv ist, mit Bestimmtheit auf eine Labyrinthaffection schliessen etc. Gestützt auf eine bedeutende Anzahl von Krankengeschichten, welche in der der Salpetrière annectirten, unter der Leitung seines Vaters stehenden Ambulanz für Ohrenkranke gesammelt wurden, legt Verf. den diagnostischen Werth des Gellé'schen Versuches auf's Deutlichste dar.

Ein ganz besonderer Werth muss dem bei dem Gellé'schen Versuche manchmal hervorgerufenen Schwindel (*vertige provoqué*) beimessen werden, der es in vielen Fällen möglich macht, die Idee eines anderen, einer Labyrinthaffection ähnlichen Leidens zu eliminiren. So treten z. B. bei Magenleiden (*Dyspepsie, Magengeschwür etc.*) nicht selten Erbrechen und Schwindel auf, doch ist darum nicht ein jeder, bei vorhandener Magenaffection vorkommender Schwindel stomachalen Ursprunges, vielmehr kann derselbe von einem verkannten Ohrenleiden herrühren. In solchen Fällen leistet der Gellé'sche Versuch wesentliche Dienste, indem er, wenn bei dem Experimente kein Schwindel hervorgerufen wird, darauf schliessen lässt, dass die das Magenleiden begleitenden Schwindelerscheinungen nicht vom Magen (*a stomacho laesa*) herrühren, sondern auriculären Ursprungs (*ab aure laesa*) sind. Andererseits giebt es eine ganze Reihe von Allgemeinerkrankungen, in welchen Schwindel und sonstige subjective Gehörsempfindungen als eines der Hauptsymptome auftreten, wie z. B. in der Epilepsie, Neurasthenie etc., und ist es einleuchtend, dass es, bei einer gleichzeitig bestehenden Schwerhörigkeit, von grösster Wichtigkeit sein dürfte, den Ursprung

dieser Erscheinungen zu eruiren. Wenn bei dem Gellé'schen Versuche kein Schwindel entsteht, so weist dieser Umstand auf den nicht auriculären Ursprung der genannten Erscheinungen hin, wodurch also für die Diagnose des betreffenden Allgemeinleidens ein wichtiger Stützpunkt gewonnen wird.

Ohne auf weitere Ausführlichkeiten dieses höchst interessanten Werkes einzugehen, wollen wir schliesslich nur bemerken, dass dasselbe den Rahmen einer gewöhnlichen Dissertation bei Weitem überschreitet. Der physiologische Theil der Arbeit, die eingehende Erörterung der einschlägigen Fragen und die gründliche Kenntniss der betreffenden Literatur, die Verf. an den Tag legt, beweisen zur Genüge, dass derselbe kein Neuling auf dem Gebiete der Otologie ist, und so begrüssen wir denn seine Arbeit als eine werthvolle wissenschaftliche Studie, durch welche der junge Autor sich als würdiger Schüler seines verdienstvollen Vaters erweist.

Dr. M. M.

#### Ueber Erkrankungen des Gehörorganes in Folge von Tabes\*). Von J. Habermann. (Archiv f. Ohrenheilk. XXXIII, VIII.)

Die spärlichen Sectionsbefunde von Gehörorganen Tabetischer werden in sehr werthvoller Weise durch einen Fall von Taubheit bei Tabes bereichert, wo H. Gelegenheit hatte, *intra vitam* eine genaue Functionsprüfung und *post mortem* die histologische Untersuchung beider Gehörorgane vorzunehmen wobei auch die Acustici bis zu ihrem Ursprunge verfolgt und histologisch untersucht wurden.

Es handelte sich um eine 52jährige Köchin, die 12 Jahre vor der Untersuchung durch Habermann unter Schmerzen im linken Ohr und der linken Gesichtshälfte ein eigenthümliches Summen zuerst rechts, dann links bekommen hatte, unter gleichzeitiger Verschlechterung des Gehörs. Etwa 3½ Monate später bemerkte die Patientin eines Morgens, dass sie die Sprache nicht verstehe, und diese Taubheit, sowie das Sausen besserte sich nicht mehr. Schwindel hatte sie nie. Vor einem Jahre traten die Symptome der Tabes auf, die sich seitdem immer mehr verschlechterten. Habermann fand nun bei negativem Befund an den Trommelfellen beiderseits vollständige Taubheit für Ohr und Sprache; die Stimmgabelprüfung ergab einen Rest von Hörvermögen für tiefe Töne. Ein Jahr später starb die Kranke an den Folgen ihrer Tabes an der Klinik Jaksch, H. erhielt die Schläfebeine.

Bei der microscopischen Untersuchung des Pons und der Medulla obl. durch Prof. Chiari zeigten die durch die Hauptkerne, sowie durch die Nebenerne der Acustici gelegten Querschnitte diese Kerne intact; die lateralen und medialen Acusticuswurzeln waren hochgradig atrophisch, die aufsteigenden unverändert.

Neben den unwesentlichen Veränderungen im Mittelohr fand sich im inneren Ohre beiderseits, links stärker, ein nahezu vollständiger Schwund der Fasern des Ramus cochleae — bis auf spärliche Fasern linkerseits —, dem auch ein fast vollständiger Schwund der Nerven in der Schnecke entsprach. Der Stamm des Acusticus war durch ein mehr hyalines

\*) Mitgetheilt in der Abtheilung f. Ohrenheilk. der 64. Versammlung der Naturf. u. Aerzte in Halle a. S.



Bindegewebe ersetzt; in geringerem Maasse degenerirt war der Ramus vestibuli. In der Schnecke war nur in der Spitze ein Nervenbündel erhalten, im Endtheil der basalen Windung einige Ganglienzellen; das Corti'sche Organ war rechts niedrig und in seinen Zellen schwer differenzirbar, links in der Spitzenwindung auffallend gut erhalten.

Aus dem Resumé, das Habermann aus diesen Befunden zieht, sind folgende Punkte besonders hervorzuheben:

1) Die Degeneration der Acustici steht in ursächlichem Zusammenhange mit der Tabes dorsalis, an der die Kranke zu Grunde ging;

2) die Erkrankung der Acustici war als erstes Symptom der Tabes in Erscheinung getreten;

3) das von Beginn an vorhanden gewesene Ohrensausen muss direct auf die Erkrankung der Nerven zurückgeführt werden, da ein Mittelohrleiden nicht vorlag; dagegen fehlte der Schwindel vollständig, obwohl in den Säckchen und Ampullen deutliche Degenerationserscheinungen an den Nerven vorhanden waren.

Eine besondere Bedeutung erlangt das Vorhandensein eines Hörvermögens für tiefe Töne bei sonst vollständiger Taubheit beim Zusammenhalten mit dem Befunde eines noch ziemlich gut erhaltenen Nervenbündels in der Spitze der rechten Schnecke, bei vollkommen erhaltenem Corti'schen Organ, worin H., die Verlässlichkeit der Angaben der Kranken vorausgesetzt, einen neuen Beweis für die Richtigkeit der Helmholtz'schen Theorie findet.

Gomperz.

#### Ueber extradurale Eiteransammlungen im Verlauf von Mittelohr-erkrankungen\*). Von O. Hecke. (Arch. f. Ohrenheilk. XXXIII, X.)

H. beobachtete zwei Fälle mit sehr grosser Eiteransammlung zwischen Knochen und Dura mater.

Beim ersten, einem kräftigen 33jähr. Manne, trat zwei Monate nach überstandener Influenza eine rechtsseitige Otitis media catarrhalis auf, die fast zwei Monate lang vernachlässigt wurde, bis Schmerzen im Ohre, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und eine schmerzhaft Geschwulst hinter dem Ohre den Patienten zu Hecke führten. Das Trommelfell zeigte sich da getrübt, eingezogen, aber nicht perforirt, Flüsterspr. 3—4 Mtr. Der grosse periostale Abscess wurde eröffnet; bei der typischen Aufmeisselung des elfenbeinharten Warzenfortsatzes konnte das Antrum nicht gefunden werden; dagegen fand sich 1½ Ctm. nach hinten oben vom Forus ac. ext. eine feine Fistel, durch welche der Eiter tropfenweise aus der Schädelhöhle hervorquoll. Trotz ausgiebiger Erweiterung konnte der Entwicklung einer Meningitis nicht vorgebeugt werden, welcher der Kranke sechs Tage nach der Operation erlag. Die Section ergab ausser der eitrigen Meningitis eine sehr bedeutende Eiteransammlung oberhalb der oberen Pyramidenfläche zwischen Dura und Knochen und eine Fistel am Tegmen tympani.

Beim zweiten Falle entstand ebenfalls im Anschluss an Influenza eine acute, nicht eitrige Otitis rechts, der sich bald ein subperiostaler Abscess am Warzenfortsatz zugesellte. Derselbe wurde gespalten, wobei sich

\*) Nach einem Vortrage in der otiatrischen Section der Naturforscher-Versammlung in Halle a. S.

sehr viel Eiter entleerte; in der Fossa temporalis,  $1\frac{1}{2}$  Ctm. über dem Porus ac., bestand ein cariöser Defect, in dessen Bereich —  $2\frac{1}{2}$  Ctm. lang,  $\frac{1}{2}$  Ctm. breit — die Dura blosslag; aus der Schädelhöhle quoll der Eiter heraus. Die Oeffnung wurde nun mit dem Meissel erweitert. Der Warzenfortsatz war nur oberflächlich cariös, von seiner Spitze ging eine 9 Ctm. tiefe Eitersenkung nach hinten unten, die freigelegt wurde. Die Heilung ging reactionslos von statten und sollte der Pat. mit oberflächlich granulirender Wunde schon entlassen werden, als er, zwei Monate nach der Operation, plötzlich an Meningitis erkrankte und starb.

Der Sectionsbefund ergab eine bedeutende Eiteransammlung zwischen Dura und Knochen in der hinteren und mittleren Schädelgrube und ausgedehnte eitrige Meningitis. Gomperz.

### b) Rhinologische:

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

Verff. berichten in der Medico and chirurgical society of London über ihre Untersuchungen in der gesunden Nase, die bacteriologisch noch wenig durchsucht sei. Speciell hätten nur Löwenberg und Hajek Untersuchungen derselben angestellt. Verff. machten an 13 gesunden Individuen Culturen auf Agar und Deckglaspräparate. Sie kommen zu folgenden Schlüssen: 1) Bei allen bacteriologischen Untersuchungen muss man streng zwischen dem Vestibulum und der eigentlichen Nasenschleimhaut unterscheiden. 2) Es erklärt sich daraus die Verschiedenheit der Ergebnisse der Untersuchungen, da Verunreinigungen im Eingang schwer zu vermeiden sind. 3) In dem Staub und den Krusten des Eingangs der Nase gesunder Individuen fehlten Microorganismen nie. Sie waren meistens in übergrosser Menge vorhanden. 4) Auf der Schneiderschen Membran war das Gegentheil der Fall; die Verff. fanden in mehr als 80 pCt. gar keine und überhaupt nur spärliche Microben. 5) Die Anwesenheit von pathogenen Microorganismen war auf der Schneiderschen Membran so selten, dass man ihr Vorhandensein als Ausnahme betrachten kann. Die Anwendung dieser Untersuchungen auf die Praxis sei in die Augen fallend.

In der Discussion bemerkte Spencer Watson, dass möglicher Weise die Microorganismen in den tieferen Theilen vorhanden seien, da die Verff. doch nur von den leichter erreichbaren Stellen Proben entnommen hätten. Bei Kindern mit den wenigen Vibrissae und dem ungeeignet gebauten Naseneingang sei es nicht wahrscheinlich, dass alle Microben im Eingang aufgehalten würden. Er sei oft erstaunt gewesen, wie leicht Wunden in der Nase heilten, dasselbe beobachte man auch bei den Wunden des Gesichts überhaupt. Felix Semon schliesst aus dem Mitgetheilten, dass es bei Operationen nicht nöthig sei, die Nase vorher zu aseptisch zu machen, nachher lege er aber Weith darauf, dass Antiseptica angewendet würden, denn die öfter nach Eingriffen in die Nase beobachtete Angina lacunaris beweise doch die Möglichkeit der Infection. Dieselbe Eigenschaft mit der Nase theile auch der Nasen-

rachenraum. Früher habe er nach der Operation der adenoiden Vegetationen immer eine antiseptische Spülung verordnet, sei aber in Folge der öfter aufgetretenen Otitiden davon abgekommen, und seitdem habe er fast keine Complicationen von Seiten des Ohres beobachtet, was doch das Fehlen von schädlichen Microorganismen im Nasopharynx beweise. Allan Macfadyen meint, dass es bisher die Ansicht der Aerzte gewesen sei, dass die Nase ganz erfüllt mit Microorganismen sei und dass es der interessanteste Theil des Vortrags gewesen, dass bewiesen worden, dass dies nicht der Fall sei. Er wirft die Frage auf, was aus den vielen im Eingang der Nase niedergeschlagenen Microorganismen würde. Ob der Nasenschleim keinen günstigen Boden für das Wachsthum abgebe, oder ob derselbe eine bactericide Wirkung habe, ähnlich wie dies von Santorelli in Bezug auf das Sputum nachgewiesen worden sei, welches die meisten Organismen tödte oder in ihrer Virulenz schädige, mit Ausnahme der Diphtheriebacillen. Habershon sucht die Erklärung für das Freibleiben der Nasenschleimhaut möglicher Weise auch in den Flimmerhaaren, die die eingedrungenen Microorganismen wieder hinausbeförderten. Hewlett bemerkt, dass es nicht die Vibrissae seien, die den grössten Theil zurückhielten, es kämen da verschiedene Ursachen in Frage, so die Flimmerwirkung, dann möglicher Weise die Phagocytosis, dann dass der Nasenschleim ein recht schlechtes Nährmaterial für Microben sei, und dann das beständige Abfliessen des Schleims über die Oberfläche der Schleimhaut. St. Clair Thomson meinte, dass die kindlichen Nasen sehr viel Schleim absonderten. Er stimmt in Bezug auf die septische Natur der Angina lacunaris nicht mit Semon überein. Er erwähnt die Beobachtung Lister's, dass Empyeme (der Pleura) bei Kranken, die durch die Bronchien athmeten, selten septisch würden, im Gegensatz zu denen mit äusserer Fistel, was Lister der Wirkung der Flimmerhaare zuschrieb.

M. Schm.

**Muschelvarix.** (Turbinar varix.) Von Wyatt Wingrave, London. (Lancet, 15. Juni 1895.)

Verf. bespricht hauptsächlich die vasculäre Form der Hypertrophie, die sich besonders an der unteren Muschel findet und durch den Unter- gang der Muskelfasern in der Umgebung der Schwellkörper bedingt ist. Dadurch entstehen in verschiedener Ausdehnung Hypertrophien, deren macroscopisches Aussehen der Oberfläche des Gehirns ähnelt. Ihre Entstehung wird durch feuchte und unreine Luft begünstigt, sowie durch angeborene Anlage. Ferner wirken alle Zustände mit, die eine venöse Stauung bedingen, sowie auch die vergrösserten drei Mandeln. Die Folgen sind die bekannten der Nasenverengerung für das allgemeine Befinden und das Ohr. Die Diagnose durch die hintere Rhinoscopie hält Verf. in den meisten Fällen für schwierig (? Ref.), er ist deshalb mehr Freund der Fingeruntersuchung. Ausser den bekannten Methoden der Behandlung bildet Verf. ein von Carmalt Jones angegebenes Instrument ab, das, den Heryng'schen Cüretten ähnlich, nur viel grösser, es ermöglicht, die ganze krankhaft veränderte Schleimhaut mit einem Male wegzunehmen. Die Anfangs starke Blutung soll sich leicht stillen lassen. Verf. bespricht dann noch die etwa möglichen und unmöglichen Folgen der Operation. (Die Forschungen anderer Nationen über den

Gegenstand werden nicht erwähnt. Es handelt sich nämlich nach den Abbildungen um die von Hopmann als papilläre Hypertrophie beschriebenen Zustände. Ref.)  
M. Schm.

**Fall von gemischtem folliculären Odontom, das in das Antrum Highmori eindrang und die entsprechende Nasenhälfte verstopfte.**  
(A case of compound follicular odontoma invading the right antrum Highmori and obstructing the corresponding nasal fossa.) Von A. W. de Roaldes, New-Orleans. (New-York med. Journ., 17. November 1894.)

Der Fall wurde beobachtet bei einem 9jährigen Knaben und wurde in der Narcose operirt. Die Herauslösung der sehr harten Geschwulst mit Meissel und Hebel war schwierig, da die umgebenden Knochen sehr weich waren. Diese Geschwülste sind nicht mit Osteomen zu verwechseln, sie entstehen nach den Untersuchungen von Dr. W. C. Borden aus der hypertrophischen Zahnkapsel und zeichnen sich durch die Bildung einer grossen Zahl von kleinen Zähnchen aus Zahnknochen, selten aus diesem und Email bestehend, aus. Im vorliegenden Falle waren es über 50, die gefunden wurden. Verf. meint, es seien in seinem Fall zwei unterschiedliche Geschwülste gewesen. Sie entstehen immer vor der Beendigung der dentalen Entwicklung; es fehlt auch meistens ein Zahn. Verf. glaubt, dass man solche Geschwülste ganz gut von der Fossa canina aus operiren könne und dass die Wegnahme der ganzen vorderen Wand des Antrums, die er in seinem Falle gemacht habe, unnöthig gewesen sei.  
M. Schm.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Sitzungsbericht der Petersburger Medico-chirurgischen Gesellschaft vom 16. März 1895.** (Wratsch No. 15, 1895.)

Dr. N. N. Michailow: Ueber Tracheotomie.

Verf. hat im Laufe von zwei Jahren 62 Tracheotomien (6 bei Erwachsenen) ausgeführt. Wegen Croup und Diphtherie 50. Von 22, deren Ausgang bekannt wurde, genasen 8 (30 pCt.). Als Indicationen dienen: Asphyxie, Beteiligung der auriculären Muskeln, heftige Kopfbewegungen. Zartes Alter und Pneumonie sind keine Gegenanzeige, wohl aber septische Diphtherie. Man soll nicht mit einem Schnitt die Luftwege eröffnen, auch nicht mit dem Pacquelin. In der Mittellinie kommen Lymphdrüsen vor, die man exstirpiren soll. Der Isthmus der Schilddrüse bei Kindern wird durchschnitten. Die Cricotomie ist leicht, aber bei Verkalkung ist der Knorpel schwer auseinander zu ziehen und wird leicht necrotisch. Die Tracheotomia inf. ist unbequem: 1) wegen Tiefstand des Kehlkopfes, 2) Eitersenkung in's Mediastinum, 3) tödtlicher Nachblutung in Folge Druckes der Canüle. Decubitus ist häufig wegen der unzuweckmässigen Form der gebräuchlichen Canülen. In den Catalogen der Veterinärärzte sind sehr gute Canülen abgebildet, die man beim Menschen prüfen sollte.

Dr. N. A. Meinhard: Zur Frage der Erkrankungen der Stirnhöhle. Die Sondirung der Stirnhöhle, die von Vielen als unmöglich dahingestellt wird, ist von Jurasz in positivem Sinne gelöst worden.

Lichtwitz in Bordeaux hat eine zweckmässige Sonde angegeben, deren Spitze rechtwinklig abgelenkt ist. M. berichtet über einen Fall aus der Praxis von Dr. N. A. Weljaminoff, wo eine einzige Sondirung die Symptome (Kopfschmerzen, Eiterfluss aus der Nase, Oedem der Stirne, Verschluss des Auges, hohe Temperatur) bedeutend milderte. Aehnliche Resultate bei zwei Patientinnen nach zehn Catheterisationen und Ausspülungen des Canalis nasofrontalis. Gorodecki.

**Zwei Fälle von angeborener Anomalie der vorderen Gaumenbögen.**

(Deux cas d'anomalie congénitale des piliers antérieurs du voile du palais.) Von Dr. J. Garel. (Revue de laryngol., d'otologie et de rhinologie No. 13, 1894.)

Häufiger als die der hinteren Gaumenbögen. Von den zwei beschriebenen Fällen ist der eine doppelseitig, der andere einseitig und war angeboren; man bemerkt nie Narbengewebe, keine Funktionsstörungen, Entstehung im Embryonalleben natürlich unerklärlich. Dr. P. K.

**Ueber Verhornung des Epithels im Gebiete des Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharyngomycosis leptothricia (Hyperkeratosis lacunaris).** Von Prof. Siebenmann in Basel. (Arch. f. Laryngol. Bd. II, Heft 3, pag. 365, 1895.)

S. unterwarf die Stacheln, wie man sie bei obengenannter Krankheit, namentlich an den Gaumentonsillen, der hinteren und seitlichen Pharynxwand und dem Zungengrunde findet, sowie das Gewebe der mit jenen Gebilden exstirpirten Tonsillen genauer microscopischer Untersuchung und fand, was erstere anlangt, Säcke oder Cysten, deren Wandungen relativ sehr dick sind und theils aus geschichteten Lagen von kernlosen verhornten Epithelien, theils aus einer homogenen Hornsubstanz bestehen, wie sie dem menschlichen Haar eigen ist. Bei den exstirpirten Tonsillen handelte es sich um einen ungewöhnlich intensiven Verhornungsprocess des lacunären Epithels, um eine wirkliche Stachelbildung. In der Umgebung der Krypten fehlte jedes Zeichen von Entzündung wie Hypertrophie des Bindegewebes und stärkerer Rundzelleninfiltration. Statt des Namens Pharyngomycosis leptothricia oder Mycosis benigna schlägt er, um das wirkliche Grundleiden, die Vorhornung des Kryptenepithels zu kennzeichnen, den Namen Hyperkeratosis lacunaris vor. — In farbigen Abbildungen sind die geschilderten Verhältnisse sehr schön wiedergegeben.

Beschorner.

**Fractur der Cartilago thyroidea.** (Relation d'un cas de fracture du cartilage thyroïde.) Von Dr. William J. Taylor. (New-Orleans medical and surgical Journal und Revue de laryngologie et d'otologie No. 9, 1894.)

Ein 43jähriger Mann fiel aus einer Höhe von etwa 20 Fuss auf den Boden und zog sich eine senkrechte Fractur der rechten Schildknorpelplatte zu, welche die gewöhnlichen Symptome der Larynxfractur zeigte und ohne jede Gefahr und ohne prophylactische Tracheotomie heilte.

Dr. P. K.

**Ueber Strukturveränderungen der Glandulae thyroideae nach Entfernung der Schilddrüse.** (Des modifications de structure des glandules thyroïdiennes après l'exstirpation de la glande thyroïde.) Von Dr. Gley. (Société de biologie de Paris, Séance du 25 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Schon vor mehreren Jahren auf dem Kaninchen nachgewiesen, hat Verf. mit Dr. Nicolas von Nancy das Material systematisch verwertet und ist zu folgenden Resultaten gekommen: In normalem Zustande stellen die Glandulae eine homogene Structur dar; aber schon am sechsten Tage nach der Exstirpation der Glandula thyroidea, mehr noch nach 15—18 Tagen, sieht man auf dem Querschnitt der ganzen Drüse bei schwacher Vergrößerung unregelmässig vertheilte Zonen, welche von Zellenconglomeraten gebildet sind; diese Epithelialzellen sind kleiner als die normalen, das Protoplasma ist sehr gefärbt, der Kern ist leichter zu färben, als im Normalzustand. Diese trabekelähnliche Structur ist nicht nur sehr genau ausgebildet, sondern die Epithelialelemente haben Eigenschaften, welche bei normalen Zellen nicht zu finden sind. Diese Hypertrophie besteht also zum grössten Theile in einer Vermehrung der Epithelialzellen. Man darf annehmen, dass diese Zellenmodification mit der functionellen Thätigkeit dieser Drüsen zusammenhängt, welche nach der Exstirpation der Schilddrüse sehr zugenommen hat. Auf diese Weise werden die üblen Zufälle, welche der Totalexstirpation folgen, theilweise vermieden.

Dr. P. K.

**Ueber die Abtragung der hypertrophischen Tonsillen mittelst der electrischen GlühSchlinge.** Von Dr. L. Lichtwitz in Bordeaux. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 318, 1895.)

Die Abtragung der Tonsillen mittelst des electrothermischen Schlingenschnürers wurde von L. in mehr als 400 Fällen, die Kinder und Erwachsene jeden Alters betrafen, vorgenommen. Er rühmt die Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit des Verfahrens, das Fehlen der Blutung und die Möglichkeit, in jedem Falle eine Verletzung des vorderen Gaumenbogens zu vermeiden. Zwischenfälle, wie das Brechen des Tonsillotoms bei Mandelsteinen, sind ausgeschlossen. Schliesslich verbreitet sich Autor über die Schneideschlinge und das zu benutzende Material, Schlingenträger, Leitungsröhren, Handgriff und namentlich die besten Electricitätsquellen.

Beschorner.

**Ueber das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung.** Von Dr. Roemisch in Freiburg i. B. (Archiv für Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 377, 1895.)

Zweck der vorliegenden Arbeit ist, die Betheiligung des Kehldeckels bei einseitiger Recurrenslähmung im Zusammenhange zu besprechen. R. thut dies unter Zugrundelegung der in der Literatur niedergelegten und der in der Freiburger Universitätsklinik in den letzten sieben Jahren beobachteten 39 Fälle von Recurrenslähmung, von denen letzteren 13 ein abnormes Verhalten der Epiglottis zeigten. Aus diesem Material ergab sich als charakteristisch für die Epiglottis eine Zuckung derselben nach der gesunden Seite bei der Phonation, die sich in 27 pCt. der Freiburger Fälle zeigte. Als Ursache derselben musste eine Con-

traction des *M. aryepiglotticus* der gesunden Seite bei Ausfall der Wirkung dieses Muskels auf der gelähmten Seite angesehen werden: Die fehlende Contraction des *Aryepiglotticus* auf der gelähmten Seite zeigte, dass er wie die anderen gelähmten Muskeln dieser Seite vom *Recurrens* innervirt sein musste. Eine Bestätigung dieser Annahme ergab sich aus zwei Sectionsfällen, den einzigen diesbezüglichen, die sich in der Literatur vorfinden, in denen sich bei einseitiger *Recurrens*lähmung und intactem *N. lar. sup. der M. ary-epiglottic.* degenerirt zeigte. Das Verhalten der *Epiglottis* bei einseitiger *Recurrens*lähmung richtet sich, wie R. meint, nach dem Umstande, ob ihre *Detractores* vom *Laryngeus super.* oder infer. oder von beiden zugleich und da wieder in dem verschiedensten Grade, innervirt werden. — Ausführliches Eingehen auf die Anschauungen und Untersuchungen anderer Autoren, auf Sectionsbefunde, Experimente und anatomische Verhältnisse verleihen der Arbeit einen erhöhten Werth.

Beschorner.

### **Experimentelle Untersuchungen über Phonationcentren im Gehirn.**

Von Dr. F. Klemperer in Strassburg i. E. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag 329, 1895.)

Nachdem K. die von früheren Autoren mittelst der Reizungs- und Extirpationsmethode gewonnenen physiologischen Thatsachen eigener Nachprüfung unterzogen, geht er zu experimentellen Untersuchungen über, um sich Aufklärung über die Frage nach der pathologischen Bedeutung des Rindencentrums für den Kehlkopf zu verschaffen. Das Resultat der vier an Hunden vorgenommenen Experimente zeigt, dass bei diesen weder acute noch chronische Erkrankung des Kehlkopfcentrums, u. zw. ebensowenig einseitige wie doppelseitige, eine Kehlkopflähmung zur Folge hat, dass mithin dem sogen. motorischen Kehlkopfcentrum eine pathologische Bedeutung nicht zukommt. Das Resultat der Versuche an Katzen war das gleiche. Die Schlüsse, die K. aus den Untersuchungen der früheren Autoren und aus seinen eigenen zieht, sind folgende: 1) An der Hirnoberfläche des Hundes giebt es in jeder der beiden Hemisphären eine umschriebene (von Krause localisirte) Stelle, von der aus electriche Reizung Adduction beider Stimmbänder erzielt; die Stimmbandbewegung ist stets eine doppelseitige; auch schwache Ströme bringen keine Bewegung hervor. Bei der Katze ist nahe der Stelle, von der aus die Adduction der Stimmbänder ausgelöst wird, eine zweite, deren electriche Reizung Stimmbandabduction verursacht (von Semon und Horsley localisirt). 2) Die Extirpation dieser Partie der Hirnrinde bleibt ohne Folgen für die Stimmbandbewegung und die Phonation. 3) Auch die Erkrankung dieser Parthie ruft keine Veränderungen im Kehlkopf hervor. — Was die von Onodi im vorigen Jahre gemachte Mittheilung über ein „neues Stimmbildungscentrum, ohne welches die Stimmbildung aufhört“ anlangt, so erbrachte ein an einem Hunde vorgenommener, ein positives Resultat ergebender Versuch den Beweis, dass das von Onodi beschriebene Stimmbildungscentrum nicht besteht.

Beschorner.

**Fall von scheinbarer Dysphagie.** (A case of dysphagia lusoria.)  
Von T. H. Kellock, M. D. und F. E. Batten, M. B., London. (Lancet,  
22. Juni 1895.)

Der Fall betraf ein zwei Jahre und zehn Monate altes Kind, das mehrere Male Erstickungsnoth gehabt hatte und in dem letzten Anfall blieb. Es fanden sich in dem Pharynx Speisereste, von denen aber nicht feststeht, ob sie die Ursache des Todes waren. Bei der Präparation der Halsgefäße ergab sich, dass die rechte Art. subclavia links aus dem Bogen der Aorta entsprang und hinter der Speiseröhre vorbei nach rechts verlief. Aehnliche Fälle seien von Bayford, Mackenzie und Prichard beschrieben worden.

M. Schm.

**Ueber Temperatursteigerungen nach Einspritzen von künstlichem Serum.** (Des élévations de température produites par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.) Von Dr. Debove. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 22 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Die Patienten litten fast alle an Ischias, das heisst an einer Krankheit, welche die Resultate der Einspritzung nicht beeinflussen konnte. Das Serum, welches in verschiedenen, zwischen einigen Cubikcentimetern und  $\frac{3}{4}$  Liter schwankenden, Quantitäten eingespritzt wurde, bestand aus 1000 Theilen sterilisirtem Wasser, 5 Theilen Natrium chloratum und 5 Theilen schwefelsaurem Natron. Immer entstand eine Temperaturerhöhung, meist mit Allgemeinerscheinungen. Es besteht kein directes Verhältniss zwischen der Quantität der injicirten Flüssigkeit und der thermalen Reaction; letztere entsteht übrigens, welche Zusammensetzung das Serum auch habe. Das viel schmerzhaftere Einspritzen reinen Wassers bringt keine Reaction.

Dr. P. K.

**Fall von doppelseitiger Lähmung der Cricoarytänoidel postici, verbunden mit Tabes dorsalis, Erstickungsnoth, Tracheotomie, Erholung, Bemerkungen.** (Case of bilateral paralysis of the cricoarytänoidel postici associated with tabes dorsalis, asphyxia, tracheotomia, recovery, remarks.) Von Francis Hawkins, M. D. (Lancet, 1. Juni 1895.)

Der Titel sagt Alles. In dem Aufsätze findet sich wieder zwei Mal der Druckfehler Abduction statt Adduction.

M. Schm.

**Acutes Glottisödem mit tödtlichem Ausgang.** (Cas d'oedème aigu de la glotte à issue fatale.) Von Dr. Hugh Montgomerie. (Journal of laryngol., rhinol. and otologie und Revue de laryngologie et d'otologie No. 9, 1894.)

Ein 43jähriger Locomotivführer klagte des Morgens über Schlingbeschwerden und Heiserkeit. Der betreffende Arzt verordnete die gewöhnlichen Mittel. Patient ging es besser, bis um zwei Uhr des Nachts plötzlich Larynxstridor mit Dyspnoe auftraten; dieses Symptom brachte in fünf Minuten den Erstickungstod herbei, ehe der Arzt Hilfe bringen konnte. Die Section ergab einfaches Glottisödem.

Dr. P. K.



**Pseudodiphtheritis mit Streptococcen; Bronchopneumonie; Tod.** (Pseudodiphthérie à streptocoques; bronchopneumonie; mort.) Von Dr. Ansiaux. (Clinique médicale de l'université de Liège, 1895.)

Ein tödtlich verlaufender, der wahren Diphtheritis ähnlicher Fall, in welchem man aber nur Streptococcen und gar keine Klebs-Löffler-schen Bacillen nachweisen konnte, bringt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Man kann a priori behaupten, dass jedes antidiphtheritische Serum bei Streptococcuskrankheit, welche also keine wahre Diphtheritis darstellt, ohne Wirkung ist; diese Fälle sind häufiger, als man glaubt, und man darf nicht aus ihnen auf die Unwirksamkeit des Serum bei der echten Diphtheritis schliessen. 2) Die Schwere der Pseudodiphtheritis mit Streptococcen hängt von der Virulenz des Microben ab; dieser kann sich in dem Organismus verbreiten, Lungenentzündung und echte Septicämie hervorrufen. 3) Man soll die Pseudodiphtheritiskranken mit Streptococcen streng von den wahren Diphtheritiskranken trennen; die Ansteckung der einen durch die anderen ist bewiesen. Dr. P. K.

**Ueber die Natur der Pleuritis serofibrinosa.** (De la nature de la pleurésie sérofibrineuse.) Von Dr. Lemoine. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 22 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Die an 32 pleuritischen Exsudaten angestellten bacteriologischen Untersuchungen haben das von Netter und Vaillard schon aufgestellte Princip bestätigt, dass eine primäre serofibrinöse Pleuritis, bei welcher die Cultur der Flüssigkeit gar keinen Microorganismus zeigt, tuberculöser Natur ist. Dr. P. K.

**Primäre Chondritis des Larynx und Beschreibung eines solchen Falles, wo Zerstörung des Knorpels eintrat; Tracheotomie; Tod nach 17 Monaten.** (Chondrite primitive du larynx et relation d'un cas avec destruction des cartilages, trachéotomie et mort au bout de dix sept mois.) Von Dr. E. Mayr. (New-York Eye and Ear Infirmary Reports und Revue de laryngologie et d'otologie No. 3, 1894.)

Der Kranke ging an Blutungen, Bronchitis und Pneumonie zu Grunde. Dr. P. K.

**Ueber den Werth der Electrolyse in der Laryngologie.** (La valeur de l'électrolyse dans la laryngologie.) Von Dr. v. Tymowski. (Congrès de Rome 1894 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 9, 1894.)

Verf. giebt die Wirkung der beiden Pole auf die umgebenden Gewebe, so wie sie in letzter Zeit von Perrégaux, Gellner und Kutter beschrieben worden ist und welche an den beiden Polen verschieden ist; die Methode kann nicht mit der Galvanocaustik verglichen werden. Bei Pharyngitis granulosa ist ihre Wirkung sehr gut, bei Mandelhypertrophie ist die Galvanocaustik vorzuziehen; bei Rhinitis chronica ist die Wirkung zweifelhaft, bei Ozaena besser, als mittelst Galvanocaustik, weil sie keine Atrophie der Mucosa nach sich zieht; bei Larynxblutung wirkt sie auffallend gut; in einem Falle von Angiom des Stimmbandes wirkte sie gut (Heryng). Man soll immer nur einen Pol, nie zwei zugleich anwenden. Dr. P. K.

**Die Laborde'sche Methode während einer Tracheotomie.** (Le procédé de Laborde dans une opération de trachéotomie.) Von Dr. Dénucé. (Gazette hebdom. des sciences médicales de Bordeaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1894.)

Die Tracheotomie musste wegen Larynxcarcinom ausgeführt werden; es wurde Chloroform angewandt. Patient hörte zu athmen auf, obgleich die Canüle richtig sass. Die rhythmischen Zungentraktionen brachten das regelmässige Athmen zurück.

Dr. P. K.

**Fremdkörper im Oesophagus, Extraction durch die Pharyngotomia infrahyoidea. Heilung.** (Corps étranger dans l'oesophage, extraction par la pharyngotomie subhyoïdienne. Guérison.) Von Dr. Schmiegelow. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 9, 1894.)

Ein 38jährigen Mann verschluckte des Nachts im Schlafe sein falsches Gebiss, erwachte mit einem eine Stunde andauernden Dyspnoeanfall; er ging zu seinem Arzte, als er keine Athembeschwerden mehr hatte, wohl aber Schluckbeschwerden empfand. Erst nachher dachte Patient daran, dass sein falsches Gebiss verschwunden war; da dieses aber häufig stattfand und Patient dann nachher sein Gebiss im Bette wiederfand, da ferner das Schlucken von Flüssigkeiten und selbst festen Massen von statten ging, legten weder der Arzt, noch der Patient Gewicht darauf und erklärte man das Halsleiden als Angina gangränosa. Nachher ergab aber die sehr mühsame Laryngoscopie dem Verf. das Vorhandensein eines Fremdkörpers im oberen Oesophagustheil. Die Pharyngotomia infrahyoidea wurde ausgeführt und der prothetische Apparat mühsam entfernt. Verf. erzählt drei ähnliche Fälle, wo die Patienten nicht wussten, dass sie ihren prothetischen Apparat verschluckt hatten.

Man muss also in Gegenwart solcher Fremdkörper beobachten, dass das ungehinderte Schlucken und das ungehinderte Einführen der Magensonde nicht gegen das Vorhandensein eines Fremdkörpers sprechen. Man muss die Anamnese und namentlich den stinkenden blutigen Auswurf beobachten. Sehr selten wird ein solcher Fremdkörper erst bei der Section festgestellt. Ein Erstickungsanfall ist gewöhnlich das erste Symptom, welches aber verschwindet, sobald es dem Kranken gelingt, den Fremdkörper nach unten zu verschlucken; dann treten die Schlingbeschwerden auf, welche durch einfachen Druck auf den Larynx oder durch Druck auf die Recurrentes theilweise oder totale Lähmung der Stimmbänder hervorrufen können; tritt, was am häufigsten der Fall ist, theilweise Lähmung auf, so sind es die Abductorenfasern, welche zuerst ergriffen werden: ein Moment, welches die Dyspnoe fortdauern macht, trotzdem der Fremdkörper schon tiefer als die Larynxhöhe gerutscht ist; hier giebt das Laryngoscop allein Aufschluss. Einmal im Oesophagus, kann ein solches Gebiss durch einen Hustenstoss oder durch den Brechact, oder durch den Darm ausgestossen werden; oder es bleibt im Magen sitzen, wo dann nur die Gastrotomie hilft; bleibt es im Oesophagus, so tritt Gangrän mit Mediastinitis oder arterielle Blutung ein. Verf. giebt die genaue Statistik von 52 Fällen, wo ein Gebiss verschluckt worden war.

Dr. P. K.

## Wilhelm Meyer †.

Wieder hat uns der Tod einen der verdienstvollsten und besten Collegen entrissen — Wilhelm Meyer, dessen Name seit dem Jahre 1868, wo er seine erste Abhandlung über die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum veröffentlichte, rühmlichst bekannt ist, erlag am 3. Juni 1895 auf einer nach überstandener Influenza unternommenen Erholungsreise einem sehr stürmisch verlaufenden Typhus abdominalis. Er starb im 71. Lebensjahre in Venedig, wo er auch zur Erde bestattet wurde.

Hans Wilhelm Meyer war in Fredericia (Dänemark) am 25. October 1824 als Sohn eines Arztes geboren. Er absolvirte in Glückstadt (Holstein) das Gymnasium, kam 1843 an die Universität in Kopenhagen und legte 1847 sein Schlussexamen mit dem Prädicate „laudabilis et quidem egregie“ ab. In den Jahren 1851—53 machte er Studienreisen nach Wien, Prag, Würzburg, Paris, Montpellier, London, Edinburgh, worauf er sich 1853 in Kopenhagen als practischer Arzt niederliess. Im Jahre 1854 begann er als Autodidact das Studium der Ohrenheilkunde, und im Jahre 1868 war es ihm gegönnt, eine der segensreichsten Entdeckungen zu machen, indem er in der excessiven Wucherung des adenoiden Gewebes des Rachenraumes eine der häufigsten Ursachen des Ohrcatarrhs entdeckte. Indem er zugleich die Methode angab, wie dieses Grundübel radical beseitigt und dadurch der Kranke vor sicherer Schwerhörigkeit geschützt werden kann, ist Meyer einer der wohlthätigsten ärztlichen Forscher aller Zeiten geworden.

Seine erste Abhandlung über diesen Gegenstand erschien 1868 in „Hospitals tidende“, welcher bald (1870) eine zweite über dasselbe Thema in der „Medico-chirurgical Transactions“ in englischer Sprache folgte. In deutscher Sprache brachten Schmidt's Jahrbücher 1869 die erste Kunde dieser Entdeckung, über welche 1873 ein grösserer Aufsatz im Archiv für Ohrenheilkunde folgte.

Die weitere klinische Beobachtung hat nicht nur ihre hohe Bedeutung für die Ohrenheilkunde dargethan, sondern man hat in der Anwesenheit solcher Vegetationen auch den Ausgangspunkt anderweitiger körperlicher und geistiger Entwicklungshemmungen kennen gelernt, die, weil in ihren Ursachen bis dahin unbekannt, in früherer Zeit einzig und allein der Naturheilung überlassen blieben und demzufolge auch so häufig nicht nur zur Schwerhörigkeit und Taubheit, sondern auch zu anderweitigen Störungen, ja sogar zu langwierigem Siechthum führten.

Ausser den genannten Aufsätzen hat Meyer auch noch mehrere kleinere otologische Inhalts, sowie eine kurz gefasste Geschichte der Ohrenheilkunde in Schwartz's Handbuch d. Ohrenheilkunde veröffentlicht. Seine letzte Arbeit, welche als Vorläufer einer grossen Abhandlung über dasselbe Thema gelten sollte, erschien im Februar 1895 in Hospitals tidende und behandelt „Die adenoiden Vegetationen, ihre Verbreitung und Alter“.

Meyer entfaltete keine ausgedehnte literarische Thätigkeit, was er aber schrieb, war gediegen an Inhalt, elegant in der Form; seine Schreibweise verrieth den Mann von gediegenem Fachwissen und allgemeiner Bildung. Die ihn näher kannten, denen bleibt sein edles Herz, seine zu jeder Zeit bewiesene Selbstverläugnung, sein echt humanes Wesen unvergesslich.

Meyer erfreute sich auch äusserer Anerkennung. So erhielt er 1880 das Ritterkreuz des Schwedischen Nordsternordens; 1884 wurde er zum Ehrendoctor von Halle-Wittenberg ernannt; im Jahre 1894 wurde er königl. dänischer Etatsrath. Er war Ehrenmitglied der Londoner laryngologischen und der Prager czechisch-medicinischen Gesellschaft und correspondirendes Mitglied der American-Laryngological Association.

Gruber.

Wilhelm Meyer, dessen Lebensgeschichte wir in kurzen Umrissen in den voranstehenden Zeilen schilderten, hat die Menschheit zu grösstem Danke verpflichtet. In der ganzen gebildeten Welt macht sich bereits der Segen seiner heilbringenden Lehren geltend und Tausende verdanken ihm Heilung von oft schwerem Gebrechen.

Solchen Männern ist die Welt tief verpflichtet, und deshalb begrüssen wir den von Herrn Dr. Felix Semon in London ausgegangenen Vorschlag, unserer Dankbarkeit durch ein äusseres Zeichen Ausdruck zu geben, mit aufrichtigster Freude. Bereits haben sich in fast allen civilisirten Ländern Comité's gebildet, welche durch Sammlung die Mittel aufbringen sollen, um dem Verewigten in Kopenhagen, der Stätte seiner einstigen Wirksamkeit, ein Standbild zu errichten. Ihre Königliche Hoheit die Prinzessin von Wales hat mit Rücksicht auf Hochdero Abstammung aus dänischer Königsfamilie das Protectorat übernommen und es wird gewiss in nicht zu langer Zeit an die Ausführung des Werkes geschritten werden können.

In Wien wird über Antrag des Obmannes der Oesterr. otologischen Gesellschaft Prof. Gruber und des Obmannes der laryngologischen Gesellschaft Prof. Störk ein aus den genannten Gesellschaften gebildetes Comité im Interesse der Sache thätig sein. Näheres darüber bringt die nächste Nummer dieser Monatsschrift.

## Notizen.

Herr Prof. Dr. Barth in Marburg wurde zum Leiter der otologischen Klinik nach Breslau berufen und ist diesem Rufe gefolgt.

Zum Leiter der in Christiania neu errichteten Klinik für Otologie, Rhinologie und Laryngologie ist Herr Dr. Uchermann unter gleichzeitiger Ernennung zum Professor extraordinarius bestimmt worden. So freudig wir auch die Errichtung neuer Kliniken für die genannten Fächer begrüßen, mit der Vereinigung beider Specialitäten in einer Klinik und mit der Ernennung eines Professors für beide können wir uns durchaus nicht befremden. Beide Specialfächer sind nunmehr auf einer derartig hohen Entwicklungsstufe angelangt, dass eine Cumulirung derselben gewiss nur zum Nachtheile der Wissenschaft und ihrer Lehre statt haben kann.

---

## INHALT.

I. Originalien: Danziger: Nachtrag zu dem in No. 7 dieser Monatsschrift S. 221 etc. veröffentlichten Fall von Carcinom des Ohres. — Bergaet: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre (Fortsetzung). — Szenes: Bericht über die vierte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft zu Jena am 1. und 2. Juni 1895 (Schluss). — II. Referate: a) Otologische: Gelle: Ueber die centripetalen Druckausübungen (der Gelle'sche Versuch), eine semeiologisch-auriculäre Studie. — Habermann: Ueber Erkrankungen des Gehörorgans in Folge von Tabes. — Hecke: Ueber extradurale Eiteransammlungen im Verlauf von Mittelohrerkrankungen. — b) Rhinologische: Thomson und Hewlett: Microorganismen in der gesunden Nase. — Wingrave: Muschelvarix. — de Roaldes: Fall von gemischtem folliculären Odontom, das in das Antrum Highmori eindrang und die entsprechende Nasenhälfte verstopfte. — c) Pharyngo-laryngologische: Sitzungsbericht der Petersburger Medico-chirurgischen Gesellschaft vom 16. März 1895. — Garel: Zwei Fälle von angeborener Anomalie der vorderen Gaumenbögen. — Siebenmann: Ueber Verhornung des Epithels im Gebiete des Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharyngomycosis leptothricia (Hyperkeratosis lacunaris). — Taylor: Fractur der Cartilago thyroidea. — Gley: Ueber Strukturveränderungen der Glandulae thyroideae nach Entfernung der Schilddrüse. — Lichtwitz: Ueber die Abtragung der hypertrophischen Tonsillen mittelst der electricchen Glühschlinge. — Roemisch: Ueber das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung. — Klemperer: Experimentelle Untersuchungen über Phonationscentren im Gehirn. — Kellock und Batten: Fall von scheinbarer Dysphagie. — Debove: Ueber Temperatursteigerungen nach Einspritzen von künstlichem Serum. — Hawkins: Fall von doppelseitiger Lähmung der Crico-arytinoidei postici, verbunden mit Tabes dorsalis, Erstickungsnoth, Tracheotomie, Erholung, Bemerkungen. — Montgomerie: Acutes Glottisödem mit tödtlichem Ausgang. — Anstaux: Pseudodiphtheritis mit Streptococci; Bronchopneumonie; Tod. — Lemoine: Ueber die Natur der Pleuritis serofibrinosa. — Mayr: Primäre Chondritis des Larynx und Beschreibung eines solchen Falles, wo Zerstörung des Knorpels eintrat; Tracheotomie; Tod nach 17 Monaten. — Tymowski: Ueber den Werth der Electrolyse in der Laryngologie. — Dénucé: Die Laborde'sche Methode während einer Tracheotomie. — Schmiegelow: Fremdkörper im Oesophagus. Extraction durch die Pharyngotomia infrahyoidea. Heilung. — Wilhelm Meyer †. — Notizen.

---

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

---

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

Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (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. Omedt (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. Stärk (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald) Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

**Dr. JOS. GRUBER**

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

**Dr. N. RÜDINGER**

o. ö. Professor  
der Anatomie a. d. Universität  
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 2 $\frac{1}{2}$  Hogen. 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. XXIX.

Berlin, November 1895.

No. 11.

---

## I. Originalien.

### Versuch

### zur Bestimmung eines Schalleitungshindernisses.

Vortrag,

gehalten in der Sitzung der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft am  
29. October 1895.

Von

**Dr. Ferdinand Alt,**

Demonstrator an der Ohren-Klinik von Prof. Gruber in Wien.

Hochverehrte Anwesende! Ich erlaube, mir den hochverehrten Anwesenden einen Versuch zu empfehlen, der sowohl an Stelle, als auch zur Ergänzung des Weber'schen Versuches in der otiatrischen Diagnostik verwendet werden könnte.

Der Versuch beruht auf folgender Thatsache: Wenn man bei geschlossenem Munde einen Ton singt, oder richtiger gesagt summt, und hierbei ein Ohr mit dem Finger verschliesst, percipirt man den Ton nur in dem verschlossenen Ohre. Es ist vollständig gleichgiltig, ob man einen hohen oder tiefen Ton, laut oder leise singt. Wenn man nun Patienten, bei denen der Weber nach einem Ohre lateralisirt wird, veranlasst, bei

geschlossenem Munde einen Ton zu singen, hören diese den Ton nur in dem Ohre, nach welchem der Weber lateralisirt wird.

Es fällt mir nicht im Entferntesten ein, den hohen diagnostischen Werth des Weber'schen Versuches schmälern zu wollen, allein bei der Ausführung desselben sind immerhin gewisse Umstände zu berücksichtigen, aus deren Nichtbeachtung leicht eine Fehlerquelle erwachsen kann. So ist es eine bekannte Thatsache, dass bei Personen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, die Stimmgabeluntersuchung keine verlässlichen Anhaltspunkte darbietet; es ist ferner bekannt, dass auch bei jugendlichen Individuen der Weber vom Scheitel aus oft nicht ausführbar ist und man in solchen Fällen die Stimmgabel in der Medianlinie an Ober- oder Unterkiefer abklängen lässt; es ist ferner bekannt, dass die zu stark schwingende Stimmgabel beim Weber'schen Versuch in beiden Ohren percipirt wird, auch in solchen Fällen, wo die schwächer schwingende Stimmgabel eventuell nur nach einem Ohre lateralisirt wird.

Ehe ich nun zur Besprechung schreite, weshalb der von mir empfohlene Versuch nicht nur an Stelle, sondern auch zur Ergänzung des Weber'schen Versuches verwendet werden kann, sei es mir gestattet, eine mir plausibel scheinende Erklärung für das Zustandekommen meines Versuches zu geben.

Wenn man mit geschlossenem Munde singt, geräth die Luft in der Mundhöhle in Schwingungen. Ein Theil dieser Schwingungen wird auf die Kopfknochen übertragen und gelangt, ganz wie beim Weber'schen Versuche, auf dem Wege der craniellen und craniotympanalen Leitung zum Labyrinth. Allein nur ein geringer Theil der Schallwellen nimmt diesen Weg. Der weitaus grössere Theil der in der Mundhöhle schwingenden Schallwellen bringt die Luft im Nasenrachenraume zum Mitschwingen, bringt eine Luftsäule in der Tube und die Luft im Mittelohre zum Mitschwingen, wird auf Trommelfell und Gehörknöchelchenkette übertragen und gelangt so zum Labyrinth.

Und gerade diese Schallwellen, die zur Kopfknochenleitung hinzutreten, verstärken in hohem Grade die Intensität des zur Perception gelangenden Tones, gestalten den Versuch zu einem empfindlicheren, als es der Weber ist, und ermöglichen dessen Ausführung bei Personen höheren Alters.

Es wäre nun der Beweis zu erbringen, dass die Schallwellen thatsächlich den geschilderten Weg nehmen.

Dass die Luft in der Mundhöhle in Schwingungen geräth, ist selbstverständlich; von dem Mitschwingen der Luft im Nasenrachenraume können wir uns in zweifacher Art überzeugen: Wenn man mit geschlossenem Munde singt und die Hand vor die Nasenöffnungen hält, empfindet man den ausströmenden Luftstrom, oder aber, wenn man die Nase mit zwei Fingern zuhält, verspürt man den Anprall der Luft an den Nasenflügeln.

Dass die Luft in der Tube — nach deren Eröffnung durch das Singen bei geschlossenem Munde — und im Mittelohre mitschwingt, ersehen wir aus folgender Erwägung: Der Versuch giebt in allen Fällen, wo der Weber nach einem Ohre lateralisirt wird, ein positives Resultat, nur in jenen Fällen ist der Versuch unverlässlich, wo eine einseitige Destruction oder eine grosse, tiefliegende Perforation des Trommelfells

vorliegt. In diesen Fällen können die Schallwellen leichter nach aussen, als zum Labyrinth abfliessen (da das Schalleitungsmedium Luft bleibt und sich nicht ändern muss) und der Versuch giebt kein promptes Resultat. Liegt dagegen eine kleine, hochgelegene Perforation des Trommelfells, zum Beispiel eine Perforation der Shrapnell'schen Membran vor, durch welche die Schallwellen nicht leicht abfliessen können, dann giebt der Versuch ein promptes Resultat.

Weshalb man den bei geschlossenem Munde gesungenen Ton nur in dem mit einem Schalleitungshindernisse behafteten Ohre, beziehungsweise bei einseitiger Labyrinthaffection nur im gesunden Ohre hört, brauche ich wohl vor diesem Forum nicht des Weiteren auszuführen, zumal hierfür die vollständige Analogie mit dem Weber'schen Versuche gilt.

---

## Linksseitige Kehlkopflähmung (*Hemiplegia laryngis sin.*) im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbestimmter Natur.

Von

Dr. Ludwig Przedborski,

Primärarzt am Lodzer israelitischen Krankenhause.

Motilitätsstörungen im Gebiete der Kehlkopfmuskeln im Verlaufe einzelner acuter infectiöser Krankheiten gehören zu sehr seltenen Befunden. Derartige Erscheinungen sind am häufigsten bei Diphtherie, dem Abdominaltyphus, der Rose etc. beobachtet worden. Das Auftreten der in Rede stehenden nervösen Phänomene wurde lange stürmisch bestritten und es verlangte nicht wenig Zeit, ehe man die Frage, ob dieselben centraler oder peripherer Natur sind, bejahend beantworten konnte. Besonders divergirten die Meinungen verschiedener Autoren über die Natur der diphtheritischen Lähmungen. So sagt Moritz Schmidt<sup>1)</sup>: „Man stützte sich für die erste Ansicht auf Fälle von Blutungen in den Centralorganen, wie sie zuerst von Buhl in den Intervertebralganglien der Rückenmarksnerven, später von Mendel als capilläre Hämorrhagien im Pons und der Medulla, ferner von Krause als ausgedehntere Blutung im Trigonum zwischen den Hirnschenkeln beobachtet worden sind. Seit den unterdessen vielfach bestätigten Untersuchungen von Paul Meyer, der die Streptococci in Ketten und Schnüren in der Scheide der Nerven gefunden hat, sind doch die Meisten der Ansicht, dass es sich um eine periphere Neuritis, verursacht durch das Einwandern des Streptococcus, handle.“ Auch die im Verlaufe des Bauchtyphus selten beobachteten Kehlkopflähmungen erwiesen sich meistentheils peripheren Ursprungs, trotz der noch von einzelnen Beobachtern verfochtenen Meinung, dass dieselben auch auf centralem Wege zu Stande kommen können. Diese Ansicht wird u. A. auch von Hendryk

---

<sup>1)</sup> Die Krankheiten der oberen Luftwege 1894, S. 385.



Burger<sup>2)</sup> vertreten. Doch können wir bis heut zu Tage kaum auf eine einzige Beobachtung hinweisen, bei welcher die *intra vitam* im Verlaufe eines acuten Exanthems gefundenen Kehlkopfstörungen durch Sectionsbefund als centrale bestätigt werden konnten.

Dagegen liessen sich diejenigen Fälle, in welchen der Verlauf einer acuten Infectionskrankheit durch nervöse Kehlkopferscheinungen complicirt wurde, als Endresultate der Infection oder Entzündungszustände, welche eine Zeit lang gewissen Druck auf die peripheren Kehlkopfnerven ausübten, leicht erklären.

Landgraf sah zwei Fälle; in dem einen eine vollständige linksseitige Stimmbandlähmung, im anderen eine Parese des *Posticus*. In dem ersten Falle glaubt er als Ursache eine Drüsenerkrankung im Verlaufe des *Recurrrens* annehmen zu müssen, im anderen eine typhöse Muskelerkrankung, wie sie Zenker beschreibt.

Schrötter hat in einem Falle von Bauchtyphus linksseitige Stimmbandlähmung in Folge einer gleichseitigen Pleuropneumonie gesehen. Er vermuthet, dass vielleicht eine Bethheiligung der *Mediastinalpleura* Schuld gewesen sei.

Wie aus dieser kurzen Uebersicht hervorleuchtet, gehören die im Verlaufe einiger acuten Exantheme entstandenen nervösen Kehlkopfstörungen zu sehr seltenen Befunden und bieten überall, wo sie zum Vorschein kommen, eine vollständige Analogie zu krankhaften Störungen, durch ätiologische Factoren von ganz entgegengesetzter Natur erzeugt, dar. So belehrt uns die Praxis, dass fast in allen bis heut zu Tage publicirten diesbezüglichen Beobachtungen constant materielle Veränderungen im Verlaufe der *Nerv. recurr.* nachgewiesen worden sind, welche durch ihren Druck eine partielle oder vollständige Herabsetzung der Leitungsfähigkeit in den obengenannten Nerven zu Stande brachten.

Von den soeben erwähnten Krankheitszuständen wurden am häufigsten folgende constatirt: Aortenaneurysmen, *Mediastinaltumoren*, Exsudate im *Pericard*, Verdickung der rechten Lungenspitze, Krebs und maligne Geschwülste der Speiseröhre, bösartige Tumoren der Schilddrüse, vergrösserte und verkäste *Bronchialdrüsen* etc.

In dieser wahren Ueberschwemmung von *Recurrrens*-Lähmung-Beschreibungen gelang es Grabower, eine einzige Beobachtung herauszufinden, die noch bis heut zu Tage in den Fachkreisen sehr lebhaften Beifall erregt. Es ist das der Fall von Kahler, in welchem das *intra vitam* stabil beobachtete Bild der halbseitigen Kehlkopflähmung am Leichentische zur positiven Bestätigung gelangte. Bei der Autopsie wurden entzündliche Erscheinungen des *Ependyms* am Boden des 4. Ventrikels und Entartung des *Vagus*kernes gefunden.

Unlängst hatte ich Gelegenheit, einen Fall von acuter infectiöser Fieberkrankheit, deren Verlauf durch eine linksseitige *Recurrrens*-Lähmung wahrscheinlich centralen Ursprungs complicirt wurde, zu beobachten. Doch muss ich zu meinem lebhaften Bedauern gestehen, [dass mir nicht gestattet war, den Fall ausgiebig auszunutzen; Patientin bekam ich zur Verpflegung erst einige Tage vor ihrem Tode, und wurde mir die Mög-

<sup>2)</sup> Die Frage der *Posticus*-Lähmung. Volkmann's Samml. No. 57, 1892.

lichkeit, die Autopsie auszuführen, ritueller Hindernisse wegen gänzlich genommen.

Da jedoch der Fall nach vielen Richtungen besondere Eigenheiten darbietet, scheint mir eine genauere Auseinandersetzung vollständig angezeigt zu sein. Zugleich sei mir gestattet, Coll. Sterling für die mehrmalige und fleissig durchgeführte microscopische und bacteriologische Blut- und Harn-Untersuchung meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

\* \* \*

Am 10. December 1894 wurde ich aufgefordert, der 21jähr. Ch. Sw. medicinische Hilfe zu erzeigen. Von der Umgebung erfuhr ich, dass Patientin schon seit 7 Wochen im Bette verbleibt, dass die Krankheit plötzlich und stürmisch unter der Gestalt des Abdominaltyphus, wie einige von Zeit zu Zeit die Pat. besuchende Aerzte behaupteten, aufgetreten sein sollte. Nach heftigem initialen Schüttelfrost und Kopfschmerzen stieg die Temperatur rasch bis über 40° C. Auf dieser Höhe verblieb dieselbe volle 2 Wochen, wobei sich ziemlich ausgesprochene Schmerzen im Unterleib geltend machten — ein Ausschlag kam nicht zum Vorschein.

Kurz nach Erkrankung der Pat. stellten sich Schmerzen im rechten Hypochondrium, Heiserkeit, Deglutitionsbeschwerden und Gelbsucht ein. Aus der Anamnese erfuhr ich blos, dass Pat. ihre Mutter im 42. Lebensjahre nach einem Hirnschlage verlor und dass dieselbe immer kränklich und schwach gewesen ist. Schon beim ersten Anblicke macht Pat. den Eindruck einer stark ergriffenen Person. Sw. ist sehr abgemagert, die Muskeln befinden sich im Zustande der Atrophie, Hautfettpolster gänzlich verschwunden, die Cutis, Conjunctiven beider Augen, die Schleimhaut des Zahnfleisches sind gelb verfärbt, in der Sacralgegend entwickeln sich ausgedehnte Decubitalgeschwüre. Die stürmisch vor sich gehende Respiration ist von einem lauten inspiratorischen Stenosengeräusch begleitet. Totale Aphonie. Körpertemperatur 38,5° C. Puls sehr beschleunigt, klein, unter dem Fingerdrucke leicht schwindend (Pulsfrequenz 130), der Herzschlag, wenig fühlbar, ist nach links verschoben. Die Leber ist stark vergrössert, glatt, empfindlich beim Betasten, ihr unterer Rand ragt auf Zweifingerdicke unter dem rechten Rippenbogen hervor, in der Mittellinie befindet sich derselbe in der Hälfte Entfernung zwischen dem Proc. xyphoideus und dem Umbilicus, Milz ebenfalls vergrössert. Die der Untersuchung zugänglichen Lymphdrüsen unverändert. Der Muskeldruck verursacht keinen Schmerz.

Die Percussion ergiebt überall einen hellen, normalen Lungenschall, die obere Grenze der Herzdämpfung beginnt unter der zweiten linken, die der Milz in der Axillarlinie unter der siebenten und die der Leber in der rechten Mammillarlinie unter der sechsten rechten Rippe. Während der Auscultation ist ein normales, beschleunigtes und durch inspiratorisches Stenosengeräusch abgeschwächtes Athmen wahrnehmbar. Rasselgeräusche fehlen. Die Mundhöhle bietet nichts Abnormes. Das Zäpfchen und der weiche Gaumen unverändert, Nahrung gelangt nicht

in die Nasenhöhle, die Zunge zeigt keine Deviation. Die Speiseaufnahme ist jedoch sehr schmerzhaft und von gewaltigen Schwierigkeiten begleitet: nach langen, mühevollen, aber vergeblichen Schluckversuchen spuckt Pat. die Speisen aus. Die Schleimhaut des Kehlkopfes bietet einen normalen Befund und ist gegen Druckreiz wenig empfindlich, während der Action treten nur Bewegungen in den Muskeln der rechten Larynxhälfte auf. Bei der Inspiration weicht das rechte wahre Stimmband nach aussen oft sogar über die Norm hinaus, und da gleichzeitig der Aryknorpel der gesunden Seite weiter nach rückwärts steht, so bietet die Glottis ein ungleichschenkliges Dreieck. Das linke Stimmband bleibt vollständig immobil und bewahrt sogar bei forcirten Athembewegungen die Cadaverstellung. Die Spitze des rechten Proc. vocal. springt bei den Muskelbewegungen, wahrscheinlich wegen der starken Concavität des inneren Randes der Pars ligamentosa des linken Stimmbandes (Ausfallerscheinung der Contraction des linken *M. thyreo-arytaenoidei*), stark hervor. Während der Phonation bleibt das linke Stimmband unbeweglich, während das rechte mit zugehörigem Aryknorpel zur Mittel-, oft sogar über die Mittellinie tritt, wobei der rechte Aryknorpel vor dem linken vortritt in der Weise, dass sich die Santorini'schen Knorpel kreuzen. Kurz gefasst, die Untersuchung lieferte einen Beweis für das Vorliegen einer linksseitigen Recurrenslähmung (und Paral. m. thyreoarytaen. sin.) und beleuchtete die in unserem Falle constatirte Aphonie, welche Erscheinung bei der erwähnten Nervenaffection nur höchst selten zur Beobachtung gelangt. Eines Umstandes muss ich noch an dieser Stelle erwähnen, dass schon während der ersten Untersuchung die Respirationsstörungen so gewaltig in Erscheinung traten, dass die event. Nothwendigkeit einer Tracheotomie-Ausführung mir zweifellos angezeigt schien. Da die in Folge der intensiven Schluck- und Athembeschwerden sehr heruntergekommene Pat. eine genauere Ueberwachung und sorgfältige Verpflegung nicht genoss, so schlug ich der Umgebung vor, die Kranke in's Hospital aufnehmen zu lassen.

#### Decursus Morbi:

11. Decbr. 94. Temp. Morgens normal, Abends 38,9 C. Puls 126. Harnabsonderung sehr vermindert. Intensive Schlingbeschwerden und vollständig verhinderte Speiseaufnahme. Die Verordnung bestand in Verabreichung intern.: Rp. Coffeini natro-benzoici 0,3, 3 Pulver täglich, Ernährungsclystieren (3 täglich) und in Anwendung des faradischen Stromes.

12. Decbr. Status idem. Temp. Morgens 37, Abends 38,8 C. — Athembeschwerden mehr ausgesprochen, tieferes Einsinken der Herzgrube, Stenosengeräusch stärker und lauter. Das Kehlkopfbild unverändert. Die Anwendung des farad. Stromes fiel negativ aus. Bei der vorgenommenen Harnanalyse wurden in demselben Eiweiss, unveränderte rothe Blutkörperchen und Microorganismen aus der Gattung *Bacterium coli commune* und ein *Micrococcus tetragenus citreus* gefunden. Nieren-cylinder fehlten.

13. Decbr. Temp. Morgens 38,4, Abends 36,9 C. Im Laufe des Tages hatte Pat. Schüttelfrost. Die Spiegeluntersuchung ergab: Das rechte wahre Stimmband ist weniger beweglich, verhartet in der Mittel-

linie und ist in seiner Abweichungsfähigkeit nach aussen, wahrscheinlich in Folge des entstandenen Adductorenkrampfes, sehr beschränkt. Gewaltige Dyspnoe, Cyanose, sehr tiefes Einziehen in der Herzgrube. Dieser bedenkliche Zustand zwang zur sofortigen Vornahme der Tracheotomie, welche ich auch unter Mitwirkung des Coll. Perlis ausführte. Die Operation dauerte 20 Minuten und wurde, des beträchtlichen Kräfteverfalls der Pat. wegen, ohne Chloroformnarcose ausgeführt.

14. Decbr. Temp. Morgens 39, Abends 37 C., Puls 120, etwas voller, Respiration freier. Subjectiv fühlt sich Pat. wohler, Schlingbeschwerden geringer, leichte Diarrhoe.

Die Blutuntersuchung (hauptsächlich des während der Tracheotomie gesammelten Blutes) ergab eine ausgesprochene Micro- und Poikilocythose, sehr wenige eosinophile Zellen, wobei in den rothen Blutkörperchen eine auffallende Herabsetzung der bekannten Geldrollen-Vereinigung nachgewiesen worden ist. Die bacteriologische Untersuchung constatirt dieselben zwei Microorganismen, welche im Harn gefunden wurden.

15. Decbr. Temp. Morgens 37, Abends 39,2 C. Puls 130, sehr klein (filiformis). Profuse Diarrhoe (kein Blut im Stuhle), gewaltige Schluckbeschwerden; Pat. ist sehr aufgeregt, unruhig. Gegen die Nacht wurde Pat. nach Angabe der Spitaldienerschaft somnolent und apathisch, klagte über heftige Kopfschmerzen, stöhnte unaufhörlich, und trat auch unter diesen Erscheinungen gegen 11 Uhr der Exitus letalis ein.

Wie wir aus diesem kurzen und, aufrichtig gesagt, unklaren Krankheitsverlaufe sehen, haben wir in unserer Beobachtung mit der Terminalphase eines räthselhaften und sehr unbestimmten Leidens zu thun. Bevor ich jedoch, auf die sehr mangelhaften klinischen Thatsachen gestützt, zur Begründung der in unserem Falle vermutheten Diagnose gelange, erlaube ich mir, derselben den Befund der bacteriologischen Untersuchung voranzuschicken.

Die Blut- und Harnculturen weisen auf Microorganismen doppelter Natur hin:

I. Stäbchen (Bacillen): Gestalt in Frühculturen (12—24 Stunden bei 37 C.) Coccobacilli (Cocci ovoides), in älteren sehr den Typhusbacillen ähnlich, wenig beweglich, zeichnen sich durch 1—4 kurze Cilien aus und besitzen keine Sporen. Die Bacillen sind leicht färbbar und ebenso leicht, vermittelt der Gram'schen Methode, entfärbungsfähig. Auf Gelatine-Agar-Platte grosse schmutzig-weiße Culturen mit bläulichem Abstiche, trocken, rund, mit ungleichen zackigen Rändern; bei starker Vergrößerung feinkernige und faltenartige. Auf Strichagar eine sehr dünne weiße Schicht, Stichelgelatine (Gelatinerisse) oberflächliche Entwicklung längs der Stichlinie und seitlich von derselben. Am Stichende 2—3 grosse Gasblasen. Auf Kartoffel erscheint nach einigen Tagen eine eigenthümliche dicke Schichte. Die Cultur ruft eine Milchcoagulation hervor, zeigt nach 4—6tägigem Verbleiben im Thermostaten die Indolreaction und reichliche Gase. Fleischbouillon sondert nach 24stündigem Verbleiben im Thermostaten einen sehr faden Geruch ab. Bei Vorhandensein von Zucker im Nährboden können sich die Bacillen, ähnlich den Anacrobien, trotz des Luftmangels entwickeln. Diagnose: Bacillus aus der Gattung *Bacterium coli commune* (Colon-Bacillus).

II. Coccen. Gestalt den Neisser'schen Gonococcen sehr ähnlich, zu 4 gruppiert, unbeweglich, ohne Sporen; färben sich am deutlichsten mit dem Löffler'schen Methylenblau, Gram — positiv. Auf Gelatine-Agar-Platte: Citrongelbe, runde, strahlende, ein wenig über das Niveau emporsteigende Colonien; Strichcultur: dieselbe Entwicklung; Stich-Gelatine: die deutlichste Citronen-Verfärbung. In Gelatinestichcultur tritt rasch ein Riss ein und die Coccen entwickeln sich nicht auf der Oberfläche, wachsen nur in der Stichhälfte, einen Trichter bildend. Vom Trichterende an beginnt die Gelatineverflüssigung, welche am raschesten im horizontalen Durchschnitte geht, am langsamsten aber in den oberen Schichten zu Stande kommt. Auf Kartoffel ist die Entwicklung eine sehr wenig ausgesprochene, nach 2 Wochen entsteht ein dünner citrongelber Belag. Zeigen keine Milchcoagulation, entwickeln sich aber in der Milch zu grösseren Coccengestalten, als in anderen Nährböden. Erzeugen keine Indolreaction und in dem Smith'schen Kolben keine Gase. Luftmangel ruft eine Vernichtung der Aussaat hervor. Besitzt sogar in Fisch-Fleischbrühe-Nährboden keine Phosphorescenzfähigkeit. In den Frühculturen traten gallertartige Kapseln hervor, welche wenig oder gar nicht färbungsfähig sich erwiesen und zu 4 Coccen besaßen. Diagnose: *Micrococcus tetragenus citreus* (?).

Dieser Microorganismus, welchen Colledge Sterling für einen bis heut zu Tage noch nicht beschriebenen hält, stellt vielleicht eine Abart der von Boutron in seiner Arbeit: „Recherches sur le micrococcus tetragenus septicus“<sup>3)</sup> angegebenen Coccen vor. Da, wie ich glaube, dem Colonbacillus eine gewisse Rolle in der Entwicklung des klinischen Krankheitsbildes bei unserer Pat. nicht versagt werden kann, so schienen mir einige Bemerkungen über die biologischen und pathologischen Eigenschaften desselben am Platze. Nach A. Gilbert<sup>4)</sup> und anderen Forschern gehört der Colonbacillus zu den am häufigsten im menschlichen Organismus vorkommenden Microorganismen. Derselbe hält sich mit Vorliebe im Verdauungsapparate auf und liefern menschliche und thierische Excremente seine vollkommensten Reinculturen. Wie aus Gilbert's Zusammenstellung hervorleuchtet, ist der Colonbacillus im Stande, folgende krankhafte Zustände zu befördern: Die chron. Mandelentzündung (Barbier, Lermoyez), die scarlatinöse Halsentzündung (Bouges), acute und chron. Abweichung, die Cholera nostras; ferner gebührt demselben eine wichtige Rolle beim Entstehen des Bauchtyphus (Sanarelli), der Dysenterie, nach Escherich der asiatischen Cholera, der purulenten Leberentzündung und der ulcerösen Endocarditis. Aus den Verdauungsorganen kann der Colonbacillus in die Gallenwege gelangen und daselbst eine intensive Leberentzündung mit Icterus hervorrufen (Hanot) oder in den Harnorganen stürmische Nierenaffection erzeugen (Fernel, Chantemesse, Vidal etc.); endlich durchdringt derselbe in das Blut, auf welchem Wege er häufig eine allgemeine Pyämie zum Vorschein bringen kann. In manchen Fällen wurde der Colonbacillus im Blute gefunden, wobei die Einwanderungswege desselben vollständig dunkel verblieben.

<sup>3)</sup> Ref. im Centralbl. für Bacteriol. etc., Bd. XVI, S. 971, 1894.

<sup>4)</sup> De la Collibacillose. Semaine médicale 1895.

So glauben Gilbert und Lion<sup>5)</sup>, die den Colonbacillus im Blute bei ulceröser Endocarditis constatiren konnten, in demselben den eigenthümlichen und einzig verantwortlichen Krankheitserreger der erwähnten Krankheit annehmen zu müssen. Thoinot und Masselin<sup>6)</sup> haben die Arbeit von Gilbert und Lion: „Ueber die Entzündung des Rückenmarks durch Infection etc.“ einer neuen Prüfung unterworfen. Sie unternahmen Experimente an 64 Thieren, denen Culturen des Colonbacillus eingeimpft wurden, wobei es diesen Autoren gelang, fast immer eine vollständige Lähmung und selten nur eine Hemiplegie mit sehr ausgesprochener Muskelatrophie zu erzeugen. Fast alle beobachteten Thiere gingen schnell zu Grunde. Die am Sactionstische nachgewiesenen anatomischen Veränderungen bestanden in Blutstasen, Transsudatergüssen in die Peritonealhöhle, Nierenkrankungen (trüber, eiweißhaltiger Harn), Pneumonien etc. In den Gehirnganglien und im Rückenmarke wurden häufig feine, capilläre Blutergüsse constatirt.

Auf Grund dieser Experimente gelangten Thoinot und Masselin zu folgenden Schlussresultaten:

1) Lähmung mit Muskelschwund im Verlaufe einer acuten infectiösen Fieberkrankheit gehören auch bei Menschen zu häufigen Befunden;

2) diese im centralen Nervengebiete sich abspielenden Störungen sind leicht durch Infection erklärbar.

Nach diesem willkürlichen Umwege, welchen ich um einige genauere practische Winke behufs Aufklärung der uns beschäftigenden Erkrankung machen musste, kehre ich wieder zur Besprechung der Diagnose zurück.

Was trägt Schuld an der in unserem Falle erwähnten linksseitigen Kehlkopflähmung und wo befindet sich der Sitz für die geschilderten nervösen Störungen. Da wir *intra vitam* keine peripheren Veränderungen, welche durch Druck auf die Recurrensnerven die Kehlkopflähmung zu erzeugen im Stande waren, auffinden konnten, so bin ich geneigt, diese letztere als Folgezustand der im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit entstandenen Centralstörung anzunehmen. Für diese Annahme plaidiren: der stürmische Krankheitsausbruch, die permanenten und hohen Temperatureracerbationen, die in der Milz, Leber und Nieren nachgewiesenen Erscheinungen, endlich der im Blute und im Harn constatirte Colonbacillus. Aus mehreren infectiösen Krankheiten, mit welchen unser Fall viele gemeinschaftliche Anhaltspunkte besitzt, seien nur einige bei Erörterung der Differentialdiagnose kurz erwähnt, und zwar 1) der Bauchtyphus, 2) Flecktyphus, 3) Rückfalltyphus, 4) der biliöse Typhus, 5) die acute Weil'sche Krankheit, 6) die acute Leberatrophie und 7) die Endocarditis ulcer.

Eines Umstandes muss noch gedacht werden: wegen der im Blute gegebenen Veränderungen, wie auch wegen der Fieber- und beobachteten Verdauungserscheinungen (Abweichen) lag auch der Gedanke einer bestehenden acuten perniciosen Anämie nicht ferne.

<sup>5)</sup> Microbe de l'endocardite infectieuse. Semaine médicale 1888, p. 143.

<sup>6)</sup> Contrib. à l'étude des localisations médullaires dans les maladies infectieuses. Deux maladies expérimentales à typ. spinal. Revue de médecine XIV, 1894, Juni. — Centralbl. für Bacteriol. und Parasitenk. etc. No. 22, Novbr. 1894.

### 1. Bauchtyphus.

Für:

Der Krankheitsausbruch (Schüttelfrost, Kopfschmerzen etc.). Der Fieberverlauf, das permanente Verbleiben desselben auf gleicher Höhe (40° C.), Schmerzen im Unterleibe, der Milztumor, die von Anfang der Krankheit an bestehenden Schlingbeschwerden und Heiserkeit (Laryngotyphus?), die Gegenwart des Colonbacillus im Blute (Gilbert).

Gegen:

Das zu stürmische Auftreten der Krankheit mit rapider Temperatursteigerung bis 40° C. Die Schwellung und Empfindlichkeit der Leber. Die Anwesenheit von Eiweiss und rothen Blutkörperchen im Harne. Die Gelbsucht.

### 2. Flecktyphus.

Der gewaltige Krankheitsausbruch mit rascher Temperatursteigerung bis 40° C., die bedeutende Milzschwellung, Erscheinungen von Herzschwäche, kleiner, kaum fühlbarer, doch sehr beschleunigter Puls (126—130).

Exanthemangel, Unbenommenheit des Sensoriums (heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Delirium), Schwellung und Empfindlichkeit der Leber. Icterus, Nierenaffection, Baucherscheinungen, permanentes Fieberverhalten (2 Wochen lang).

### 3. Rückfalltyphus.

Leber- und Milzschwellung, Albumen im Harne.

Der stabile, rückfallfreie Fieberverlauf, Schmerzlosigkeit der Muskeln, das Fehlen der Obermeyer'schen Spirillen im Blute.

### 4. Der Typhus biliosus.

Mit dieser Krankheitsform hat unser Fall nur die Gelbsucht gemeinschaftlich. Uebrigens bildet der T. bil. nach allgemeiner Annahme nur eine Abstufung des gewöhnlichen Rückfalltyphus und bleiben demzufolge alle sub No. 3 erhobenen Vorwürfe in voller Kraft.

### 5. Die Weil'sche Krankheit.

Für:

Der ziemlich intensive Krankheitsausbruch, das frühe Auftreten des Icterus. Die Empfindlichkeit und Leberschwellung, der Milztumor und Nierenaffection (Eiweiss und Blut im Harne).

Gegen:

Der zu protrahirte Krankheitsverlauf (7 Wochen), der Mangel an Rückfällen, das Fehlen des für diese Krankheitsform als pathognomonisch angenommenen Jäger'schen Proteusbacillus im Blute.

## 6. Acute Leberatrophie.

Das Auftreten des Leidens bei einem weiblichen, zarten Individuum (Frerichs), der Icterus und die Bauchbeschwerden (welche an die catarrhalische Phase der Leberatrophie erinnern könnten), Empfindlichkeit und Schwellung der Leber, das initiale hohe Fieber, der beschleunigte, kleine Puls, der Nachweis des Colonbacillus im Blute (Hanot bei Hepatitis gravis cum Ictero).

Der zu protrahirte Krankheitsverlauf, die wenig ausgesprochenen Leberschmerzen, die Unbenommenheit des Gehirns (Somnolenz, Krämpfe, Delirium). Die permanente Leberschwellung.

Aus der kritischen Analyse der differential besprochenen Krankheitsgestalten leuchtet hervor, dass unser Fall die grösste Aehnlichkeit mit der ulcerösen Endocarditis darbietet, die möglicher Weise in Folge einer kryptogenetischen Septicopyämie entstanden ist. Die Begründung dieser Diagnose scheint mir auf folgenden Thatsachen zu beruhen: 1) auf der nachgewiesenen Dilatation der linken Herzkammer. Für die Entstehung derselben kann entweder der sich gleichzeitig im Herzmuskel abspielende ulceröse Process in Betracht gezogen werden, oder, was mir richtiger scheint, die unter dem Einfluss der permanenten hohen Temperatur und den sehr ungünstigen Nutritionsbedingungen sich entwickelnde Entartung des Herzmuskels Schuld tragen; 2) den kleinen, sehr beschleunigten und leicht schwindenden Arterien Schlag; 3) die Leber-, Milz- und Nierenaffection, welche vielleicht ihr Dasein den in diesen Organen entstandenen Embolien verdankt; 4) den bedeutenden Kräfteverfall und die gewaltige Gesundheitserschütterung der Pat.; 5) den im Harn und Blute nachgewiesenen Bacillus coli commune, welchen Gilbert, Lion, Thero-loix und Macaigne in gewissem Grade als pathognomonisch für die Endocarditis-Ulceration betrachten; 6) endlich die Kehlkopf- und Schlingbeschwerden, welche wir als Folgezustände der im Bulbus des verlängerten Markes entstandenen capillären Embolie leicht auffassen könnten. Der im Blute constatirte Colonbacillus, durch dessen Verimpfung Thoinot und Masselin experimentell in vielen Fällen derartige Embolien im Gehirne und Rückenmarke zu erzeugen im Stande waren, macht diese Vermuthung sehr zuverlässig. Wegen der kurzen Beobachtungszeit konnte ich eine genaue Untersuchung des Augengrundes nicht vornehmen, und muss ich daher die Frage, ob in unserem Falle die für die ulceröse Endocarditis so charakteristischen capillären Blutextravasate in der Netzhaut bestanden, unbeantwortet lassen. Ich bin auch nicht im Stande, positive Angaben zu liefern, ob das Leiden unserer Patientin schon von Anfang an unter dem Bilde der typhoidalen Endocarditis ulcerosa (event. kryptogenetischen Septicopyämie) oder des gewöhnlichen Bauchtyphus, dessen späterer Verlauf durch das Eindringen des Colonbacillus in das Blut die mehrfach geschilderten Abweichungen erlitten hatte, verlaufen ist. Wenn ich trotzdem für diese Diagnose mich ausspreche, so betone ich noch einmal, dass ich dieselbe cum grano salis stelle, und zwar deshalb, weil das von uns geschilderte Krankheitsbild mehrere Schattenseiten



darbietet, welche wir, da Vornahme der Autopsie verweigert wurde, nicht zu beseitigen vermochten.

Da ich jedoch nach Berücksichtigung des mir zugänglichen Symptomencomplexes in unserem Falle grössere Anhaltspunkte für die Endocarditis ulcerosa wie für irgend welche andere infectiöse Krankheit vorfinde, so scheint mir die Vorliebe, mit welcher ich bei der Diagnose Endocarditis ulcerosa beharre, einigermaassen begründet zu sein.

Und nun möchte ich zum Schlusse noch einige Zeilen der Bestätigung der in unserer Beobachtung in den motorischen Centrkernen vermutheten Embolie widmen. Das Ausfallen der Facialis-, Hypoglossus-, Gaumenmuskel-Lähmung und der Hemiplegie deutet gegen die Annahme einer Läsion in der corticalen Substanz der Hirnhemisphären (Pseudobulbärparalyse). Auch stösst die Auffassung, dass die Embolie oder der capilläre Bluterguss sämtliche im Bulbus befindliche Motilitätskerne, wie diejenigen der Facialis-, Hypoglossus-, Accessorius-, Glosso-pharyngeus- und Vagus-Nerven zerstören solle, auf ernstem Widerspruch. Die in unserem Falle nachgewiesenen Störungen von Seiten des Kehlkopfes (Hem. lar. sinistra) und des Schlundkopfes (Parese der Pharynxconstrictoren) sprechen hingegen für partielle Läsion einiger Bewegungskerne des Bulbus. Wir müssen also aller Wahrscheinlichkeit nach annehmen, dass der supponirte feine Bluterguss im Bulbus am Boden der vierten Gehirnkammer, am Platze der so nahe anliegenden centralen Kerne der Accessorius-, Vagus- und Glosso pharyngeus-Nerven entstand und daselbst eine unvollständige Zerstörung der obengenannten Kerne zu Stande brachte.

## Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. Hugo Bergeat, München.

(Fortsetzung zu No. 10.)

Die Consistenz des Kehlkopfsarcoms ist nur in  $\frac{2}{3}$  der Fälle derb. Den Vermerk ganz besonderer Härte liest man nur bei Spindelzellen-(Fibro-) Sarcomen; im Uebrigen sind wir nicht in der Lage, aus einer grösseren oder geringeren Härte auf die eine oder andere Zellenform im einzelnen Falle zu schliessen. An jenen Plätzen, wo grössere Anhäufung von Binde- und elastischem Gewebe ist, also an der Epiglottisbasis, am Stimmbande, begegnen wir auch häufiger den harten Geschwülsten (und zugleich den Spindelzellen). — Bei Schech I ist der Basaltheil der raschwachsenden Geschwulst härter und stärker gefärbt als die Kuppe, ebenso bei Sidlo, so dass sich vielleicht aus dem Härteunterschiede zwischen Fuss- und Kuppenpartien eine Vorhersage über die Schnelligkeit des Wachsthums ableiten lässt. — Im Recidive ist mehrfach von grösserer Weichheit berichtet, so dass offenbar das Sarcom allmählig an der Fähigkeit zur Bildung eines bindegewebigen Balkenwerkes einbüsst.

Die Färbung der Kehlkopfsarcome ist meistens eine hellere. Ausgenommen die essentielle Pigmentirung, ist in primären Fällen nahezu

jede Färbung, welche an einer Kehlkopfgeschwulst überhaupt vorkommen kann, genannt: bläulich, dunkel- und hellroth, grauroth, weiss, gelb. Die letztgenannte Farbe, ein frappantes Weingelb, habe ich nie ähnlich auffällig an anderen Geschwülsten des Kehlkopfes gesehen, wie nunmehr zwei Mal bei Sarcom.

Die festen, also zumeist die Spindelzellensarcome, nähern sich in der Farbe den Fibromen, welche bekanntlich in verschiedenen Schattirungen roth gefärbt sind. Die Basis ist von weicheren Sarcomen manchmal röther (gleichzeitig auch fester) als der Gipfel (Schech, Sidlo), ein Verhalten, welches wir auch an Sarcomen des Nasenrachenraumes kennen. Häufig ziehen grössere Gefässe über die Oberfläche hin; auch eine ungleichmässige Vertheilung der rothen Färbung auf blassen Sarcomknoten findet sich erwähnt; Geschwülste an exponirten Stellen können hämorrhagische Flecken tragen.

Die Anheftung ist manchmal als gestielt und beweglich, häufiger als diffus infiltrirt, weitaus am häufigsten als breitbasig bezeichnet. Es sind die spindel- und gemischtzelligen Sarcome, welche an Kanten eine polypöse Gestalt annehmen können (mein Fall lässt auf's Deutlichste den Einfluss der Form des Bodens auf die Gestaltung des Tumors erkennen), so dass wir derselben an den Stimmbändern und in der Interarygegend bereits bei primären Sarcomen begegnen. Diese Polypen können, wie jener Schech's, eine ganz gewaltige Grösse erreichen. Auch an Stellen mit breiterer Fläche kann es zur Bildung hängender Masse kommen, wie im Falle Foulis', wo wahrscheinlich eine Anstauung der Geschwulstmasse an der Thyrotomienarbe statthatte. Die secundären Sarcome, welche bereits als umfangreiche Massen den Kehlkopf erreichen, bilden deshalb so gerne hängende Klumpen, weil einerseits bei ihrer Grösse auch die gröberen Falten des Kehlkopfes zum Verhältniss von Kanten herabsinken, andererseits bei der grossen Weichheit dieser späteren Wucherungsproducte die Schwerkraft mehr zur Wirkung gelangt; vor Allem begünstigt die überhängende untere Fläche der Stimmbänder die Bildung pendelnder Geschwülste. — Eppinger spricht sich im Allgemeinen dahin aus, dass die Sarcome mit breiterer Basis inseriren als die gutartigen Geschwülste; man kann diese Behauptung dahin erweitern, dass im Gebiete der Sarcome selbst die Breite der Insertion resp. das Vorhandensein einer diffusen Infiltration die Prognose im Allgemeinen verschlimmert. Die diffuse Infiltration ist nur bei Rund- und Alveolar-sarcomen mit Sitz am Taschenband, im Sinus pyriformis oder im subglottischen Raume berichtet. — Das Nebeneinandervorkommen von verschiedenen Formen der Geschwulst, wobei besonders Infiltration und Knotenbildung, je nachdem eng benachbart oder weit auseinanderliegend (bis hinab in die Trachea [Schnitzler, Chiari]), gefunden werden, wird bei der Ausbreitung des Sarcoms besprochen werden. Der Anschein einer mehrfachen Geschwulstbildung könnte dadurch erweckt werden, dass, auf einer derben Unterlage wachsend, die Geschwulst durch horizontale oder senkrechte Einkerbungen, erstere an der Epiglottis, letztere an Stimmbänder, in mehrere Abschnitte zerfällt (Fauvel 33, Semon III, Navratil, Mackenzie 2, Balassa, Gottstein, Bergeat).

Die Oberfläche weist auch ausserdem, von der vollkommenen Glätte bis zum papillomatösen Bau, jeden Grad der Zerklüftung auf. Zwar

herrschen die glatten rundlichen Sarcome vor, aber nicht selten ist die Form auch knollig, höckerig und drusig genannt; bezeichnende Abbildungen der Maulbeer- und der drusigen Form geben Burow und Ballassa. An der pharyngealen Wand haben Mackenzie, No. 4, und Browne, No. 8, tiefgefurchte Sarcome gesehen, welche das gleiche Aussehen wie Carcinome haben. Die Beobachtung Semon II von zottiger Beschaffenheit der über dem Tumor liegenden Schleimhaut, analog dem Aussehen der Blasenschleimhaut bei Sarcom, ist vereinzelt geblieben.

Die Grösse der Sarcomknoten ist manchmal gewaltig. Am grössten können sie im Larynxeingang werden, wo härtere Geschwülste an ihrer unteren Seite einen Luftcanal überdachen, der für das langsam herabgeminderte Luftbedürfniss längere Zeit genügen kann. Wir lesen mehrfach von Wallnussgrösse, oder von subglottischer Verengung auf Federkielstärke verengt ist u. Ä.

Das Wachstum kann ein recht rasches, aber auch ein recht langsames sein. Beispiele für das erstere sind bei Burow II, Schech I, Sidlo, Türck, Lennox Browne, Cohn (doch haben nur die beiden letzteren Fälle mit Ausgang vom Sinus pyriformis einen durchaus bösartigen Verlauf genommen), für das letztere bei Schrötter, Gottstein, Blanc, Fauvel 211 zu finden. Im Allgemeinen wachsen schnell die Rundzellen- und Alveolarsarcome, die Sarcome der grossen Buchten, die rundlichen grossgelappten, langsam dagegen die spindelzelligen, speciell jene der pharyngealen Wand, und die drusigen und höckerigen. — Nach Erreichung eines grösseren Volumens und zugleich, laut früher Gesagtem, einer grösseren Weichheit wird meistens das Wachstum intensiver. Bezüglich der Recidive scheint es von Einfluss zu sein, ob Partikel, welchen eine grosse Wachstumsintensität innewohnt, oder aber wenig energische, erschöpfte zurückgeblieben sind; auf diese Weise glaube ich die späten Recidive Schech I und Blanc besser zu erklären als durch die Annahme eines zweiten Keimes in der Nachbarschaft oder eines periodischen Einschlusses von Geschwulstelementen in Narbengewebe oder einer wiederaufflammenden Dyscrasie.

Die Ausbreitung vollzieht sich meist in geschlossenem Vorrücken, wobei den Blutgefässen eine directe Betheiligung nachgewiesen werden kann. Auch ohne dass wir die microscopischen Befunde an den Gefässwänden heranziehen, vermögen wir schon laryngoscopisch aus dem Fehlen eines hyperämischen Hofes abzuleiten, dass keine Compression der Gefässe statt hat. Wenn nämlich das Sarcom in irgend welchen anderen Geweben zwischen den Gefässen seinen Weg nähme, so müssten die Gefässe zwischen den gegen einander drängenden Geschwulstmassen comprimirt werden, gerade wie die Nervenäste, deren Absterben durch die mehr minder vollständige Schmerzlosigkeit der Operation am Sarcome selbst sich zu erkennen giebt. Die Geschwulst lässt sogar manchmal eine Vermehrung des Blutgehalts gegenüber der Umgebung bald durch die dunklere Färbung ihres Stieles oder ihrer ganzen Fläche bald durch die stärkeren Blutungen im Recidive erkennen. Durch das Fehlen der collateralen Fluxion wird die verhältnissmässige Geringfügigkeit der Symptome, durch die Schonung der Gefässe die geringe Neigung zur Ulceration verständlich. — Für dieses compacte Fortschreiten lassen sich nun folgende Richtungen feststellen: die horizontale im Larynx-

eingange, ferner von der convexen Seite her nach dem oberen Kehlkopfrande und im vordersten Theile der Stimmbänder, wo ohne Schädigung der Epiglottis die Geschwulst auf die andere Seite übergeht; die Richtung nach aussen ventrikelwärts vom mittleren Abschnitte des Stimmbandes aus; die vertical abwärtssteigende in den subglottalen Theilen; eine ab- und aufwärtssteigende bei Sarcomen, welche anscheinend im Hintergrunde des Ventrikels entstanden sind. Alveolarsarcome in der Nähe der Epiglottisbasis haben grosse Neigung, durch den Zwischenraum zwischen Schild- und Ringknorpel nach aussen zu treten. — Eine grosse Widerstandsfähigkeit gegen den Angriff durch wachsende intralaryngeale Sarcome zeigen der Kehldeckel und die Interarygegend; an ihnen allein finden sich auch die beachtenswerteren Narbenbildungen in der Peripherie von Sarcomen. — In keinem Falle ist ein Ueberschreiten der oberen Kehlkopfumrandung von innen her gemeldet; wir müssen also sehr vorsichtig sein, bei gleichzeitiger Affection des Kehlkopfes und des Rachens ein primäres Kehlkopfsarcom anzunehmen. — Zu Arrosion oder gar Perforation des Knorpels ist es nur selten gekommen, bei Robinson, Lange, Hahn, Baurowicz; mindestens in zwei von diesen Fällen kann der Ventrikel oder seine nächste Umgebung als Ausgangspunkt der Geschwulst angesehen werden. Die wiederholt erwähnte Verknöcherung von Knorpeln darf nicht ohne Weiteres als Folge der localen Sarcomerkrankung aufgefasst werden; bei Schech's intraperichondralem Sarcome war auffällig wenig Verknöcherung vorhanden.

Eine zweite, seltenere Art der Ausbreitung ist die sprungweise. Es liegen zwar keine microscopischen Untersuchungen über die Nebenknoten vor, man wird sie aber als gleichwerthig mit den multiplen Krebs sprossen gelten lassen können. Sie sind erwähnt von Fauvel (Sitz am anderen Stimmbande), Robinson, Jurasz (Sitz auf der anderen Seite, subglottisch), Albert, Blanc (Wechselbeziehung zwischen Kehldeckel und Aryknorpel), Schnitzler-v. Frisch (mehrfache Knoten in der Luftröhre; auch bei Bergmann, Schech I, Scheinmann sind Gewebsveränderungen an der Peripherie der grossen Tumoren beschrieben, die ebenso wie die nicht sichtbar zusammenhängenden Schwellungen auf der anderen Kehlkopfseite eine sprungweise Ausbreitung darstellen mögen.

Secundär ist der Kehlkopf verhältnissmässig selten ergriffen, und zwar von der Schilddrüse, vom Schlunde und von der Zunge her. In einem Falle hat es den Anschein, als hätte die Verknöcherung der Schildknorpelplatte einen Schutz nach der Seite der Schilddrüse hin geboten; meistens schlägt die Invasion von der Schilddrüse her den Umweg über die Trachea ein. — Sehr beachtenswerth ist die Darlegung Bruck's, warum er glaubt, dass das von ihm beschriebene Sarcom von den Halslymphdrüsen aus in den Larynx gewuchert sei. Gleitsmann's Sarcom verhält sich ganz ähnlich. Ich kann mir indess sehr wohl denken, dass ein zweiter Sarcomherd, hier speciell der in den Lymphdrüsen, den ursprünglichen im Wachsthum und bei der unbehinderten Anschoppung in den Lymphdrüsen auch in den regressiven Erscheinungen überholt haben kann.

Die Affection der Lymphdrüsen ist viel weniger selten (mindestens 15 pCt.), als man nach der gewöhnlichen Behauptung glauben sollte. Einzelne Fälle, in welchen eine Ulceration vorhanden war, oder wo be<sup>1</sup>

einseitigem Sarcome die Drüsen beider Halsseiten geschwollen waren, geben natürlich dem dringendsten Verdachte auf entzündliche Anschoppung Raum; in den meisten Berichten aber findet derselbe keine Stütze. Die Drüsenschwellung ist in der Regel, aber nicht immer, von übler Bedeutung. Ausser in den Fällen Délie und Foulis hat sie sich nur bei Rundzellen- und Alveolarsarcom gefunden.

Niemals ist bei Sarcom des Taschenbandes oder Kehledeckels eine Drüsenaffection erwähnt, am häufigsten dagegen bei jenem ausserhalb der Kehlkopfhöhle (Sinus pyriformis und convexe Wand) und bei subglottischem. Bessel-Hagen's Sarcom hatte sich zur Zeit der Drüsenschwellung wenigstens noch nicht in offenkundiger Weise ausserhalb der Kehlkopfhöhle ausgedehnt (ebenso auch die Sarcome Fauvel 80 und 211), so dass es nicht gewiss ist, ob es nur nach Ueberschreitung des Kehlkopffinnenraumes zu Metastasen in die Drüsen kommen kann. — Es haben sich Drüsen bis zur Mitte des Halses und hinauf bis in die Kieferwinkel geschwollen gefunden; Semon fand sie bei der Section in der Furche zwischen Kehlkopf und Speiseröhre. — Die Zeit der Constatirung nach dem ersten Fühlbarwerden des Kehlkopfleidens war in Semon's Leichenbefunde ein Jahr, bei Fauvel 80 1½, bei Bessel-Hagen und Foulis 21—24 Monate, bei Lange und Browne 2—3 Jahre.

Entferntere Metastasen sind nur in der Lunge von Rzehazek und vielleicht in der Epididymis von Lange beobachtet worden.

Erscheinungen von Rückbildung der Geschwulstelemente finden sich in den Fällen Türck, Schrötter, Schech II. — Ulceration ist nicht häufig, etwa in einem Zehntel der primären Kehlkopfsarcome gemeldet. Sie kam hauptsächlich am Stimmbande, also an einem Orte, wo die Geschwulst vielen mechanischen Insulten ausgesetzt ist, ferner noch am Taschenbande und im Sinus pyriformis zur Beobachtung. Die Zeit ihrer Constatirung war 3—4, 5, 7 Jahre nach den ersten Symptomen; nur Bergmann hat bereits nach 5/4 Jahren eine Ulceration gesehen, bei welcher es aber, nach der ganzen Vertheilung des Sarcoms im Larynx, zweifelhaft bleibt, ob sie wirklich den Zerfall der Geschwulstmasse und nicht vielmehr die entzündliche oder mechanische Läsion einer nichtdurchwucherten Kehlkopfpartie darstellt. — In Blanc's Fall kam es durch Ulceration zu schwerer Blutung. Jeder Fall, in welchem es zur Ulceration der Geschwulst gekommen ist, ausser dem Bergmann'schen, ist lethal verlaufen.

Ob eine theilweise Spontanheilung eintreten kann, ist ungewiss; in den Fällen Bergmann und Ganghofner fanden sich dicht am Rande des Sarcomes Narben, ohne dass eine Operation vorgenommen worden wäre, desgleichen an der Kuppe des allerdings operirten und recidivirten Sarcomes Fauvel 214, endlich im Falle Schrötter. Ich verweise zurück auf die Aetiologie, wo ich mich über die sonst noch mögliche Deutung solcher Narben ausgesprochen habe.

Wenn ich das bisher Bekanntgewordene nach den einzelnen Sarcomformen concentrirte, so wissen wir über das

Spindelzellensarcom: Es stellt ungefähr die Hälfte der Fälle dar und kommt besonders in der vorderen Kehlkopfhälfte, doch auch sonst überall, ausgenommen den Sinus pyriformis, zur Beobachtung; aus-

schliesslich war von ihm primär die Epiglottis und die hintere Wand, fast ausschliesslich das Stimmband befallen. Sein Ursprung ist in der Submucosa, meist mit breiter Basis, an Kanten auch mit breiterem Stiele, niemals in Form einer diffusen Infiltration. Es ist im Allgemeinen blasser, sonst aber meist dem Fibrom ähnlich gefärbt, ist meistens hart, von mehr weniger regelmässiger Rundung mit höckeriger, seltener mit glatter oder drusiger Oberfläche. Es wächst meistens langsam und unter gleichmässigem, nur ausnahmsweise unter sprungweisem Fortschreiten (Blanc). Es führt höchst selten zur Drüseninfiltration (Délie). Ein typischer Entzündungshof fehlt bei ihm (wie überhaupt beim Kehlkopfsarcome). Wenn es nicht in Folge eines exponirten Sitzes an der Stimmbandkante verhältnissmässig häufig zur Ulceration gelangte, würde es in jedem Punkte die mildere Form des Kehlkopfsarcomes darstellen.

Rundzellen- und Alveolarsarcom: Die microscopische Trennung dieser beiden Formen ist in der vorliegenden Casuistik wahrscheinlich nicht genügend durchgeführt und ist deshalb noch keine gesonderte Characterisirung möglich. Ihr Gebiet ist hauptsächlich die Seitenwand mit Ausschluss der Stimmbänder, ferner der Ventrikel, der Sinus pyriformis. Sie sind im Allgemeinen heller, breiterbasig (bis zur diffusen Infiltration), wohl auch weicher, als das Spindelzellensarcom. Ihr Fortschreiten ist nicht selten von sprungweiser Knotenbildung begleitet. — Speciell das Alveolarsarcom hat meist eine so diffuse Form und kommt so häufig mit den tieferen Gebilden des Kehlkopfes in Collision, dass ein anderes Muttergewebe als die Submucosa angenommen werden muss. Das Alveolarsarcom bietet auch am häufigsten unter Drüsenanschwellung, Schmerzen, Auftreibung des Kehlkopfes, Knorpelnecrose ein ganz schlimmes Krankheitsbild; Küster allein war im Stande, nach angemessener Zeit von Heilung eines Alveolarsarcomes zu berichten.

Riesenzellensarcom: Das innerhalb des Perichondriums gewachsene Schech's verlief nur mit Einengung des subglottischen Lumens.

Eine kurze Schilderung ermöglicht sich beim Luftröhrensarcom. Primär zeigt es sich meist als bereits sehr grosser Tumor, welcher breitbasig an der hinteren Wand in der oberen Hälfte sitzt und eine relativ glatte Oberfläche sowie rundliche Formen hat. Von Metastasen sind nur solche innerhalb der Luftröhre selbst bekannt geworden. Da ausserdem keine Neigung zur Ulceration und zum Fortschreiten nach aussen und nur ein sehr langsames Wachstum besteht, ist das Verhalten eigentlich ein recht gutartiges; dafür aber pflegt die Operation durch den grossen Blutreichtum complicirt zu werden. Um bezüglich des Wachstums nachzuholen, so ist dasselbe gewiss langsamer in der Luftröhre als im Kehlkopfe; wenn nämlich noch Monate und selbst ein Jahr von der ersten Empfindung der geringeren Luftzufuhr bis zum Beginne der Behandlung verfiessen konnten, so dürfen wir die vorangehende Wachstumsperiode mit mehrfach mehreren Monaten und mit mehreren Jahren annehmen, womit auch die directeren Angaben übereinstimmen. — Secundär wird die Luftröhre besonders vom Kehlkopfe, im Fortwuchern oder auf metastatischem Wege, und von der Schilddrüse aus ergriffen.

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen
Broadbent	Seit 4 Jahren.	Stimmstörung, Dyspnoe, Schluckschmerzen, plötzl. Erstickung.
Rauchfuss		Hochgrad. Larynxstenose.
Schrötter	Seit 2 J. heiser; Verschlimmerung mit zeitweiser Besserung seit 1 J.	Kürzerer Athem; Anstrengung beim Sprechen, Herzklopfen.
Türck	Seit 1½ Mon. mässige Heiserkeit.	Normaler Verschluss der Glottis beim Husten.
v. Balassa	Seit 1½ J. nach Erkältung Heiserkeit (mit Besserung) und Athembeschwerden.	Ganz stimmlos; Aryknorpel normal beweglich; hohe Athembeschwerden bes. Nachts, häufig krampfhaftige Hustenanfälle bei Nacht. Rec.: Athembeschwerden, Husten, Stimmbänder träge beweglich.
Gottstein	Im Alter v. 8 Wochen heisere, fast klanglose Stimme (wohl congenital).	Keine Athembeschwerden.
Planchon	Vor 2 J. Erkältung.	Die Stimmbänder bewegen sich nicht so gut als die Aryknorpel.
Sidlo	Seit 1 Mon. Fremdkörpergefühl,	das sehr lästig wurde.
Buck		Heiserkeit, Dyspnoe.
Mackenzie		Aphonie, Dyspnoe, schwere Dysphagie.
1. Nummer		Stimmverlust. Verjauchung nach etwa 3 J.
2. Nummer	Syphilis?	
3. Nummer	Seit 23. J. heiser, mit seltenen Pausen. Seit 1 J. dauernd heiser.	Halsweh und „pricking pain“.
4. Nummer	transit. leicht. Schluckschmerzen; seit 3½ Jahr. Schluckbehinderung von Zeit zu Zeit (so dass Hysterie angenommen wurde).	

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Blanc	Seit ca. 5 J. wachsende Stimm- u. Respirationstörungen; Stimme seit 2 J. verloren.	Tumor blutet leicht.  Rec.: Zerfall unter mehrmaliger Hämorrhagie, Abscedirung.
Laroyenne	Seit 1 J.	Erstickungsanfälle alle 8—10 Tage. Husten, blutgestreifter Auswurf.
Cohen, Solis	Syphilis war vorhand.	
Fauvel F. 33	Seit 3 J. langsamer Verfall der Stimme.	Schwere Dyspnoe, bes. inspir. (daher für Asthma gehalten); Exspir. zieml. frei; starke Abmagerung.
F. 80	Seit 1½ J. Tieferwerden und allmählicher Verfall der Stimme.	Heiserkeit, Abmagerung; kein Fremdkörper- od. Schmerzgefühl; eigenartiges Beissen (wie von Pfeffer) im Halse; taubes Gefühl in der Jugulargegend.
F. 137	Seit 4 Jahren heiser.	Stickanfälle.
F. 190	Seit 3½ J. Heiserkeit, plötzlich aufgetreten nach Angina.	Sehr lästiges Fremdkörpergefühl, während längerer Zeit Husten, etwas Blutauswurf.
F. 211	Vor 7 J. allmähliche Veränderung d. Stimme; seit 2 J. nur mehr Flüstern, seit 1 J. Unbehagen u. Brennen im Halse, Anschwellen der Submaxillardrüsen, seit ¾ J. Abmagerung.	Ulceration der Massen.
F. 214 = Raymond & Longuet	Seit 2 Jahren, nach Catarrh, Schwierigk. bei Hervorbr. hoher Töne, verschleierte Stimme, nach 9 Mon. Aphonie. Vorstellung 11 M. n. ob. Datum.	Inspiration leichter als Exspir.; eigenthüml. Haltung des Kopfes beim Schlucken und Sprechen. — Schleimdecke auf dem Tumor.
Schech I.	Vor 3 Mon. Veränderung d. Stimme durch Längerabwesenden bemerkt, rasche Verschlimmerung.	Stimme rau, schnarrend, rasch ermüdend; Athembeschwerden; später Fehlschlingen, Abmagerung, nächtliche Suffocationsanfälle.
2. Recidiv		Seit einiger Zeit Verschlechterung d. Stimme, etwas blutig. Auswurf.



	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Robinson	Lues vor 9 – 10 J., Erkältung vor 3 J., seither Aphonie, seit einigen Mon. contin. Schmerz d. Kehlkopfggend, endlich Schlingbeschw.	
Burow II.	S. 6 Wochen.	„Gequetschte“ Stimme, Dysphagie ohne Schmerz, Abmagerung, keine Dyspnoe.
Foulis	Vor 7 J. Erkältung, seither etwas Indisposition der Stimme, s. 1 J. heiser.	Stimmbänder nur mechanisch behindert; leichte Trockenheit im Halse; kein Schluckschmerz.
Lange	Keine Lues. S. 2 J. periodische Heiserkeit, einige Monate später häuf. Husten in Folge Verschluck.; seit 1 J. dauernde Heiserkeit (kam zum Arzte), s. 1/2 Jahr richtige Dysphagie	
Ganghofner	Seit Langem entzündlicher Zustand des Kehlkopfes.	
Elsberg Semon I.		Ohne Heiserkeit und Dyspnoe. Doppelseitige Parese und Ulceration der Stimmbänder.
v. Bergmann	S. ca. 5/4 J. Heiserkeit, die stetig zunahm.	Qualendes Gefühl der Trockenheit, Schlingbeschwerden.
Hahn	S. längerer Zeit.	Andauernde Heiserkeit; Anfangs geringe, allmählig grösste Schmerzen beim Schlucken; profuse Speichelsecretion. Zerfall.
Newman I.	Beginnend m. Schmerz in der Kehlkopfggend.	6 Wochen vor dem Tode: vollständige Aphonie; Schling-Beschwerden; leichte Dyspnoe; etwas später irradiirte Schmerzen nach dem Gesicht (seit mehreren Wochen bereits nach den Ohren); von da ab rascher Verlauf.
Jurist		Dyspnoe; bei verweigerter Oper. Erstickung.

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Hayes, Agnew Semon II.	Plötzlicher Beginn mit heftigen Schmerzen. S. nicht ganz 1 Jahr Heiserkeit, allmählig Stimmlosigkeit.	Stimmstörungen; Athmungs - Beschwerden. Aphonie, aber inspir. Bewegl. der Stimmbänder; keine Dysphagie oder Schmerz; reichl. Schleimauswurf ohne Erscheinungen seitens der Brustorgane. Gestorben nach 2 Tagen.
Délie Recidiv Jurasz	Tabaksmisbrauch; allmählicher Beginn. S. 3—4 J. heiser. Vor 2 Monaten wiederholte Dyspnoeanfälle.	Erschwerung des Sprechens und Schluckens. Druck auf d. Kehlkopf schmerzhaft. Ulceration.
Browne, Lennox, F. 3 F. 8 F. 10	Seit einigen Wochen rasch zunehmende Dyspnoe mit Stridor. Heiserkeit.	Keine Heiserkeit; keine Dysphagie; schliessl. Spasmus glott. und Abductorparese. Schlingbeschw.; leichter Husten; einmal starkes Blutbrechen. Beide Stimmbänder gelähmt. Später fast vollkommene Aphonie, dann Dyspnoe, beide mit Paroxysmen. Niemals bedeutende Dysphagie. Schmerzen nach den Ohren frühzeitig und constant.
Cohn	Früher Lues. Vor einigen Wochen Erkältung, seither Halsschmerzen u. Dickerwerden des Halses.	Stimmbänder beweglich; leichte Beschwerden im Halse. Ulcerat.
Scheinmann	Seit Monaten zunehm. Heiserkeit.	Die Heiserkeit ist mechanisch verursacht; keine Bewegungs - Beschränkung des Stimmbandes der kranken Seite. Leichter Druck beim Leerschlucken. Hier und da Blutspuren im Speichel.
Mackay Birkett Semon III Schech II Baurowicz I. 2a. Heath	Beginn vor ca. 1 J. Beginn vor 2 Monat.	Athem- und Schlingbeschwerden. Außerst mühevoll Athmung. Leichte Heiserkeit. Hochgradige Dyspnoe. Athembeschwerden, Schluck - Beschwerden, kein Schmerz. Schwächerwerden der Stimme. Rascher Verlauf.

	Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
Browne, Lennox		Phonation (aber nicht Articulat.) normal, keine Dysphagie oder Dyspnoe.
Bruck	$\frac{3}{4}$ J. vor der Oper. Auftreten v. Heiserkeit und Husten.	
I. 3. Fauvel Fall 131 Fall 267	Seit mehreren Monat. Dysphonie. Seit 2 J. Veränderung, seit 4 Monaten vollkommener Verlust d. Stimme.	Kein Fremdkörpergefühl.
Toeplitz	Seit 3 M. Heiserkeit, bei freier Beweglichkeit der Aryknorpel.	
II. I. Schrötter Fall 1		Stickanfalle u. Dyspnoe, mechan. verursacht. In späteren Jahren merkwürdig geringe Beschwerd.
Meyer-Hüni	Seit Erinnerung, fast seit Geburt Athembeschwerden.	
Johnston & Cotterill	Seit 1 Jahr Athembeschwerden.	
Chiari- Maydl	Seit 5 Monaten Heiserkeit.	
Koch	Wachsende Dyspnoe; Anfangs keine Störung der Stimme.	
II. 2. Rose	$3\frac{1}{2}$ M. nach Schwellung der Thyreoidea hochgr. Athemnoth.	5 Wochen später Erstickungsanf.
Paul	Seit 2 J. wachsende Athembeschwerden.	Druck und Völle zwischen Kehlkopf und Kopfnicker.
Schnitzler- v. Frisch	Seit 1 J. Heiserkeit u. Athembeschwerd.	In den letzten Monaten Steigerung. Stimme rein, etwas schwach. Leichter Schmerz bei Druck fingerbreit unter d. Ringknorpel.
Huber		Auswerfen von Stücken der Geschwulst.

(Schluss folgt.)

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 25. Juni 1895.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Pollak.

Docent Dr. Bing stellt zunächst eine Patientin als geheilt vor, welche, mit linksseitiger-chron. eitriger Mittelohrentzündung und einem den äusseren Gehörgang erfüllenden, aus dem Attic. der Paukenhöhle entspringenden Polypen behaftet, in Behandlung gestanden war.

Man sieht jetzt Otorrhoe und Entzündung vollkommen geschwunden, vom Trommelfell nur zum Theil der verdickte und leicht verkalkte vordere obere Quadrant mit dem gleichfalls verdickten Hammergriff erhalten — von letzterem zieht ein Bindegewebsstrang zu dem freiliegenden Köpfchen des Steigbügels (Ambossschenkel fehlt) —, nach hinten die Sehne des M. stapedius, nach obenhin der Wulst des Canal. Fallop., mit grau glänzender Paukenschleimhaut überzogen, sichtbar. Desgleichen das Promontorium, von kleinen Ecchymosen bräunlich gesprenkelt, mit den Schenkeln der Nische zum runden Fenster, an welche dünnes durchsichtiges Narbengewebe vom Rande des unteren peripheren Trommelfellrestes herangewachsen war. — Hörweite nahezu 2 Mtr. für Flüstersprache.

Dr. B. hat den Fall nicht nur wegen des interessanten Befundes vorgestellt, sondern auch als Belag für die Möglichkeit der Heilung von in Attic. etablirten Entzündungsprocessen und deren Producten durch sogen. conservative Behandlung, da auch ohne Herausnahme des Hammers der Fall jetzt nach 1½ Jahren noch ohne Recidive geblieben ist. Ob eine solche nicht fernerhin noch eintreten wird, muss dahingestellt bleiben. — Uebrigens kann auch die Entfernung der Gehörknöchelchen das Ausbleiben einer Recidive nicht garantiren.

Gleichwohl sieht Dr. B. die Entfernung der Gehörknöchelchen in solchen Fällen als einen Eingriff an, durch welchen immerhin die Verhältnisse für die weitere Behandlung und Heilung sich günstiger gestalten und bei Fehlen des Ambossschenkels auch das Hörvermögen nicht alterirt wird. — Dies soll ein zweiter Fall demonstrieren, den Dr. B. vorstellt und in welchem die Herausnahme des Hammers beabsichtigt ist — auch ein Fall von chron.-eitrigem Mittelohrentzündung rechterseits bei einer etwa 40jährigen Frau, welche schon seit längerer Zeit ohne Erfolg in Behandlung ist und wo neben einer Perforation in der Membr. Shrapnelli noch eine spaltförmige Lücke hinter dem Hammergriff besteht, in deren Tiefe stets eingedickter Eiter gewissermaassen eingeklemmt ist und erst mit der Sonde herausgeholt werden muss. Die eigenthümliche, seltene Spaltform dieser Lücke stellt sich Dr. B. so zustande gekommen vor, dass früher ein grösserer Substanzverlust bestanden hatte, an dessen Rändern dann Narbengewebe sich gebildet und mit der inneren Paukenwand verwachsen ist, so dass nur der frei abstehende Hammergriff den Spalt nach vornehin begrenzt.

In Vertretung seines Chefs, Prof. Urbantschitsch's, berichtet Dr. Max über das Operations-Ergebniss zweier in der letzten Sitzung vorgestellter Fälle.

1) Die Operation des aus dem Gehörgange hervorragenden knöchernen Tumors<sup>1)</sup> ergab, dass derselbe gar nicht dem Proc. mastoid. angehörte, sondern mit demselben nur durch fibröses Gewebe verbunden, dagegen mit dem knorpeligen Gehörgang verwachsen war. Nach Incision der Cutis des Warzenfortsatzes parallel der Muschelinsertion und Präparation des Integuments nach vorne präsentirte sich der Tumor als leicht bewegliches Gebilde, welches sich, nachdem dessen fibröse Fixation an der vorderen Warzenfortsatzfläche leicht durchtrennt wurde, als mit der hinteren und unteren knorpeligen Gehörgangswand fest verwachsen erwies. Nach Durchschneidung des Gehörganges in seiner Circumferenz nach hinten und oben bis zur vorderen Wand konnte der Tumor entwickelt werden. Derselbe reichte bis an's Trommelfell, welches er tief in die Paukenhöhle hineingedrückt hatte und ist von unregelmässiger, grobhöckeriger Gestalt mit zwei grösseren Prominenzen, von denen die eine beim Gehörgange herausragte, während die andere dem Trommelfelle zugewendet war. Der Längendurchmesser beträgt 3, der Höhenresp. Querdurchmesser 2,5 Ctm. Consistenz von Knochenhärte.

Hinter dem Tumor befand sich eine grosse Menge käsiger Masse. Nach Entfernung des Tumors zeigte sich im Gehörgang nach hinten ein grosser Sack, dessen Grund acht Tage später, nach eingetretener Anschwellung, als Trommelfell mit Spuren des Hammergriffbildes sich zeigte, welches gegenwärtig deutlich zu erkennen ist.

Die hintere Wunde, ebenso die durchtrennten Theile der Gehörgangswand wurden durch Knopfnähte genäht und heilten per primam.

Das Gehör, welches früher 2 Schritte für halblaute Sprache und Uhr a. c. betrug, ist jetzt nach der Operation 15 Schritte für Flüstersprache und für die Uhr 15 Ctm.

120

Microscopischer Befund folgt später.

2) Der am hinteren Helixende eines Mannes gesessene Tumor, der wegen seiner variablen Grösse als Fibroangioma angesprochen wurde, erwies sich merkwürdiger Weise als ein von einer derben Kapsel vollkommen eingeschlossenes, kleinhaselnussgrosses, mehr weniger begrenztes, blaurothes Gebilde, das in toto entfernt werden konnte. Die Turgescenz desselben rührte nicht von diesem selbst, sondern von der ihn umschliessenden, äusserst gefässreichen Cutis her.

Beim Durchschneiden entleert sich ein wenig klare Flüssigkeit an der Schnittfläche, welche letztere ziemlich eben ist.

Die microscopische Untersuchung ergibt folgenden Befund:

Die Umrandung des Präparates wird allenthalben von einem ziemlich grobmaschigen, fibrösen Gewebe gebildet, welches stellenweise zahlreiche Kerne trägt. Der Tumor selbst besteht aus einem recht kernreichen, fibrillären Gewebe, welches meistens aus parallel angeordneten Bündeln besteht und zwischen denen sich mannigfach verzweigte Hohlräume befinden. Die letzteren sind bald rund, bald spaltförmig und verzweigt und mit vielfachen Ausbuchtungen versehen. An der Innenfläche ist ein aus Plattenzellen mit spindelförmigem Kerne bestehender Endothelbelag nachweisbar. Die Hohlräume sind grösstentheils leer, stellenweise mit feinkörnigem, geronnenem Serum gefüllt.

<sup>1)</sup> S. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1895, S. 203.

Ausserdem sind an manchen Stellen Fettläppchen eingelagert. Die microscopische Diagnose lautet demnach: Fibrolymphangioma cysticum.

Dr. Max demonstrirt einen von ihm modificirten Pulverbläser. Derselbe besteht aus einem mit kleinem Ballon versehenen Behälter für das Pulver, in welch' letzterem ein mit dem Ballon fest verbundener Hohlzapfen hineinragt. Dieser ist seitlich mit einer schief gebohrten Oeffnung versehen, durch welche die aus dem Ballon getriebene Luft streicht und in dem Pulverbehälter einen Wirbel erzeugt. Dadurch wird das Pulver nicht direct vom Luftstrome getroffen, sondern in fein vertheiltem Zustande aus dem auf den Pulverbehälter aufgesteckten Ansatz angetrieben. Die Vortheile des Pulverbläfers sind: 1) bequeme Handhabung; 2) Verwendbarkeit für Ohr, Nase und Larynx; 3) billiger Preis.

Herr Gomperz bespricht eine Methode, um nach Ablösung des dem Promontorium adhärennten Hammergriffs die Wiederverwachsung zu verhüten und erläutert sie an folgender Krankengeschichte: „Beiderseits Residuen chronisch-eitriger Mittelohrentzündung. Rechts: Perforation, Verkalkung, Uhr ad concham. Links ist das ganze Trommelfell bis auf einen oberen, den Hammergriff enthaltenden Zwickel zu Grunde gegangen; hinten oben ist die intacte Verbindung zwischen Amboss und Steigbügel zu sehen, der Umbo ist dem Promontorium durch straffes Narbengewebe adhärent. Die Mucosa zeigt sich röthlich-gelb, blass, trocken. Uhr 3 Ctm., Flüstersprache 60 Ctm. Die Hörweite an beiden Ohren bessert sich weder nach Catheterismus, noch nach Luftverdünnung. Rinné beiderseits negativ.

Nach Durchtrennung der Verwachsung mit Tenotom und Synechotom führte G. eine sorgfältig sterilisirte, 0,2 Mm. dicke Platte aus weissem Celluloid zwischen Hammergriffende und innere Paukenwand ein. Er schnitt sich hierzu aus dem papierdünnen Materiale<sup>2)</sup> einen 3½ Ctm. langen, ungefähr kreisabschnittförmigen Streifen, der an den Enden 1 Mm., in der Mitte 4 Mm. breit war. Dieser Celluloidstreifen wurde nun, nachdem die beiden Enden aneinandergelegt und mit der Pincette gefasst worden waren, in die Tiefe des Gehörganges geschoben und derart angelegt, dass der mittlere, breiteste Theil zwischen Hammergriffende und Promontorium zu liegen kam, während die zwei Enden des elastischen Streifens federnd an die vordere und hintere Wand des Gehörganges sich anlegten; dadurch wurde die nothwendige unverrückbare Lage gesichert. Diese dünne, zarte und dabei doch feste, elastische Platte genirte und reizte absolut nicht und erzeugte keine Secretion. G. liess sie 14 Tage liegen, nach welcher Zeit die Uebernarbung der Wundflächen vollendet war. Zwei Monate später konnte noch constatirt werden, dass der Hammergriff frei herabragte.

Die Hörweite war gleich nach der Operation von 60 Ctm. auf 4 Mtr. gestiegen; am Schlusse der Behandlung, resp. bei der letzten Controlle wurde Flüstersprache auf 3—4 Mtr. gehört.

In der Discussion bemerkt Gruber, dass die Dauer der Beobachtung zu kurz sei, um die Möglichkeit einer Wiederverwachsung gänzlich ausschliessen zu können.

Politzer möchte die Operation nur dort machen, wo die Gehör-

2) Sogen. Celluloidpapier, bezogen von J. Schmeidler, VII. Stiftgasse.

knöchelchenkette intact ist, bei Defecten des langen Ambossschenkels sei jedoch kein Erfolg zu erwarten.

Bing glaubt, es hätte in dem Falle auch die Tenotomie des M. tensor tympani vorgenommen werden müssen, um gegen die Wiederverwachsung dauernd Sicherheit zu gewähren.

Gomperz weist Prof. Gruber gegenüber darauf hin, dass der Process ein abgelaufener sei, wo die Otorrhoe längst sistirt habe und durch Ueberkleidung der nun gegenüberstehenden Flächen mit Epithel die Wiederverwachsung kaum möglich sei; gegenüber Bing verwarft sich G. bei dem Umstande, dass das andere Ohr das schlechtere war, gegen den Vorwurf, die Tenotomie nicht ausgeführt zu haben, eine Operation, der man bei den günstigst verlaufenen Fällen nur so viel nachsagen kann, dass sie nicht geschadet habe. Halte man sich an das „*primum non nocere*“, dann dürfte man durch einen Eingriff so zweifelhafter Qualität den Rest von Hörvermögen nicht auf's Spiel setzen.

Prof. Gruber bleibt bei seiner Befürchtung und bittet, nach längerer Zeit wieder über den Fall zu berichten.

Prof. Politzer demonstrirt die Abbildungen einer bilateralen angeborenen Difformität der Ohrmuscheln von einem einjährigen Knaben, der vor einigen Tagen in das Ambulatorium der Klinik für Ohrenkranke gebracht wurde. Die linke Ohrmuschel zeigt die häufig beobachtete Form eines s-förmigen Wulstes, dessen oberer Theil das Knorpelrudiment und eine kleine, blind endigende Depression enthält, welch' letztere als äussere Ohröffnung des strangförmig sich anführenden soliden knorpeligen Gehörganges anzusehen ist.

Die rechte Ohrmuschel zeigt im oberen Theile nahezu dieselben difformen Veränderungen wie links, hingegen erweist sich der untere, mehr als die Hälfte der ganzen Muschel betragende Theil als ein schlaff herabhängendes Ohrläppchen, dessen laterale Fläche einen kleineren grossen, gestielten, weichen Auricularanhang trägt.

Die den Ansatzstellen entsprechenden Partien des Schläfebeins sind stark abgeflacht, das Gaumensegel zeigt beim Schreien des Kindes nur geringe Beweglichkeit.

P. schliesst hieraus, dass die Difformität der Ohrmuscheln und die Atresie der Gehörgänge in diesem Falle mit einer rudimentären Entwicklung des Mittelohrs combinirt ist, dass aber das Labyrinth normal entwickelt sei, da das Kind schon auf mässige Geräusche reagirt.

P. weist auf das von ihm zuerst beschriebene Symptom der geringen Beweglichkeit der Gaumenhälfte bei einseitiger Difformität des äusseren und mittleren Ohres hin. Dieses Symptom lässt mit Sicherheit darauf schliessen, dass die Difformität nicht nur das äussere Ohr betrifft, sondern dass gleichzeitig auch die Trommelhöhle und die Ohrtrumpete mangelhaft entwickelt sind.

Prof. Politzer demonstrirt ferner 2 pathologische Präparate mit ausgedehnter Cholesteatombildung im Schläfebeine.

Das erste Präparat von einer 80jährigen tauben, im allgemeinen Versorgungshause verstorbenen Frau zeigt einen ausgedehnten Defect der oberen knöchernen Gehörgangswand, welcher in die mit grauem Narbengewebe ausgekleidete Trommelhöhle und in eine mit ihr communicirende, durch Druckusur entstandene colossale Erweiterung des Antrum

mastoid. führt. In dieser Höhle war ein kleinnussgrosses, perlmutterartig glänzendes, geschichtetes Cholesteatom eingebettet, welches sich in seiner ganzen Continuität aus der Höhle herausheben liess. Vom Trommelfelle ist nur der vordere obere Quadrant erhalten, der nach hinten zu mit der inneren Trommelhöhlenwand verwachsen. Das Ost. tymp. tubae ist durch eine Narbe verlegt.

Das zweite Präparat kommt von einer 56jährigen Frau aus dem Versorgungshause, die nach einer früher bestandenen chronischen Mittelohreiterung auf dem linken Ohre taub wurde. Die vordere Hälfte des Trommelfells ist erhalten, jedoch stark verdickt, der hintere obere Theil des Trommelfells ist zerstört und die dadurch entstandene Lücke durch einen, die hintere obere Gehörgangswand betreffenden Knochendefect bedeutend vergrössert. Durch diese Lücke ist vom äusseren Gehörgange aus die Epidermis in die Trommelhöhle hineingewachsen und sieht man den ganzen hinteren und oberen Trommelhöhlenraum und das Antrum mastoid. von einem mit einem irrisirenden Häutchen überzogenen Cholesteatom ausgefüllt.

Bei der hierauf stattgehabten Discussion über Morbus Ménière, an welcher die Herren von Frankl-Hochwart, Urbantschitsch, Politzer, Gomperz, Pollak und Gruber sich beteiligten, wurde allgemein anerkannt, dass in dem Vortrage, den Gruber in der letzten Sitzung der otologischen Gesellschaft gehalten<sup>3)</sup>, ganz neue, wichtige Gesichtspunkte in Betreff des Wesens und der Prognose dieses Leidens dargethan sind, dass aber die Bezeichnung „Ménière'sche Erscheinungen“ des practischen Bedürfnisses wegen für einen ähnlichen Symptomencomplex, der aber nicht, wie Morbus Ménière, durch ein primär im Labyrinth entstandenes Leiden ausgelöst ist, beibehalten werden soll.

---

## II. Kritiken.

**Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.** Von Prof. Karl Störk in Wien. Alfred Hölder 1895. Ref Moritz Schmidt.

Verf. hat in dem Sammelwerke von Nothnagel: „Specielle Pathologie und Therapie“ die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes bearbeitet und gewiss war er, als einer der ältesten Vertreter der laryngologischen Wissenschaft zumal an einem Orte, der ein so grosses Krankenmaterial bietet, wie Wien, dazu geeignet, wie kein Anderer. Er hat sich in dem vorliegenden Werke mehr als in seinem ersten an die histologischen Einzelheiten und an die microscopischen Forschungen gehalten, die er und Andere angestellt haben. Die meisten der microscopischen Beschreibungen sind durch vorzügliche Abbildungen klar gemacht. So bietet gleich der Eingang eine 29 Seiten lange Abhandlung über die genaueren Vorgänge bei der Secretion in Nase und Hals, unter kritischer Sichtung der bisher bekannten Ansichten. Ref. möchte aus dem mit so vieler practischer Erfahrung geschriebenen Buche einiges Charac-

---

<sup>3)</sup> Siehe Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1895, S. 181 u. ff.



teristische hervorheben. So nimmt Verf. an, dass aus der Anämie der Schleimhaut sich schliesslich eine Atrophie entwickeln könne. Bei der Hyperämie bespricht er zugleich die Entstehung der Deviationen und der Polypenbildung, über welche beide Erkrankungen aber dann noch in späteren Abschnitten behandelt wird. Als Ursache des chronischen Nasencatarrhs führt er unter anderen und mit Recht zu enge und pathologische Nasenformen an, durch welche er auch das Vorkommen von Taubheit in einzelnen Familien durch Generationen erklärt. Therapeutisch warnt er vor zu grosser Ausdehnung der Galvanocaustik, er zieht die Lapislösungen vor. Bei der Behandlung der Deviationen hat er grosse Bedenken gegen die chirurgischen Eingriffe. Er meint, dass durch das Abkneifen oder Durchsägen ein jahrelanges Kranksein hervorgerufen werden könne, wobei ihm Ref. nur dann beistimmen könnte, wenn Verf. dazufügen würde: „bei mangelhafter Nachbehandlung“, und in der That scheint das warnende Beispiel, das er anführt, überhaupt nicht nachbehandelt worden zu sein. Das Antrum Highmori heilt er, indem er durch die natürliche Oeffnung mit einer in Lapislösung getränkten Wattesonde eingeht und damit alle Wände der Höhle bepinselt. Ref. möchte da doch einige Zweifel über die Möglichkeit der Ausführung dieses Planes hegen. Die Erkrankungen der anderen Nebenhöhlen und deren Behandlung folgt erst viel später. Warum diese Trennung, da die einzelnen Höhlen selten einzeln erkrankt sind, sondern sehr oft zu gleicher Zeit? Die Entstehung der Retropharyngealabscesse führt Verf. auf die Anstrengung des Saugens zurück. Mit die gelungenste Abtheilung des Werkes ist die über die chronische Blennorrhoe und das Rhinosclerom. Bei ersterer vertheidigt Verf. in sehr bescheidener Weise die Existenzberechtigung dieser unter seinem Namen bekannten Krankheit gegenüber dem Sclerom und bei dem zweiten theilt er in langen Tabellen 25 Fälle ausführlich mit und bringt danach eine Reihe sehr vorzüglicher Abbildungen, aus denen sich Jeder, der die Krankheit noch nicht gesehen haben sollte, ein gutes Bild derselben machen kann. Es folgt dann der Abschnitt über die gutartigen und bösartigen Geschwülste und dazwischen eingeschaltet die adenoiden Vegetationen. An die Einwirkung der letzteren auf die Psyche glaubt Verf. nicht recht. Er hält es der Schüler wegen für besser, die Erkrankungen der vier Mandeln nicht zusammen abzuhandeln, wie es Ref. gethan; allein bei ihm erfahren wir über die der Gaumen- und der Zungenmandel überhaupt nichts mehr. Bei den Erkrankungen der Stirnhöhle kommt er auf die des Gehirns als Folge derselben zu sprechen, theilt zwei Fälle von auffallenden psychischen Störungen als Folge von Rhinitis putrida mit und berichtet dann über sechs Fälle, in welchen Meningitis Folge von Nasenerkrankungen war.

Im 18. Kapitel bespricht Verf. eine in sonstigen Lehrbüchern selten erwähnte Erkrankung, nämlich die Lordose der Halswirbel und die sich daran anschliessenden Decubitalgeschwüre an der Ringknorpelplatte. In dem die Neubildungen behandelnden Theile des Werkes ist sehr lesenswerth das Kapitel über das Lymphosarcom, das sich in der Regel zuerst im Nasenrachenraum zeigt und von da nach unten geht. Gewöhnlich werden die Fälle mit Syphilis verwechselt. Auch von dieser Erkrankung finden wir eine Anzahl guter Abbildungen. Ref. hatte Ge-

legenheit, den auf Seite 220 abgebildeten Fall in Wien zu sehen und findet ihn sehr characteristisch wiedergegeben.

Auf den folgenden Seiten bringt Verf. eine ganze Anzahl sehr gelungener Abbildungen von Instrumenten zur Untersuchung und Behandlung der Nase und die Nasendurchschnitte nach Onodi.

Im letzten Abschnitte über allgemeine Erkrankungen, die sowohl die Nase als auch den Kehlkopf betreffen, bespricht Verf. nur die Tuberculose.

Er erwähnt hierbei mit Recht, dass auch andere als die tuberculösen Geschwüre im Kehlkopf vorkommen können, wie die catarrhalischen Erosionen, die pachydermischen, typhösen, diabetischen und die Quecksilbergeschwüre und vertheidigt dabei die von ihm zuerst beschriebene, durch Ueberdehnung entstehende Fissur der Hinterwand. Einen Fall von primärer Larynx tuberculose hat er nicht gesehen, ihm sind alle localen Tuberculosen, auch z. B. die des Naseneingangs, der Ausdruck einer allgemeinen Erkrankung. Für die Vererbung vom Vater aus führt er mehrere Beispiele an, die Uebertragung durch Ansteckung findet meistens vom Manne auf die Frau statt. Es folgen dann interessante Abhandlungen über die Bedingungen der Uebertragung, welche den Verf. als sehr bewandert in der Veterinärmedizin zeigen. Auch nach seiner Erfahrung schlummert die Tuberculose oft im Körper, bis sie durch irgend einen Anlass zu neuem Leben geweckt wird. In Bezug auf die Behandlung der tuberculösen Kranken ist er sehr für die Ueberernährung eingenommen und freut sich deshalb über die immer mehr sich ausbreitende Methode der Anstaltsbehandlung, weil bei dieser der Kranke unter einem gewissen Zwange steht, sich so viel zu ernähren, als die Vorschrift erheischt. Nicht beistimmen kann ihm Ref. in dem abfälligen Urtheil über Davos, wenn er sagt: es fehle die Nachricht, wie es den Kranken später ergangen, die bei 26 Grad Kälte behandelt worden seien. Ref. könnte ihm eine ganze Anzahl in Davos dauernd geheilter Kranker vorführen. Die Therapie der Larynxphthise ist eine rein palliative. Von der chirurgischen Behandlung ist er nicht sehr entzückt; er führt zwar auch einen so geheilten Fall an, ist indessen der Ansicht, dass diese Heilung mehr den günstigen äusseren Verhältnissen und der colossalen Ernährungsfähigkeit des Kranken als dem chirurgischen Eingriff zuzuschreiben gewesen sei. Ebenso ist er des Glaubens, dass Heryng nur bei solchen Kranken Erfolge erzielt habe, welche in sehr günstigen äusseren Verhältnissen gelebt hätten. Ref. steht da auf einem ganz verschiedenen Standpunkte und möchte immer wieder den Irrthum bekämpfen, als ob günstige äussere Verhältnisse zu einer Heilung der Larynxphthise nöthig seien. Er hat in dieser Woche drei im Larynx geheilte Tuberculöse in seiner Sprechstunde gesehen, einen Volksschullehrer, einen Fabrikaufseher und die Tochter einer Wäscherin, doch lauter Menschenklassen, die in der Regel nicht an Ueberernährung leiden! Im letzten Abschnitte seines Buches führt dann Verf. eine ganze Anzahl Fälle von Nasentuberculose an, die er durch Kürette und Milchsäurebehandlung geheilt hat. Warum soll man den armen Larynxphthisikern nicht auch diese Wohlthat zu Theil werden lassen? Bei der bekannten hervorragenden technischen Begabung des Verf.'s dürfte es ihm nicht schwer fallen, auch im Larynx die chirurgische Behandlung in den immerhin vielen geeigneten Fällen durchzuführen und sich an den damit er-

zielten Heilungen zu erfreuen. Denn es ist doch sicherlich eine sehr grosse Freude, einen geheilten Kehlkopfschwindsüchtigen zu sehen.

Es ist natürlich schwer, in einer räumlich beschränkten Kritik mehr als einen oberflächlichen Ueberblick über das interessante Werk zu geben. Wer den Vorzug hat, den Verf. persönlich zu kennen, wird in dem Buche überall die eigene, von dem Thema begeisterte Art desselben wiederfinden, wird ein lebhaftes Zeugniß der grossen Erfahrung des Verf.'s erhalten, dessen Ansichten ja, gerade in Folge des so mannigfachen practisch Erlebten, in aller Liebenswürdigkeit und in dem Bestreben, anderen Ansichten nicht zu nahe zu treten, vorgetragen, ein eigenartiges individuelles Gepräge bieten. Gerade die grosse Erfahrung des Verf.'s lässt aber um so mehr bedauern, dass er sich in dem Werke so sehr auf die Erkrankungen der Nase beschränkt und wesentliche Erkrankungen der oberen Luftwege gar nicht erwähnt hat, wie z. B. die der Gaumenmandeln und die der Zungenmandel, die bei Syphilis und bei den acuten Infectionskrankheiten, ferner die gesammten Nervenerkrankungen und die Verletzungen etc. Bei dem enormen Material, das dem Verf. zu Gebote steht und bei der langjährigen erfolgreichen Beschäftigung mit der Specialität, muss er doch eine grosse Zahl interessantester Beobachtungen gemacht haben, aus denen wir Alle viel hätten lernen können.

Ganz vorzüglich, wahrhaft musterhaft ist die Ausstattung des Werkes.

### III. Referate.

#### a) Otologische:

**Polypöse Wucherungen im äusseren Gehörgang, bedingt durch ein Sarcom der Schädelbasis.** Von Dr. Stetter. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIV, III.)

Der Fall bietet insofern ein Interesse für den Ohrenarzt, als neben ausgedehnten Zerstörungen auch die mediale und basale Hälfte der Pars petrosa des Schläfebeines, der ganze knorpelige und knöcherne Gehörgang, der Nervus facialis und acusticus durch den Tumor ersetzt waren und die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass der Beginn der Erkrankung im Ohre stattfand. Gomperz.

**Ueber den Einfluss schwacher Schalleinwirkungen auf die acustische Empfindungsschwelle.** Von Victor Urbantschitsch. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIII, XV.)

Der Autor berichtet über Versuche, die er angesichts der grossen Meinungsverschiedenheiten betreffs des Besserhörens im Geräusche anstellte, wobei er nicht nur dieses allein in Betracht zog, sondern im Allgemeinen den Einfluss von Schalleinwirkungen auf die Hörfähigkeit näher kennen zu lernen trachtete.

Als Geräuschquelle diente ein Inductionsapparat, dessen Schnurren durch eine Schraube am Neef'schen Hammer verstärkt und geschwächt werden konnte, zur Hörprüfung wurden die üblichen Methoden benutzt, auch der electriche Hörmesser des Autors.

Sämmtliche Versuchsergebnisse sprechen dafür, dass ein Besserhören im Geräusche auf einer Steigerung der acustischen Empfindungsschwelle beruht und dass eine Betheiligung des Schalleitungsapparates an dieser Erscheinung sehr fraglich ist. G omperz.

**Unterbindung der Vena jugularis wegen Otitis pyaemica.** Vortrag von Dr. Langenbuch in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Berl. klinische Wochenschrift No. 34, 1895.)

L. theilt zwei Fälle mit als Beitrag zu der noch nicht übermässig grossen Casuistik der sich an die pyämische Otitis anschliessenden Operationen. In dem einen Falle (17jähr. Mädchen mit rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung), bei welchem schwere Pyämie vorlag, erwies sich Warzenfortsatz sowie Sinus transversus frei; um weitere Verschleppung pyämischen Materials in den Kreislauf fernzuhalten, durchschnitt L. die Jugularis intern. nach doppelter Unterbindung, worauf zwar die Schüttelfröste und hohen Temperaturen schwanden, nichts desto weniger aber im Verlaufe einiger Wochen Metastasen im linken Ellbogengelenk und auf dem linken Handrücken auftraten; L. lässt es dahingestellt sein, ob dies schon vor der Operation entstandene und nur langsam sich entwickelnde Herde waren, oder ob trotz der Unterbindung der Jugularis intern. doch noch Infectionsmaterial auf Umwegen durch die Jugul. ext. oder V. mediana colli verschleppt worden ist, da auch diese Venen mit den Schläfenbeinvenen in Verbindung stehen; er rath deshalb, in Zukunft auch diese Venen vorsichtshalber zu unterbinden. — Im zweiten Falle wurde, als einen Tag nach der Eröffnung eines linksseitigen Warzenfortsatz-Empyems sich Schüttelfröste bei der 31jähr. Patientin einstellten, zur Verhütung weiterer Fortschritte der Pyämie ebenfalls die Jugul. int. unterbunden; jedoch erfolgte unter nur geringem Nachlass der pyämischen Erscheinungen am zehnten Tage der Tod. Die Section ergab einen jauchig zerfallenen Thrombus in dem bei der Operation am Warzenfortsatze noch frei gewesenen linken Sinus transversus. L. schlägt deshalb vor, auch in Fällen, wo der Sinus sich bei der (wegen pyämischer Erscheinungen unternommenen) Operation als gesund erweist, denselben alle Male breit frei zu legen und mit Gaze auszutamponiren, um prophylactisch sicher zu gehen. Keller.

**Zur Histologie der Ohrpolypen.** Von Dr. J. Niemak. (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXIV, I.)

Niemak untersuchte 55 von der Poliklinik Bürkner's stammende Mittelohrpolypen und sondert sie in 5 Gruppen: 1) Fibroepitheliome, worunter er jene Tumoren versteht, welche neben mächtigen atypischen Wucherungen des Rete Malpighi mit Stachel- und Riffzellen nur verhältnissmässig geringe Mengen gefässführenden Bindegewebes besitzen, also jene Tumoren, die als Papillome oder papillomatöse Fibrome gekant sind, 2) Angiome, 3) Myxome, 4) Geschwülste der Bindegewebsreihe, 5) Adenome. Die Metaplasie von Cylinder- in Plattenepithel hält N. für viel seltener, als von anderen Autoren angenommen wird; ferner beschreibt er die von ihm oft gesehenen und als Zerfallsproducte aufgefassten „Kugeln“, sowie einige Farbreactionen derselben. G omperz.

**Beiträge zur operativen Casuistik der bei Tuberculose und Morbillen auftretenden Warzenfortsatzkrankungen.** Von Dr. Rud. Haug. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIII, XIV.)

Im ersten Falle traten bei einer phthisischen, hysterisch veranlagten 42jähr. Patientin, deren milchig getrübte Trommelfelle keine Entzündungserscheinungen darboten, stechende und bohrende Schmerzen im rechten Warzenfortsatz auf, daneben intensive Neuralgie des Supra- und Intra-Orbitalis, wogegen sich jede Medication erfolglos erwies, bis sich Haug nach neun Wochen entschloss, das Antrum aufzumeisseln. Die erbsengrosse Höhlung desselben war von einer bräunlichrothen pulpösen Masse erfüllt, die sich als exquisit tuberculöses Granulationsgewebe erwies. Dauernde Heilung. Zwei Wochen vor der Aufmeisselung hatte H. eine erbsengrosse Lymphdrüse von der Oberfläche des Warzenfortsatzes extirpirt, in der sich Riesenzellen und Tuberkelbacillen fanden, und sieht er in solchen infiltrirten Drüsen eines der frühzeitigsten Symptome primärer centraler Tuberculose des Warzenfortsatzes.

Die vier folgenden Fälle handeln von acuter Caries der Pars mastoidea im Gefolge von Morbillen und sind durch die rasche Entwicklung, sowie die weitgehenden Zerstörungen bemerkenswerth. Im ersten Fall beobachtete Haug mehrfache Durchlöcherung des Trommelfelles und acute Caries des Warzenfortsatzes, im zweiten beiderseits acute Otitis media mit acutem subperiostalen Abscess und acuter Caries, im dritten einseitige acute Otitis media vor Ausbruch des Exanthems, acutes Empyem des linken Warzentheiles mit epiduralem Abscess und Caries von Hammer und Amboss, im vierten acutes primäres Empyem und Caries des Warzenfortsatzes mit secundärer Paukenentzündung, die erst 11 Tage später auftrat. Sämmtliche Fälle wurden geheilt.

Gelegentlich dieser Mittheilungen empfiehlt H. seine Dauercanülen zur möglichst langen Offenhaltung des Trepanationscanals. Dieselben sind aus Hartgummi in drei Stärken gefertigt und haben die Form eines gewöhnlichen Ohrtrichters von  $1\frac{3}{4}$  —  $2\frac{1}{4}$  Ctm. Länge mit leicht umgekrümmtem Rande und mit einer leichten Krümmung am inneren Ende. Zum Einführen kann ein passender Leitungsstab benutzt werden.

Gomperz.

**Druck und Drucksteigerung im Labyrinth.** Von Stabsarzt Dr. Ostmann. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIV, II.)

Die vorliegende Arbeit wendet sich gegen die Auffassung über die Druckverhältnisse im inneren Ohre und das Verhalten des häutigen Labyrinthes bei Drucksteigerung, die Steinbrügge bekannt gegeben hat und welcher sich Katz und Gomperz angeschlossen haben.

Auf Grund physikalischer Experimente an Apparaten, an denen die Verhältnisse des peri- und endolymphatischen Raumes theils zu einander, theils zur Paukenhöhle und Schädelhöhle in schematischer Weise nachgebildet wurden, kommt der Autor zu folgenden Ergebnissen:

1) Stände die Endolymph unter einem höheren Druck, als die Perilymphe, so würde dieser Ueberdruck durch elastische Spannung der Wandungen des häutigen Labyrinthes getragen werden müssen. Diese würde für die Schallübertragung auf das Corti'sche Organ in hohem Maasse unzweckmässig sein.

2) Es ist anzunehmen, dass Peri- und Endolymph unter gleichem Drucke stehen, welcher etwas geringer, als der intracraniale ist.

3) Die durch Athmung und Puls bedingten Druckschwankungen des Liquor cerebrospinalis übertragen sich nicht auf das Labyrinth.

4) Das eventuelle Ausströmen der Peri- wie Endolymph bei Drucksteigerung im Labyrinth durch allzu ausgiebige Schallschwingungen findet gleichzeitig statt.

5) Die Schutzvorrichtungen des Labyrinthes verhindern eine Depression der Membrana vestibularis und eine dadurch bedingte Verletzung des Corti'schen Organes bei intracranialer Drucksteigerung.

6) Der Ausfall gerade der hohen Töne bei Verletzung des nervösen Endapparates des Acusticus durch allzu ausgiebige Schallschwingungen lässt sich durch eine verlängerte und verstärkte Druckwirkung der Endolymph auf die in der ersten Schneckenwindung gelegenen Gebilde und Nervenfasern des Corti'schen Organes erklären. Gomperz.

## b) Rhinologische:

**Cystentumor des Naseneinganges.** (Tumeur cystique du vestibule du nez.) Von Dr. John Dunn. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Viel seltener als die des Nasenrachenraumes. Einschneiden, Auspinseln mit Jodtinctur, Tamponade mit Watte brachten Heilung. Die Tamponade muss gewöhnlich einen Monat lang fortgesetzt werden.

Dr. P. K.

**Zerstörung eines grossen cavernösen Tumors der Nasenscheidewand mittelst Electrolyse.** (Destruction par l'électrolyse d'une volumineuse tumeur caverneuse de la cloison.) Von Dr. Strazza. (Revue internation. de rhinologie et Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Eine 64jährige Frau besitzt seit ihrer Kindheit den betreffenden Tumor, der sich durch häufiges Nasenbluten bemerkbar machte. Wegen grosser Schwäche und der Neigung zu den Blutungen griff Verf. zur unipolaren Electrolyse. Vier Sitzungen von je 10 Minuten mit mässiger Intensität brachten nach 6 Wochen Heilung. Verf. meint, dass die Electrolyse besonders bei Blutumoren der Nase angewandt werden soll, da andere Behandlungsweisen gefährliche Blutungen hervorbringen können. Dagegen ist die Electrolyse viel zu langwierig, wenn es sich um solide Tumoren handelt.

Dr. P. K.

**Kirschkern in der Nase.** (Noyau de cerise dans le nez.) Von Dr. G. Keyper. (New-York med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Ein 35jähriger Mann leidet an Ohrenfluss, Taubheit und Rhinitis. Der Rhinolith musste zerstückelt und in den Nasenrachenraum gestossen werden. Ein Kirschkern bildete den Mittelpunkt des Nasensteines. Das Einführen des Nasensteines musste auf die früheste Kindheit zurückgeführt werden. Vollständige Heilung.

Dr. P. K.

**Klinische Bemerkung über die Behandlung des acuten Schnupfens mittelst benzolsauren Natrons.** (Note clinique sur le traitement du coryza aigu par le benzoate de soude.) Von Dr. José Aufruns. (Rivista di laringol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Zufällig versuchte Verf. Zerstäubungen mittelst benzolsauren Natrons und erreichte Heilung in 24 Stunden. Bei weiteren Fällen bewährte sich das Mittel ebenfalls, während Pulverisationen mit einfachem Wasser nur eine vorübergehende Wirkung hatten. Dr. P. K.

**Migräne nasalen Ursprunges.** (Migraines d'origine nasale.) Von Dr. Snow. (New-York med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. erzählt eine ganze Reihe von Migräne-, Schwindel-, Kopfschmerz-, Augenschmerzfällen, welche durch Aufheben des Druckes oder des Contactes im Innern der Nase geheilt wurden. Dr. P. K.

**Ueber Reflexe nasalen, pharyngealen und laryngealen Ursprunges.** (Sur les reflexes d'origine nasale, pharyngée et laryngée.) Von Dr. Roquez Casadesus. (Rivista di laringol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Nasenmucosa hat nicht allein die Eigenschaft, Reflexe in den entferntesten Organen hervorzurufen; 2) die Pharynx- und Larynxmucosa können gerade dieselben Reflexe hervorrufen; 3) diese Reflexe können in ihrer Intensität von einem Minimum bis zu einem Maximum im Nervensystem sich bewegen; 4) der Mechanismus besteht einfach in centripetaler Richtung des Reizes bis zu den Nervencentren; 5) die pathologisch-anatomischen Veränderungen in der betreffenden Mucosa stellen eine fortdauernde Ursache der Nervenreizung dar; 6) man fragt sich, ob man diese Zonen, von denen dieser fortwährende Reiz ausgeht, als hysterogene bezeichnen darf; 7) wenn ja, ob dann diese hysterogenen Zonen, statt ein Symptom, nicht die Ursache der Hysterie sein können, besonders wenn ihre Zerstörung die Anfälle aufhören lässt; 8) die Rhinologie und die Laryngologie können dazu beitragen, die Pathogenese der Hysterie zu erklären. Dr. P. K.

**Glycosurie durch Nasenverstopfung hervorgebracht.** (Glycosurie par obstruction nasale.) Von Dr. Bayer. Medical Record, April 1894 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Glycosurie mit anderen trophischen Störungen verschwanden nach Heben des Respirationshindernisses in der Nase. Die Glycosurie erklärt sich einerseits durch die verminderte Sauerstoffzufuhr, andererseits und besonders durch Circulationsstörung asphyctischer Art und Bulbärstörungen. Dr. P. K.

**Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza.** (Inflammation aigue de l'antre d'Highmore à la suite d'Influenza.) Von Dr. Felix Semon. (Brit. med. Journal 1894, pag 237, und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. erlitt drei Influenza-Anfälle, während des letzten Anfalles reiste er von London nach Berlin, wo sich plötzlich eines Tages in einigen

Stunden Zeit eine acute Entzündung der linken Highmorshöhle entwickelte: Schmerz, Spannung, Schwellung, grosse Sensibilität der Wange am Os zygomaticum. Husten und Schnäuzen schmerzhaft, während einer ähnlichen Anstrengung entleerte sich plötzlich linkerseits  $\frac{1}{2}$  Unze dünnflüssigen Eiters; es traten noch zwei solche Ausleerungen in den nächsten 24 Stunden ein. Zwei Tage später die letzte Ausleerung und Heilung. Bei der Durchleuchtung des Gesichtes konnte Prof. Fraenckel nur ein Dunkelbleiben der linken Pupille feststellen. Verf. hatte schon nach einem früheren Influenza-Anfall eine acute Caries eines vorher gesunden Augenzahnes erhalten.

Dr. P. K.

**Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza.** (Inflammation aigue de l'antre d'Highmore à la suite d'Influenza.) Von Dr. C. Monham. (Brit. med. Journal 1894, pag. 408, und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. bekam nach einem zweiten Influenza-Anfall Schwellung und Schmerz der linken Wange; am andern Tage entleerte sich beim Schnäuzen eine grosse Menge dicken, dunkelgelben Eiters; den ganzen Tag durch entleerte sich eine solche immer dünnflüssiger sich darstellende Flüssigkeit, namentlich beim Bücken des Kopfes.

Dr. P. K.

**Die Anwendung des Nosophens in der rhinologischen und otologischen Praxis.** Von Stabsarzt a. D. Dr. Th. Koll in Aachen. (Berliner klinische Wochenschrift 1895, No. 29.)

Das Nosophen (Tetraiodphenolphthalein), welches sich durch Geruchlosigkeit, Löslichkeit in alkalischen Säften, sowie energische antiseptische Kraft bei vollständiger Ungiftigkeit auszeichnet, erwies sich in der rhinologischen Praxis bei allen blutigen Eingriffen mit gleicher Sicherheit geeignet wie das Jodoform, das gerade in der Nase, abgesehen von der toxischen Wirkung, wegen seines Geruches am wenigsten vertragen wird. Nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum war in über 100 mit Nosophen behandelten Fällen die Heilung stets eine gänzlich reizlose und rasche. Das Nosophen und die 5- bis 10procentige Nosophenvaselinsalbe soll überraschend schnelle Heilung bei Ulcerationen und Erosionen am Septum und am Naseneingang herbeigeführt haben.

In der otiatrischen Praxis bediente sich der Autor des feingesiebten Nosophenpulvers in Fällen von acuter oder chronischer Mittelohreiterung zur Einstäubung, nachdem er vorher zur Ausspülung des Ohres eine 0,2—0,5procentige Lösung des Nosophen-Natronsalzes des Antinosins zur Anwendung brachte; auch hierbei erzielte er sehr befriedigende Ergebnisse. Das Pulver soll jedoch in geringer Menge unter genauer Controle des Spiegels eingeblasen werden. Bei Krankheitsprocessen des äusseren Gehörganges bewährte sich das Pulver oder die 10procentige Nosophengaze gleichfalls als zweckmässig.

Dr. Alt.



### c) Pharyngo-laryngologische:

**Ueber Misshandlung der Stimme.** (*La malménage vocal.*) Von Dr. Castex. (*Revue de laryngologie et d'otologie* No. 13, 1894.)

Ein gut geführtes Pferd macht lange Strapazen, während es unter den Händen eines schlechten Kutschers sich bald übermüdet. Der Vergleich passt recht gut auf den Larynx. Das Sprechen scheint den Larynx mehr zu ermüden als das Singen; deshalb findet man die meisten ermüdeten Stimmen bei Lehrern und Lehrerinnen; Sänger ermüden viel leichter, wenn sie sprechen, als wenn sie singen; besonders ermüden die Redner sich, wenn sie vom Medium abweichen; das laute Vorlesen ist am meisten ermüdend. Schwache Articulation ermüdet mehr als deutliche Articulation. Prediger, welche mehr auf den tiefen Inhalt ihrer Rede als auf das Pathos sehen, ermüden viel leichter als Dramatiker, welche hauptsächlich Gewicht auf die Form legen. Ein Redner darf nicht die ganze Intensität seiner Stimme gebrauchen, er muss noch etwas davon „in seiner Brust behalten“, wie die Künstler sich ausdrücken. Die Acustik spielt ebenfalls eine grosse Rolle bei der Ermüdung der Stimme; im Allgemeinen kann man sagen, dass die griechische Architectur mit ihren geraden Linien und rechten Winkeln viel schädlicher als die romanische und gotische mit ihren Gewölben ist.

Beim Singen sind zwei Hauptregeln zu beobachten: Man muss die hohen Töne nicht wollen in der Bruststimme singen, sondern man thut besser, gleich in's Falset überzugehen; diese Grenze ist natürlich bei verschiedenen Sängern auch verschieden. Zweitens soll man beim Singen hoher Töne der hellen Klangfarbe entsagen, um in dunklere Klangfarbe überzugehen. Eine fernere Hauptregel besteht darin, dass die Stimme gehörig „unterstützt“ ist; dies geschieht am besten durch die über dem Larynx gelegenen Resonatoren, namentlich durch den Pharynx; auf diese Weise bildet sich auch die Klangfarbe am besten aus und der Larynx wird geschont. Ferner ist die Diagnose der Stimme Seitens des Gesanglehrers von der grössten Wichtigkeit: Der Larynx soll nur die Stimme singen, für welche er geschaffen ist. Methodisches Athmen schont die Stimme. Die Luftverschwendung ist ein Fehler bei vielen Sängern: es geht dabei Expirationsluft durch den Larynx am Anfang oder zu Ende eines sich bildenden Tones, ohne dass ein Ton dabei herauskommt; dieser Fehler, den die Franzosen „Coulage“ nennen, ist unvermeidlich, wenn Sängerknötchen an den Stimmbandändern aufsitzen. Die Rhinopharyngolaryngitis sicca und atrophicans ist ein Haupthinderniss für eine gute Stimme; bei acuter Rhinitis oder Pharyngitis soll der Künstler sich absolut ruhig verhalten und nicht durch eine suggestionirende Arznei dennoch zu singen versuchen. Frauen sollen nicht während der Menstruation singen. Die weniger berühmten Sänger der Provinz verderben ihre Stimme viel leichter, weil sie die Hauptregeln der Hygiene der Stimme nicht beobachten können; der wahre Künstler der Grossstadt geht ganz vorsichtig mit seiner Stimme um: es ist bekannt, dass Rubini den grössten Theil der ihm zgedachten Partition geschwenzt hat (was die Franzosen und er selbst „brosser“ nannten), um bei den Sensations-scenen die volle Kraft und Schönheit seiner Stimme zur Geltung zu bringen. Die neueren Compositionen zerstören die Stimme bald. Die

Acustik spielt eine grosse Rolle: Im Allgemeinen nimmt man an, dass die oblongen, wenig ornamentirten und keine tiefen Logen besitzenden italienischen Theater die besten sind.

Zu den acuten Folgen einer Ueberbürdung des Larynx muss man die Ermüdung, die Larynxangst („trac“ der Franzosen) und den Larynxkrampf rechnen, welche drei Symptome eine Steigerung der krankhaften Symptome bilden. Zu den chronischen Folgen rechnet man die bekannten Fehler: Schwirren (*chevrotement*) der Stimme; die Unmöglichkeit, eine halbe Stimme zu singen; die Roulade (*roulette*), eine Art Schwirren, Zittern, welches gewöhnlich auf denselben Ton fällt; der Verlust der hohen Töne; der Verlust der Homogenität im Medium. Diese Fehler sind nicht immer dieselben bei Frauen und Männern. Immer lassen sich diese Fehler durch einen pathologisch-anatomischen Befund erklären.

Die Behandlung soll meistens präventiver Natur sein: Frühzeitig singen, lange bevor die Pubertät eintritt; nicht singen während der Pubertätsentwicklung, nach derselben tüchtig einüben, täglich singen (*nulla dies sine cantu*), nicht mehr als eine Stunde täglich mit viertelstündigen Pausen; man muss festhalten, dass die normal angelegte Stimme nur 12 Töne im Medium hat, zu welchen man je 2 Töne nach oben und nach unten hinzufügen kann; geht man darüber und darunter, so ist es gefährlich. Die curative Behandlung besteht in absoluter Ruhe, Electricität, Massage (namentlich an der Vorderseite des Halses wegen der Gegenwart des *Musculus cricothyroideus*), directer Larynxbehandlung, gewissen Mineralbädern, wie Mont Dore, Canteret, Luchon, Challes, La Bourboule.

Dr. P. K.

**Ein Fall von gut modulationsfähiger Stimme ohne jegliche künstliche Vorrichtung bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der erste Trachealring entfernt werden musste und der ohne Canüle athmet.**  
Von Dr. J. Solis Cohen in Philadelphia. (*Arch. f. Laryngologie etc.*, Bd. I, Heft 3, pag. 276, 1894.)

Einem Manne wurde im Krankenhause des Jefferson Medical College der Kehlkopf und der erste Trachealring wegen eines nach aussen durchgewachsenen Adenocarcinoms exstirpirt; nur die Epiglottis blieb erhalten, weil sie von der Geschwulst nicht befallen war. Das gespaltene Ende der Trachea wurde sorgfältig an die äussere Hautwunde angeheftet, so zwar, dass das Lumen der Trachea nach vorn und aussen, anstatt nach aufwärts gerichtet war. Der Kranke gewann nach ca. einem Jahre die Sprache wieder; seine Stimme ist zwar heiser, doch modulationsfähig und auf 40 Fuss vernehmbar, ohne jede künstliche Vorrichtung und trotzdem seine Lungen vom Pharynx ganz und gar abgeschlossen sind. Diese improvisirt er gewissermaassen, wenn er spricht, indem er die Haut seines Halses zu einem Sack aufbläht, in denselben Luft hineinpresst und diese dann wieder stossweise entweichen lässt, wobei er die einander genäherten *Mm. constrictores pharynges* in Schwingungen versetzt. Auf solche Weise werden die mechanischen Erfordernisse der Stimmbildung einerseits durch contractile Sprachrohre, andererseits durch ein contractiles Luftreservoir wiederhergestellt, dessen Inhalt willkürlich entleert werden kann, um die Ränder in Schwingungen zu versetzen. Die so erzeugte Stimme bricht sich dann an den gewöhnlichen Factoren der Articulation,

an der Zunge, den Lippen und den Zähnen. Abgesehen von der Möglichkeit, durch die angegebene Operationsmethode die Aussicht auf event. Wiederherstellung der Stimme ohne Anwendung eines künstlichen Apparates zu eröffnen, ist sie auch darum von hohem Werthe, weil dadurch der Patient vor der hauptsächlichsten Gefahr einer directen septischen Pneumonie bewahrt wird.

Beschorner.

---

**Ein Fall von Gumma des Kehlkopfes.** Von Dr. E. W. Tschlenow. (Medicinskoje Obosrenje No. 7, 1895.)

Verf. bespricht zunächst die bekannten Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose von Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfes und geht dann zur Beschreibung eines Falles über, den er in Wien an der Poliklinik Prof. Chiari's beobachtete. Es handelte sich um einen 29jähr. Luetiker, der an der Spitze des linken Aryknorpels eine kleinnussgrosse, nicht ulcerirte Geschwulst zeigte. Aus der Anamnese war anzunehmen, dass die Geschwulst schon seit 4 Jahren bestehe. Die Diagnose war durch das Bestehen eines ulcerirten Gumma's an der hinteren Pharynxwand erleichtert. Heilung auf Mercurialeinreibungen.

Gorodecki.

---

**Syphilitische Entzündung des Cricoarytenoidalgelenkes.** (Arthrite cricoaryténoïdienne syphilitique.) Von Dr. Rueda. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 2, 1894.)

Ein Fall von „primärer“ syphilitischer Entzündung des genannten Gelenkes, welche Krankheit als möglich angenommen, aber noch nicht durch ein Beispiel erhärtet wurde. Heilung durch antisiphilitische Behandlung.

Dr. P. K.

---

**Klinische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare.** (Valeur séméiologique du ganglion susclaviculaire.) Von Dr. Girode, Dr. Troisier und Dr. Mathieu. (Société médicale des hopitaux, séance du 22 Mars 1895 und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Schwellen der Supraclaviculardrüsen bei einem Duodenumkrebs; dieselbe Schwellung bei einem Uteruskrebs.

Dr. P. K.

---

**Tuberculöser Abscess des Corp. thyreoideum.** (Abscess tuberculeux du corps thyroïde.) Von Dr. Schwartz. (Archives internationales de laryngologie. etc., Bd. VII, No. 6, Novbr./Decbr. 1894.)

Bei einem nach keiner Richtung hin erblich belasteten 30jährigen Manne bildete sich, im Verlaufe von 6 Wochen, eine schmerzhaft Anschwellung des Corp. thyreoideum rechterseits unter allmählichem Hinzutritt erheblicher Heiserkeit und Verengerung der rechten Pupille. — Die erstere erwies sich als Folge von Lähmung des rechten Stimmbandes, hervorgerufen durch Druck der Geschwulst auf den N. recurrens, die letztere veranlasst durch Compression des N. sympathic. Da die Geschwulst deutliche Fluctuation zeigte, wurde nach vorhergegangener Probepunction incidirt und 60—70 Grm. eines gelblichen, körnigen Eiters entleert. Die Inoculationsversuche am Meerschweinchen stellten es ausser Zweifel, dass es sich um einen tuberculösen Herd handelte. Pat. wurde nach 14 Tagen geheilt entlassen.

Beschorner.

**Larynxtuberculose, Caries und Durchbrechung der Cartilago thyroidea. Tuberculöser extralaryngealer Abscess, subcutanes Emphysem.** (Observation de tuberculose laryngée, carie et perforation du cartilage thyroïde. Abscès tuberculeux extralaryngien, emphysème cutané.) Von Dr. Vergniaud. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 22, 1894.)

Ein 42-jähriger Marinesoldat hat Lungen-, Larynx- und Darmtuberculose; die extralaryngealen Zerstörungen standen in keinem Verhältniss zu den geringen intralaryngealen. Das Schmelzen eines tuberculösen Herdes in der Cartilago thyroidea fand zuerst an der äusseren Fläche und dann erst an der inneren statt; daher der erstere Abscess vor dem Durchbruch und der Fistelbildung.

Dr. P. K.

**Desinfection der tuberculösen Sputa mittelst Holzessig.** (De la désinfection des crachats tuberculeux au moyen du vinaigre de bois.) Von Dr. J. Goriansky. (Semaine médicale No. 4, 1895.)

Sublimat und Carbolsäure sind wirkungslos. Gemäss im Alexanderhospital in St. Petersburg angestellten Versuchen wirkt der aus Guajacolen, Cresolen und Essigsäure zusammengesetzte, nicht übelriechende Holzessig, Acidum pyrolignosum, in gleichem Volumen wie der Auswurf, in sechs Stunden bacterientödtend; er nimmt zugleich den Sputis ihr ekel-erregendes Aussehen weg.

Dr. P. K.

**Untersuchungen über das Vorhandensein des Tuberkelbacillus in dem Zimmerstaub von Phthisiskranken.** (Recherches sur la présence du bacille tuberculeux dans la poussière des chambres de phthisiques.) Von Dr. Kirchner. (Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten XIX, 1, und Semaine médicale No. 16, 1895.)

Die Experimente von Kirchner sind etwas beruhigender, als die traurigen Schlüsse von Cornet seiner Zeit. Verf. hat den Staub aus allen Theilen des Zimmers eines Militärlazareths, welches nur Phthisiker enthielt, bacteriologisch untersucht; dabei ist zu bemerken, dass jeder Kranke sterilisirte Spucknäpfe hatte. Der Staub wurde mittelst sterilisirter Schwämmchen aufgehoben und es wurden Meerschweinchen damit geimpft. Von 42 Meerschweinchen wurde nur ein einziges tuberculös, und dieses war mit Staub, welcher von dem Nachttisch eines sehr kranken Phthisikers herrührte, geimpft worden. Diese Experimente beweisen also, dass die regelrechte Desinfection der Sputa hinreicht, um die Diffusion der Tuberculose zu verhindern. Das Zusammenleben mit einem Phthisiker ist also unschädlich, wenn nicht nur die Spucknäpfe, sondern auch alle den Sputis ausgesetzten Gegenstände desinficirt werden.

Dr. P. K.

**Primäres Carcinom der Trachea.** (Carcinome primitif de la trachée-artère.) Von Dr. Oestreich. (Berl. med. Gesellschaft, 7. Januar 1895, und Semaine médicale No. 4, 1895.)

Pflaumengrosses Alveolarcarcinom der Trachea, Drüsen bis auf eine intact, rechte Lunge gangränöse pneumonische Herde, laryngoscopischer Befund negativ, inspiratorische Dyspnoe gegen die Regel, gemäss welcher selbe expiratorisch ist. (Seltene Fälle. Ref.)

Dr. P. K.

**Die ersten zwei Tubagenoperationen in Lille.** (Les deux premières opérations de tubage à Lille.) Von Dr. Déléarde. (Bull. médical du Nord No. 6, 1895)

Ein 4½-jähriges Kind kam in jämmerlichem Zustande in's Spital; die gleich angewandte Tubage hob schnell die Dyspnoe; im Pharynx kaum ein leichter Belag zu sehen; der Löffler'sche Bacillus im Pharynxschleim nachzuweisen. 20 und später 10 Cubikcentimeter Roux'scher Flüssigkeit wurden eingespritzt. Die Dyspnoe war gehoben, doch starb das Kind an diphtheritischer Infection.

Ein 3jähriges masernkrankes Kind zeigt blos Röthung des Pharynx, aber Löffler'sche Bacillen im Pharynxschleim mit Streptococcen. Larynxdyspnoe. Tubage brachte Erleichterung des Athmens. 3 Mal wurden je 10 Cubikcentimeter Serum eingespritzt. Heilung in 17 Tagen.  
Dr. P. K.

**Ueber die Einwirkung des Höhenklima's auf die Zusammensetzung des Blutes.** Von Dr. E. Grawitz. (Berliner klinische Wochenschrift No. 33/34, 1895.)

Für die Erklärung des günstigen Einflusses des Höhenklima's auf den Stoffwechsel beim gesunden und kranken Menschen hat die von den verschiedensten Beobachtern constatirte Thatsache eine besondere Bedeutung gewonnen, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen sich in kürzester Zeit (24 Stunden) in enormer Weise (20—25 pCt.) in Höhenlagen (schon bei 700 Mtr.) vermehre. Man glaubte diese Thatsache darauf zurückführen zu müssen, dass in Folge des verminderten Luftdruckes eine O-Abnahme im Blute auftrete und, um dieses Deficit zu decken, eine massenhafte Neubildung rother Blutkörperchen hervorgerufen würde. Gr. bestreitet die Richtigkeit dieser Annahme aus mehrfachen Gründen. Zunächst vermisst er bei der supponirten enormen Neubildung rother Blutkörperchen das Auftreten kernhaltiger rother Blutkörperchen, die sich sonst bei lebhafter Steigerung der Blutbildung stets vorfinden, ebenso die sich sonst dabei einstellende gleichzeitige Vermehrung der Leucocyten. Die als neugebildete Formen von rothen Blutkörperchen von verschiedenen Autoren gedeuteten Mikrocyten, welche das Blut zu Beginn des Aufenthalts in Höhenorten massenhaft aufweist, lässt Gr. nicht ausschliesslich als Jugendformen neugebildeter rother Blutkörperchen gelten, vielmehr träten dieselben unter den verschiedensten Bedingungen auf, die mit Neubildung rother Blutkörperchen nichts zu thun hätten. Ganz besonders aber entbehre die Frage nach dem Schicksal der vermeintlich neugebildeten Blutkörperchen jeder genügenden Beantwortung. Man hat nämlich beobachtet, dass beim Verlassen der Höhenorte die Zahl der rothen Blutkörperchen in ebenso rapider Weise abnehme; man müsse also bei obiger Voraussetzung annehmen, dass dieselben in enormer Weise aus dem Organismus wieder ausgeschieden würden; es fände sich aber niemals eine Spur von Icterus oder Hämoglobinurie, wie solche sonst beim Untergange grösserer Mengen rother Blutkörperchen regelmässig aufzutreten pflegten. Gr. hält dafür, dass es sich bei der in Rede stehenden Erscheinung lediglich um eine schnell auftretende und beim Verlassen der Höhen sich ebenso rasch wieder ausgleichende Eindickung des Blutes handle, wodurch die Blutkörperchen-

zunahme nur eine relative Vermehrung bedeute. In Folge der zunehmenden Trockenheit im Höhenklima finde nämlich eine vermehrte Wasserabgabe durch Lunge und Haut statt, während die O-Verminderung durch vermehrtes Athmen ausgeglichen werde. Es werden die Resultate von Thierversuchen als Stütze dieser Ansicht mitgetheilt.

In der Discussion über den Vortrag erhebt Professor Zuntz gegen die Gr.'sche Annahme das Bedenken, dass bei einer Zunahme der Blutkörperchen um 20 pCt. alsdann ein Wasserverlust des ganzen Körpers von 7 — 8 Kgr. sich einstellen müsste, wovon aber thatsächlich keine Rede sei. Vielleicht sei die Aenderung in der Blutkörperchenzahl darauf zurückzuführen, dass das Mischungsverhältniss von Blutkörperchen und Plasma sich, wie Beobachtungen ergeben haben, unter dem Einfluss wechselnder Contractionszustände der kleineren Arterien innerhalb ziemlich weiter Grenzen ändern kann, weil es grosse Räume im Capillargebiete giebt, die fast nur Plasma enthalten, unter anderen Umständen aber von rothen Blutkörperchen vollgepfropft sind. Keller.

---

**Aseptisches Instrumentarium für Galvanocaustik.** Von Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 3, pag. 414, 1895.)

1) Aseptische Brenner. Dieselben haben statt der Zuleitungsröhren bis zum Ansatz der Platinarmatur eine vollkommen geschlossene, biegsame, metallische Umhüllung und die sonst benutzte Isolirung durch Seide oder dergl. fällt bei ihnen fort, können somit im strömenden Dampf oder in trockener Hitze desinficirt werden.

2) Operationstisch. Dieser, nur von Eisen und Glas hergestellt, enthält zwei Schubläden und auf einer festen Platte finden die für Beleuchtungszwecke und zur Galvanocaustik, sowie zum Betriebe eines Motors nothwendigen Accumulatoren bequem Platz. Der Tisch selbst trägt die, nach allen Seiten hin drehbare Beleuchtungslampe, mit Stirnreflector oder fest mit ihr verbundenem Reflector benutzbar, sowie einen festen eisernen, verstellbaren Halter, so dass ein Motor beliebig an der linken oder rechten Seite des Tisches seinen Platz finden kann. Zur Verwendung der Galvanocaustik sind besondere Accumulator-Zellen vorgesehen, von denen aus der Strom zu den galvanocaustischen Handgriffen geleitet wird. Für Stromregulirung — und Unterbrechung, sowie für Bremsvorrichtung bei Benutzung des Motors zu Operations- und Massage-Zwecken ist in vollkommenster Weise Sorge getragen.

Beschorner.

---

**Regeln bei Anwendung des Cocain.** (Règles pour l'administration de la cocaïne.) Von Dr. Magitot. (Annuaire thérapeutique No. 35, 1893, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Die Dosis muss im Verhältniss der zu anästhesirenden Fläche stehen; man soll nie über 5—10 Centigramm einspritzen. Die Einspritzung soll nicht hypodermisch, sondern intradermisch sein. Der Kranke soll liegen; man soll ihn nur nach totaler Anästhesie aufheben. Man soll immer reines Cocain zur Hand haben, bei grösseren Dosen verschiedene distanzirte Einspritzungen machen. Die Contraindicationen sind die gewöhnlichen: Herzfehler, Lungen- und Nervenleiden. Dr. P. K.

**Zur Insufflation von Pulvern in den Kehlkopf.** Von Dr. von Jaruntowski in Görbersdorf. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, H. 3, p. 391, 1894.)

Der angegebene, aus Hartgummi hergestellte Pulverbläser unterscheidet sich von den bereits bekannten, namentlich dem von M. Schmidt angegebenen, vornehmlich dadurch, dass die als treibende Kraft benutzte, durch Doppelgebläse comprimirt Luft nicht durch Oeffnen eines Verschlusshalmes, sondern durch Nachlass des Fingerdruckes auf den Schlauch frei wird. Einfachheit, geringe Kostspieligkeit, compendiöse Form, Möglichkeit sicherer Führung und der Anwendung stärkeren oder schwächeren Luftstromes stellen die Hauptvorzüge des Instrumentes dar.

Beschorner.

## Nachruf an Moos.

Von

H. Steinbrügge in Giessen.

Am 15. Juli d. J. endete nach längerem Leiden die Laufbahn des in Heidelberg als Vertreter der Ohrenheilkunde wirkenden Hofraths Prof. Dr. Salomon Moos. Da der Verfasser dieser Zeilen mit dem Verstorbenen seit der Studienzeit durch freundschaftliche Bande, und später durch erneute gemeinsame Arbeit eng verbunden war, so möge es ihm gestattet sein, dem leider zu früh verstorbenen Freunde auch in dieser Zeitschrift ein Erinnerungsblatt zu stiften.

Moos ist am 15. Juli 1831 zu Randegg im badischen Lande geboren, erhielt seine erste Ausbildung in der Bürgerschule zu Müllheim, besuchte dann das Lyceum in Karlsruhe und bezog im Herbst 1851 die Universität Heidelberg. Nach Absolvirung einiger Semester daselbst zog es ihn nach Prag und nach Wien, und die Erinnerung an die dortige Studienzeit, insbesondere an die damals in jenen Städten lehrenden Coryphäen der medicinischen Wissenschaft, ist ihm zeitlebens ein Lieblingsthema geblieben, bei welchem er gern verweilte. Im Herbst 1854 erhielt Moos die Stelle eines Assistenten an der inneren Klinik zu Heidelberg, welche damals unter der Leitung des durch seine Förderung der pathologisch-anatomischen Disciplin, sowie durch sein Lehrbuch der Nervenkrankheiten bekannt gewordenen Klinikers C. E. Hasse stand. Da Verf. zu gleicher Zeit die Stellung eines Assistenten an der Hasse'schen Klinik bekleidete, so haften viele freundliche Erinnerungen an jene Zeit jugendlichen Zusammenlebens und -Wirkens. Leider wurde die Wirksamkeit unseres Freundes für einige Zeit dadurch unterbrochen, dass derselbe in Folge einer Typhus-Epidemie, welche dem Hospitale zahlreiche Kranke zuführte, von der gleichen Krankheit ergriffen wurde und mit einer langsamen Reconvalescenz zu kämpfen hatte. In das Jahr 1855 fällt die Lösung und Prämiirung einer von der Heidelberger medicinischen Facultät gestellten Preis-Aufgabe „Ueber den Harnstoff- und Kochsalzgehalt

des Urins in verschiedenen Krankheiten, insbesondere im Typhus und im Intestinalcatarrh“, welche Arbeit dann auch der im Jahre 1856 erschienenen, die Erlangung der Doctorwürde bedingenden Inaugural-Dissertation zu Grunde gelegt wurde.

In demselben Jahre liess Moos sich als practischer Arzt in Heidelberg nieder, doch genügte seinem strebsamen Geiste die Thätigkeit des Practikers nicht. Schon im Jahre 1859 sehen wir ihn als Docenten für innere Medicin an der Heidelberger Universität habilitirt. Die damalige Habilitationsschrift handelte über „Untersuchungen und Beobachtungen über den Einfluss der Pfortaderentzündung auf die Bildung der Galle und des Zuckers in der Leber“. Es wurden Anfangs Vorlesungen über gerichtliche Medicin und über Geisteskrankheiten gehalten, aber schon damals entwickelte sich bei unserem Freunde ein lebhaftes Interesse für das specielle Studium der Ohrerkrankungen, welches später zur ausschliesslichen Lebensaufgabe desselben werden sollte. So kam es, dass Moos bereits im Jahre 1862 Vorlesungen über Ohrenheilkunde hielt und gleichfalls in den 60er Jahren zum Zwecke des Unterrichts eine ambulatorische Klinik für Gehörleidende am Sonntag, sowie einmal in der Woche, in seiner eigenen Wohnung abhielt. Später wurde ihm ein kleines Zimmer in dem alten klinischen Hospital für diese Zwecke eingeräumt. Erst im Jahre 1876 erhielt Moos zugleich mit der Fachprofessur für Ohrenheilkunde die Mittel zur Errichtung eines otiatrischen Institutes bewilligt, welches freilich nur in den gemietheten Räumen eines Privathauses untergebracht werden konnte, wo dasselbe bis zum heutigen Tage geblieben ist.

Schon im Jahre 1866 war Moos zum ausserordentlichen Professor der Medicin ernannt worden. In das Jahr 1869 fällt das Erscheinen des ersten Bandes des mit H. Knapp gemeinschaftlich begründeten Archivs für Augen- und Ohrenheilkunde. Bekanntlich erscheinen die Arbeiten aus den beiden Fächern seit dem Jahre 1879 getrennt, und zwar der ohrenärztliche Theil unter dem Titel „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“. Im Jahre 1894 erlebte der Begründer demnach noch die Freude, den 25. Band derselben, gewissermaassen als Jubiläumsband, herausgegeben zu sehen. Wie wenig günstig die Kritik dem Unternehmen Anfangs entgegenkam, geht aus dem Vorwort zu diesem Bande hervor.

Im Kriegsjahre 1870/71 sehen wir Moos als Lazareth-Arzt fungiren. Leider folgte dieser Thätigkeit eine ruhrartige Erkrankung, und zugleich zeigten sich die ersten Spuren eines Mittelohrleidens, welches im weiteren Verlaufe zu bleibenden Gehörstörungen führte. Trotz alledem setzte er seine academische und practische Thätigkeit mit gewohnter Pflichttreue fort. Das Jahr 1889 brachte ihm noch die Ernennung zum Hofrath, und zwei Jahre später folgte die Beförderung zum Prof. honorarius.

Im Frühling dieses Jahres erkrankte Moos an einem phthisi-



schen Lungenleiden, zu welchem der Grund wahrscheinlich durch eine früher überstandene schwere Influenza, vielleicht auch durch diabetische Störungen gelegt worden war. Trotz der aufopferndsten Pflege seiner Gattin und den Bemühungen seines ärztlichen Freundes Mittermaier endete das Dasein des Dulders sanft und ruhig am Abend seines diesjährigen Geburtstag, dem ersten Tage seines 65. Lebensjahres.

Ueberblicken wir den Lebensgang des Entschlafenen, so dürfen wir mit dem Psalmisten sagen, sein Leben sei köstlich gewesen, voll Mühe und Arbeit. Wir dürfen aber auch hinzufügen, es sei gesegnet gewesen durch eine Befriedigung schaffende Wirksamkeit und durch zahlreiche Erfolge, wengleich auch ihm, wie jedem Sterblichen, schwere Schicksale und harte Kämpfe nicht erspart geblieben sind. Was Moos insbesondere auszeichnete, war seine grosse Pflichttreue, sein Schaffensdrang, seine unermüdliche Thätigkeit. An strenge Selbstzucht gewöhnt, galt ihm von Jugend auf die Arbeit, das Lernen mehr als ein behaglicher Lebensgenuss. Er verstand es, die Minuten auszukaufen. Wenn es sich um eine zu vollendende Arbeit handelte, so wurde jeder freie Augenblick verwerthet, um dieselbe zu fördern. Und trotzdem fand er immer noch Zeit, auch die literarischen Erzeugnisse auf anderen Gebieten kennen zu lernen und sich dadurch eine vielseitige Ausbildung zu sichern.

Die selbstständige Stellung, welche Moos in der otiatrischen Wissenschaft sowohl wie in der Ausübung practischer Thätigkeit errungen hatte, war begreiflicher Weise nicht ohne Kämpfe und Gegnerschaft zu erreichen gewesen, und die Spuren dieser Kämpfe vermochte der Jugendgenosse dem reifen Manne wohl anzumerken. Konnte Moos aber nach Aussen ernst und strenge erscheinen, so besass er doch im Grunde ein weiches und warmfühlendes Herz, welches mit rührender Zärtlichkeit an den Seinen hing, und den Freunden durch's Leben hindurch Treue bewahrte. Im engeren Kreise erwachte dann auch stets sein lebenswürdiger Humor, welcher das Zusammenleben mit ihm zu einem so gemüthlichen gestaltete, und dessen sich mancher College gewiss mit Vergnügen erinnern wird.

Es ist kaum nöthig, den Fachgenossen in's Gedächtniss zu rufen, was Moos für die Otiatrie gearbeitet und geleistet hat. Vor Allem war es die pathologische Anatomie des Gehörorgans, zu deren Erforschung der Verstorbene eine besondere Befähigung besass, welche demselben daher wesentliche Fortschritte verdankt. Die Arbeiten auf diesem Gebiete sind ausserordentlich zahlreich. Es ist bekannt, dass Moos die feinere microscopische Untersuchung der pathologischen Veränderungen des inneren Ohres in reichem Maasse gefördert hat, theils durch Einführung der Waldeyer-Gottstein'schen Entkalkungs-Methode, theils durch seine Studien über die bacteriellen Labyrinthkrankungen. Sein Schaffenstrieb

liess ihn überall, auch in scheinbar werthlosen Präparaten, neue Gesichtspunkte für irgend eine Untersuchung entdecken.

Doch auch in practischer Beziehung vermochte sein scharfer Blick Nützlichendes zu finden; ich erinnere nur an die Anregung, welche zuerst von ihm in Bezug auf die Hörprüfungen der Eisenbahn-Bediensteten ausging, und welche damals mit Recht ausserordentliches Aufsehen in den betreffenden Kreisen erregte. Trotz mancher Widersprüche von anderer Seite, hat sich die Einsicht von der Nothwendigkeit periodischer Gehörprüfungen des bei den Eisenbahnen angestellten Personals vielseitig Bahn gebrochen, und ist die Sicherung des reisenden Publikums gegen Unfälle durch jene Publicationen ohne Zweifel gefördert worden.

Eine grosse Schaar von Schülern verdankt dem Geschiedenen die Einführung in das Gebiet der Ohrenheilkunde, was um so mehr in's Gewicht fällt, als bei dem medicinischen Examen bis zum heutigen Tage die genannte Disciplin nicht unter die Prüfungsgegenstände aufgenommen worden ist.

Werfen wir noch einen Blick auf die Vereinsthätigkeit des Verblichenen, so werden wir ihm auch in dieser Beziehung rühmend nachsagen müssen, dass er bis in die letzte Zeit hinein den Zusammenkünften der otiatrischen Sectionen auf speciellen und allgemeinen Congressen, trotz zeitweiliger körperlicher Indisposition, meistens persönlich beiwohnte, und durch anregende Mittheilungen auch nach dieser Richtung hin wesentlich zur Förderung wissenschaftlicher Bestrebungen beigetragen hat. Auch in den Zusammenkünften der Heidelberger medicinischen Gesellschaft, in den Versammlungen der südwestdeutschen Neurologen, trug Moos durch mancherlei Vorträge zur Belebung der Sitzungen bei. Es ist bekannt, dass derselbe seit der Gründung der Deutschen otologischen Gesellschaft als Mitglied ihres Ausschusses wirksam war.

In dieser vielseitigen Thätigkeit sehen wir unsern Freund ausharren bis zu seiner letzten Erkrankung, aus welcher ihn keine Genesung mehr erlösen sollte. Aber diese anstrengende Wirksamkeit wurde ihm verklärt und verschönert durch die wirkliche Liebe zu seiner Kunst und Wissenschaft, durch die Freude auch an bescheidenen Erfolgen, durch eine weise Genügsamkeit, welche überall das Gute herauszufinden und zu schätzen wusste, auch da, wo unserem ärztlichen Können unüberwindliche Schranken gesetzt sind. Von dem nie ruhenden Fleisse des Verstorbenen zeugt auch noch das hinterlassene Fragment einer unvollendet gebliebenen grösseren Arbeit, welche zum Theil schon in die durch körperliche Leiden getrübte letzte Lebensperiode fällt.

Ein Leben reich an Schaffen hat mit unserem Freunde geendet. Sein Name wird in der Geschichte der Ohrenheilkunde für immer einen ehrenvollen Klang behalten, welcher um so heller klingt, als Moos der noch jungen Disciplin zur Anerkennung auch von

aussen her verholphen hat. Bewahren wir ihm ein treues und dankbares Erinnern!

Die überaus zahlreichen Aufsätze, welche aus Moos' Feder stammen, sind grösstentheils im Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde, sowie in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde enthalten. Diese mit Hilfe der Inhaltsverzeichnisse daselbst leicht auffindbaren Arbeiten sind wohl in den Händen der meisten unserer Fachgenossen; eine Aufzählung derselben würde daher überflüssig erscheinen, den Raum dieses Blattes aber über die Gebühr in Anspruch nehmen. Im Folgenden beschränken wir uns daher auf eine Wiedergabe der Titel derjenigen Aufsätze, welche in anderen Zeitschriften oder separat erschienen, zum Theil also weniger leicht erreichbar sind. Man kann auch aus den früheren Schriften ersehen, wie vielseitig Moos geforscht und gearbeitet hat:

Untersuchungen über die zuckerbildende Function der Leber, insbesondere über deren Verhalten zum Nervensystem. Arch. f. wissenschaftl. Heilkunde Bd. IV, 1.

Ueber plötzlich entstandene Taubheit. Wiener med. Wochenschr. 1863, No. 42.

Beitrag zur Casuistik der embolischen Gefässkrankheiten. Virchow's Arch. Bd. 41.

Die Krankheiten des Gehörorgans etc. von Joseph Toynbee. Uebersetzt und mit Zusätzen versehen. Würzburg 1863 bei J. M. Richter.

Ueber die Wirkung des künstlichen Trommelfells. Archiv für Ohrenheilk. Bd. I, pag. 119.

Die Statistik der Taubstummten in Irland im Jahre 1861. Ibid. pag. 184.

Klinik der Ohrenkrankheiten. Wien 1866 bei W. Braumüller. Zwei Fälle von Hyperostose des Felsenbeins mit Ankylose des Steigbügels. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. II, pag. 190.

Scheinbare Gehirnzufälle bei eitriger Otitis. Beitrag zur klinischen Bedeutung des intraauriculären Druckes. Ibidem pag. 197.

Ueber den Zusammenhang zwischen Krankheiten des Gehörorgans und solchen des Nervus trigeminus. Virchow's Archiv Bd. 68, 1870.

Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie der Eustachischen Röhre. Wiesbaden 1874 bei C. W. Kreidel.

Ein Fall von Anbohrung des in Folge von Entzündung knöchern verschlossenen äusseren Gehörganges. Virchow's Archiv Bd. 73, 1878.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung phosphorsaurer Kalkconcremente im Stamme des Gehörnerven. Archiv für Psychiatrie Bd. 9, Heft 1.

Ueber pathologische Befunde im Ohrlabyrinth bei secundär

- Syphilitischen und die durch dieselben bedingten Gehörstörungen. Virchow's Arch. Bd. 69, 1879.
- Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica. Heidelberg 1881 bei C. Winter.
- Ein Fall von partieller Labyrinthaffection nach Mumps. Berl. klin. Wochenschrift 1884, No. 3.
- Zur Genese der Hörstörungen bei Hirntumoren. Diagnostischer Werth von Stimmgabelversuchen. (Baseler Congress 1884.) Berl. klin. Wochenschrift 1884, No. 45.
- Zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der Mittelohreiterungen. Deutsche med. Wochenschrift 1888, No. 44.
- Ueber die Beziehungen der Microorganismen zu den Mittelohrerkrankungen und deren Complicationen. Ibid. 1891, No. 11 und 12.
- Ueber einige durch Bacterien-Einwanderung bedingte Veränderungen im menschlichen Gehörorgan, insbesondere im Labyrinth. Virchow's Archiv Bd. 124, 1891.
- Allgemeine Aetiologie und Beziehungen der Allgemeinerkrankungen zu Krankheiten des Gehörorgans. Schwartz's Handbuch der Ohrenheilkunde 1892, Bd. I, pag. 472.

## Dr. Wilhelm Meyer-Denkmal.

Die Oesterreichische otologische, sowie die Wiener laryngologische Gesellschaft haben beschlossen, für das „Wilhelm Meyer-Denkmal“ Sammlungen einzuleiten. Die Obmänner dieser Gesellschaften erlassen folgenden Aufruf:

### Einladung

zur Subscription für das in Kopenhagen zu errichtende  
Dr. Wilhelm Meyer-Standbild.

Dr. Hans Wilhelm Meyer, welcher zuerst auf das Vorkommen der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum und deren Bedeutung für das Hörorgan und die Stimme aufmerksam machte, gleichzeitig aber auch die Operationsmethode angab, um dieselben dauernd zu beseitigen, ist dadurch ein wahrer Wohltäter der Menschheit geworden. Tausenden wurde seit dem Bekanntwerden seiner Entdeckung das Hörvermögen gerettet und die todte Sprache, das Näseln, beseitigt; gar Viele vor langem Siechthum bewahrt. In dankbarer Erinnerung dieses unvergänglichen Verdienstes haben sich hervorragende Aerzte Englands, an deren Spitze Dr. Felix Semon, zu einem Comité vereinigt, welches sich die Aufgabe stellte, Wilhelm Meyer in Kopenhagen, dem Orte seiner stattgehabten ärztlichen Wirksamkeit, ein Standbild zu errichten. Ihre Königl. Hoheit die Frau Herzogin von Wales übernahm das Protectorat, und nunmehr haben sich fast in allen Culturstaaten der Welt Zweig-Comité's gebildet, welche hauptsächlich durch Sammeln von Geldebeiträgen die Angelegenheit fördern wollen. Auf Einladung des Central-Comité's

haben sich auch in Wien sowohl die Oesterreichische otologische Gesellschaft als auch die Wiener laryngologische Gesellschaft der Sache angenommen und wir lassen im Namen derselben die Bitte ergehen, diesen schönen Zweck zu fördern. Die Unterfertigten werden die ihnen zukommenden Beiträge quittiren und dieselben mit dem genauen Verzeichniss der Spender dem Central-Comité übermitteln.

Wien, im November 1895.

Prof. Dr. Jos. Gruber,  
I. Freyung 7.

Prof. Dr. Carl Stoerk,  
IX. Ferstlgasse 3.

### Notiz.

Dr. Ostmann, bisher Privatdocent in Königsberg, wurde zum ausserordentlichen Professor in Marburg an Stelle des nach Breslau berufenen Prof. Barth ernannt.

### Berichtigungen.

- Seite 389, Zeile 30 von oben, soll es statt „bone frontale“ heissen „bosse frontale“,  
Seite 390, Zeile 24 von oben, statt klinischen: „Rinne'schen“,  
Seite 390, Zeile 9 von unten, statt „kein Schwindel“: „Schwindel“,  
Seite 390, Zeile 7 von unten, statt „laesa“: „laeso“,  
Seite 398, Zeile 12 von unten, muss es heissen: bringen keine „einseitige“ Bewegung hervor.

### I N H A L T.

1. Originalien: Alt: Versuch zur Bestimmung eines Schalleitungshindernisses. — Przedborski: Linksseitige Kehlkopflähmung (Hemiplegia laryngis sin.) im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbestimmter Natur. — Bergat: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre (Fortsetzung). — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — II. Kritiken: Störk: Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. — III. Referate: a) Otologische: Stetter: Polypöse Wuucherungen im äusseren Gehörgang, bedingt durch ein Sarcom der Schädelbasis. — Urbantschitsch: Ueber den Einfluss schwacher Schalleinwirkungen auf die acustische Empfindungsschwelle. — Langenbuch: Unterbindung der Vena jugularis wegen Otitis pyaemica. — Niemak: Zur Histologie der Ohrpolypen. — Haug: Beiträge zur operativen Casuistik der bei Tuberculose und Morbillen auftretenden Warzenfortsatzkrankungen. — Ostmann: Druck und Drucksteigerung im Labyrinth. — b) Rhinologische: Dunn: Cystentumor des Naseneinganges. — Strazza: Zerstörung eines grossen cavernösen Tumors der Nasensecheidewand mittelst Electrolyse. — Keyper: Kirschkern in der Nase. — Afrans: Klinische Bemerkung über die Behandlung des acuten Schnupfens mittelst benzolsauren Natrons. — Snow: Migräne nasalen Ursprunges. — Casadesus: Ueber Reflexe nasalen, pharyngealen und laryngealen Ursprunges. — Bayer: Glycosurie durch Nasenverstopfung hervorgerufen. — Semon: Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza. — Monham: Acute Entzündung der Highmorshöhle nach Influenza. — Koll: Die Anwendung des Nosophens in der rhinologischen und otologischen Praxis. — c) Pharyngo-laryngologische: Castex: Ueber Misshandlung der Stimme. — Cohen: Ein Fall von gut modulationsfähiger Stimme ohne jegliche künstliche Vorrichtung bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der erste Trachealring entfernt werden musste und der ohne Cantele athmet. — Tschlenow: Ein Fall von Gumma des Kehlkopfes. — Rueda: Syphilitische Entzündung des Cricoarytenoidalgelenkes. — Girode, Troisième, Mathieu: Klinische Bedeutung des Ganglion supraclaviculare. — Schwartz: Tuberculöser Abscess des Corp. thyroideum. — Vergniaud: Larynx-tuberculose, Caries und Durchbrechung der Cartilago thyroidea. — Goriansky: Desinfection der tuberculösen Sputa mittelst Holzessig. — Kirchner: Untersuchungen über das Vorhandensein des Tuberkelbacillus in dem Zimmerstaub von Phtisiskranken. — Oestreich: Primäres Carcinom der Trachea. — Délearde: Die ersten zwei Tubagenoperationen in Lille. — Grawitz: Ueber die Einwirkung des Höhenklima's auf die Zusammensetzung des Blutes. — Fränkel: Aseptisches Instrumentarium für Galvano-caustik. — Magitot: Regeln bei Anwendung des Cocain. — v. Jaruntowski: Zur Insaufiation von Pulvern in den Kehlkopf. — Steinbrügge: Nachruf an Moos. — Dr. Wilhelm Meyer-Denkmal. — Notiz. — Berichtigungen.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz)

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 64.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gomperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kieselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Liechtenberg (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. Stárah (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziemá (Danzig).

herausgegeben von

**Dr. Jos. GRUBER**

o. ö. Prof.-or 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. XXIX.

Berlin, December 1895.

No. 12.

### I. Originalien.

#### Ueber eine abnorme Höhle im Felsentheile des Schläfebeins.

Von

Prof. Dr. Jos. Gruber.

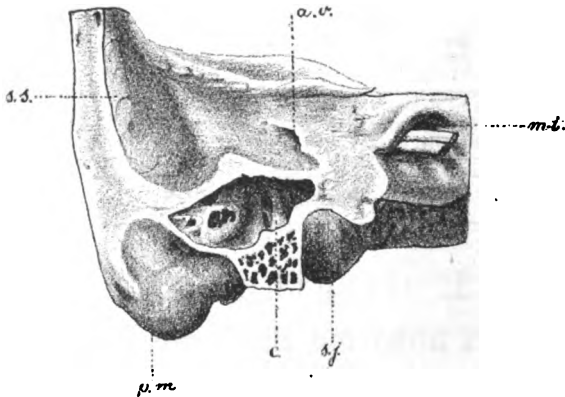
Diejenigen, welche sich etwas eingehender mit dem Studium der Anatomie des Schläfebeines befasst haben, wissen aus Erfahrung, dass die lufthaltigen Räume, wie wir sie gewöhnt sind, im Warzenfortsatze zu sehen, sich nicht immer auf diesen allein beschränken, sondern dass dieselben sich oft weit über den Warzenthcil hinaus nach verschiedenen Richtungen ausbreiten. Man trifft solche Räume gar nicht selten im Hinterhauptbeine, wo sie sogar in der Pars condyloidea vorkommen, man findet sie nicht blos im horizontalen Schuppentheile des Schläfebeins, sondern stösst auch zuweilen auf solche in jenem Theile des Scheitelbeines, welcher an den hinteren Abschnitt des Schläfebeines grenzt; ja sogar in der knöchernen Decksubstanz des Felsentheiles sieht man zuweilen kleinere Räume, denen man die Bedeutung der im Warzenthcile vorkommenden zuerkennen muss.

Zu den grössten Seltenheiten aber gehört gewiss der Befund, den

ich an einem Präparate meiner Sammlung zeigen kann und den ich hier wegen seiner hohen pathologischen Bedeutung schildern möchte<sup>1)</sup>:

Das Schläfebein ist der Leiche eines an Tuberculose verstorbenen 42jährigen Mannes entnommen. Ich habe den Mann während des Lebens nicht gesehen, kann also auch über die Erscheinungen von Seite seiner Hörorgane nichts weiter berichten.

Nach dem Befunde an der Leiche dürfte er wenigstens in der letzten Zeit seines Lebens auf dem betreffenden Ohre weniger gut gehört haben, denn die Tuba Eust. war in Folge hochgradiger Schwellung der Schleimhaut sehr verengt, das Trommelfell stark eingezogen, durch ein älteres, gelb gefärbtes Infiltrat, welches fast die ganze Membran einnimmt (nur der dem Umbo entsprechende Theil ist davon frei), stark verdickt. In der Trommelhöhle fand sich kein freies Exsudat vor; die Schleimhaut erscheint sowohl an den Wandungen der Trommelhöhle, als auch soweit sie als Ueberzug der Gehörknöchelchen oder als Auskleidung der Warzenzellen dient, vollkommen normal.



Der Warzenthail des Schläfebeins zeigt die lufthaltigen Zellen sehr reich entwickelt und auch der horizontale Schuppenthail ist mit solchen versehen. An der medialen Seite des Warzenthailcs ist der Sulcus sigmoideus *ss* sehr schwach entwickelt; besonders seicht erscheint er vor seinem Uebergange in das Foramen jugulare. Der obere Abschnitt des Sulcus ist an einer kleinen Stelle lateral ausgeweitet, während der untere entgegengesetzt durch medial vorspringende Knochensubstanz fast ganz verstrichen erscheint. Dieses letztere, recht auffällige Verhalten bestimmte mich, den Felsenthail, welcher sonst an allen Theilen eine ausserordentliche Härte zeigt, näher zu untersuchen. Ich führte mit einer feinen Säge hinter dem Warzenfortsatze *pm*, und zwar knapp an ihm,

<sup>1)</sup> Ich selbst habe bei der geradezu enormen Anzahl von Schläfebeinen, die ich unter den Händen hatte, einen solchen Befund früher nie gemacht und Herr Prof. Zuckerkandl, der sich, wie allgemein bekannt, sehr viel mit der Anatomie des Schläfebeins befasste und dem ich das Präparat zeigte, gab gleichfalls an, nie eine derartige Abnormität gesehen zu haben.

einen Schnitt, welcher parallel mit der Längsaxe der Pyramide läuft. Der Sulcus sigmoideus wurde so an der Stelle, wo sein mittleres Drittel mit dem unteren zusammenstösst, durchtrennt und der hinterste Abschnitt des Sulcus jugularis vom Schnitte getroffen.

Hierdurch wurde nun am Felsentheile des Schläfebeines eine Höhle *c* eröffnet, welche ganz das Aussehen der Warzenzellen hat und mit diesen auch durch mehrere kleine Lücken communicirt. Die Höhle misst in ihrem längsten Durchmesser, von der Basis der Pyramide gegen die Spitze hin, nahezu 2 Ctm.; in ihrem Höhendurchmesser hat sie 1,5 Ctm. und ebensoviel beträgt der Tiefendurchmesser, welcher die laterale Seite der Höhle mit der medialen verbindet. Gegen die Schädelhöhle hin ist diese Höhle überall von unversehrter Knochenwand abgeschlossen. An ihrer Innenfläche zeigt sie leistenartig vorspringende, jedoch niedere Erhabenheiten, die aber nirgends den Binnenraum auffallend verengen.

Was ihr Verhalten zu den anderen Theilen des Felsentheiles anlangt, reicht sie vorne über das untere Ende der Ritze für den Aqueductus vestibuli *a v* hinaus; vom inneren Gehörgang *mi* ist ihr vorderes Ende durch eine ausserordentlich dünne Knochenlamelle getrennt und eine ebenso dünne Knochensubstanz scheidet sie sowohl von der Trommelhöhle, als auch vom Sulcus jugularis *s j*.

Es ist den Fachmännern hinreichend bekannt, welche grosse Bedeutung den pneumatischen Räumen im Warzenfortsatze und den ihm benachbarten Knochentheilen zukommt; namentlich, wie leicht die Entzündungskeime in sie eindringen und zu den gefährlichsten Complicationen Veranlassung geben.

Wie oft werden wir bei der künstlichen Eröffnung des Proc. mast. von derartigen abnormen Vorkommnissen überrascht, die an und für sich die Operation mühsamer, eingreifender und gefährlicher machen, und dass Entzündungen, welche sich in solche accessorische Räume hinein fortgesetzt haben, in ihrem neuen Standorte oft viel weniger der Kunst zugänglich sind, deshalb auch sehr langwierig und oft ungleich gefährlicher sind als solche, welche im Warzenfortsatze sitzen, weiss jeder halbwegs erfahrene Ohrenarzt.

Dass der oben beschriebenen Höhle diese Bedeutung in exquisitem Maasse zukommen muss, leuchtet wohl ein. In der nächsten Nachbarschaft dieser Höhle findet sich der Sinus sigmoideus *s* und der Bulbus venae jugularis *j*, zwei venöse Gebilde, in denen ja am allerhäufigsten in Folge der eitrigen Entzündung im Schläfebeine Sinitis und Thrombosen entstehen; lateralwärts befindet sich die Trommelhöhle, welche am häufigsten von eitriger Entzündung befallen ist und von der sich eine solche Entzündung direct auf die Auskleidungsmembran einer solchen Höhle fortsetzen kann. Die Höhle selbst ist von der Schädelhöhle beziehungsweise der hinteren Schädelgrube auf grosse Ausdehnung blos durch eine sehr dünne Knochenwand geschieden, was doch gewiss die Gefahr einer intracraniellen Folgekrankheit im Vergleiche zu dem normalen Verhältniss, wo die dicke Felsensubstanz das Hirn und seine Häute von einem etwa vorhandenen Entzündungsherde im Schläfebeine trennt, ungleich näher rückt.

Schon der Umstand, dass eine solche Höhle von aussen fast gar nicht zugänglich sein kann, dass andererseits die spontane Entleerung



eines in einem derartigen Raume angesammelten Entzündungsproductes kaum anders denkbar ist, als dass sich zu dem vorhandenen Leiden noch ein zweites, nicht minder oder noch mehr gefährliches hinzugesellen muss. erhöht die Bedeutung dieser Abnormität, welche mir der Beschreibung werth schien.

### **Bemerkung zu dem Referate des Herrn Gomperz in No. IX, den Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 betreffend.**

Herr Gomperz bringt im September 1895, also nach vier Jahren, ein Referat über den von mir veröffentlichten und im December 1891 ausgegebenen Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 und darin folgenden Abschnitt:

„12 Mal gelang es nicht, den Amboss mit zu extrahiren. Trotzdem heilten auch von diesen 12 Fällen 6, was Panse auffallend findet; als Curiosum erwähnt Panse, dass in einem Falle, wo die Hammeramboss-excision misslang, trotzdem eine jahrelang bestehende stinkende Eiterung aufhörte.“

Referent kann diese Ereignisse weder auffallend noch curios finden, da sich eben eine Anzahl derartiger Fälle ohne Operation heilen lässt.

Herr Gomperz scheint nicht verstanden zu haben, was mir auffallend erschienen ist, dass nämlich trotz eines in der Paukenhöhle liegenden Fremdkörpers — denn als solcher ist ein aus allen Verbindungen gelöster, dislocirter Hammer oder Amboss zu betrachten — die Eiterung heilt. Dass nun gar Hammer und Amboss nicht extrahirt werden konnten, also zwei Fremdkörper in der Pauke blieben, und die Eiterung trotzdem heilte, war für uns jedenfalls ein Curiosum.

Dr. Rudolf Panse, Dresden.

### **Erwiderung auf die vorstehende Bemerkung des Herrn Dr. Rudolf Panse.**

Die angezogenen Stellen meines Referates beziehen sich auf pag. 42 der Arbeit Panse's im Archiv f. Ohrenhklde, Bd. 33.

Herr Dr. Panse kann sich auf keinen Satz seiner Arbeit berufen, der seiner „Bemerkung“ zur Stütze dienen könnte; mit ihr in Zusammenhang lassen sich überhaupt nur folgende Sätze bringen:

„12 Mal gelang es nicht, den Amboss zu extrahiren“ und weiter unten: „Wie wir uns die Ausheilung der Fälle bei zurückgebliebenem Amboss zu erklären haben, ob der Knochen resorbirt, oder wie ein aseptischer Fremdkörper eingekapselt wird, ist noch nicht zu sagen.“ Ferner: „Als Curiosum sei erwähnt, dass in einem Falle, wo wegen ungünstiger Verhältnisse die Extraction des cariösen Hammers und Ambosses misslang, trotzdem eine jahrelang bestehende stinkende Eiterung aufhörte.“

Man muss annehmen, dass hier der Nutzen der Operation nur in der Freilegung der complicirten Räume des Atticus bestand, die so der Einwirkung der Spülfüssigkeiten und der Antiseptica zugänglich gemacht wurden.“

Davon, dass dabei der Amboss oder Hammer aus allen Verbindungen gelöst und dislocirt und so zum Fremdkörper gemacht wurde, ist in Panse's Arbeit Nichts gesagt. Herr Panse war daher nicht zu dem Vorwurfe berechtigt, ich scheine nicht verstanden zu haben, was ihm auffallend erschienen ist.

Docent Dr. Gomperz.

## Die Behandlung des phonischen Stimmritzenkrampfes.

Von

Dr. Georg Jonquière, Privatdocent in Bern.

Im Jahre 1883<sup>1)</sup>, 1884<sup>1)</sup> und 1890<sup>1)</sup> hatte ich Gelegenheit gehabt, insgesamt drei Fälle von Aponia spastica zu veröffentlichen, bei welchen gegenüber den bis dahin üblichen, wenig wirksamen Behandlungsweisen ein ausserordentlich rascher und dauernder Heilerfolg mittelst energischer Compression der Ovarialgegend combinirt mit Athmungs- und Vocalisationsübungen, eingetreten war. Diese einfache Behandlungsmethode ist meines Wissens bis jetzt nie mit Erfolg nachgeahmt worden, und erwähnt wurde sie, abgesehen von Referaten, bis jetzt nur zwei Mal, ein Mal durch P. Koch<sup>2)</sup> (Luxemburg) und in neuester Zeit von Treupel<sup>3)</sup> (Freiburg i. B.), von Ersterem mit Angabe zweimaligen Misserfolges, von Letzterem ohne Angabe eines Versuchs.

Bestätigt worden ist die Wirkung von ärztlicher Seite mittelst Versuchs von einem Berner Collegen an meinem ersten recidivirten Fall (l. c. 1884) und mittelst Beobachtung von dem ärztlichen Bezirksverein in Bern, welchem ich in der ersten Januarsitzung 1883 den Versuch an der ersten Patientin mit sofortigem Erfolg vorgezeigt hatte. Da mir seit meiner letzten Publication wieder zwei ausgeprägte Fälle von Aponia spastica begegnet sind, welche mittelst derselben Methode durch eine einzige Sitzung seit drei und einem Jahre ohne eigentliches Recidiv gebessert und geheilt geblieben sind, so glaube ich derartigen Patienten immer noch einen guten Dienst zu leisten, wenn ich meine Therapie nicht in Vergessenheit gerathen lasse, obschon Treupel in seiner oben citirten verdienstvollen Arbeit angiebt, mit einer noch reinern Form der

<sup>1)</sup> Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte No. 7, 1883. — Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 7, 1884 und No. 6, 1890.

<sup>2)</sup> Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. par Gouguenheim (Paris 1888).

<sup>3)</sup> Die Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen. Jena, G. Fischer. 1895.

psychischen Behandlung nach O. Rosenbach in einem Falle ganz raschen und dauernden Erfolg gehabt zu haben.

Der erste der beiden neuen Fälle, ein Fräulein von 35 J., Lehrerin, gleich in ihrem psychischen Verhalten genau der zuletzt aufgeführten Patientin Treupel's, bei welchem die psychische Behandlung ohne Erfolg geblieben war. Die schwächliche Dame kam April 1891 in meine Behandlung. Sie sprach mit gepresstem und oft stockendem Flüstern und gab an, schon seit sechs Jahren sehr stimmsschwach, aber erst seit drei Wochen ganz aphon zu sein. Daneben litt sie viel an Kreuzschmerzen und Menstruationsbeschwerden und war schon längere Zeit in gynäcologischer Behandlung gewesen.

Der Kehlkopf zeigt während der Athmung normale Stellung der Stimmbänder. Im Moment der Phonation dagegen werden die membranösen Theile der Stimmbänder fest aneinander gepresst, so dass sie an freier Schwingung verhindert sind und nur leise gepresste Flüstersprache hervorbringen. Der cartilaginöse Theil der Stimmbänder ist nur im vordersten Abschnitt sichtbar und weicht daselbst nicht auseinander. Strengt sich die Patientin zur Phonation stärker an, so springen auch die Taschenbänder vor und schliessen dicht zusammen, so dass man von den Stimmbändern nichts mehr erblickt. Das Bild war also typisch für Aponia spastica und der Fall wich nur durch die langsame Entstehung von den gewöhnlichen Fällen dieser Art ab.

Die Behandlung wurde, theils wegen der Sensibilität und der störrischen Art der Patientin, theils auch experimenti causa, mittelst äusserlicher Faradisation in zwei Sitzungen eingeleitet, daneben musste die Lehrerin Athmungsübungen und damit verbundenes Lautlesen ausführen. Als hiermit kein Erfolg zu bemerken war, wurde in zwei Sitzungen die intralaryngeale Faradisation angewendet und die Lesegymnastik fortgesetzt. Erst nach achttägiger erfolgloser Behandlung kam der Ovarialdruck zur Anwendung. In der Voraussetzung, dass diese Manipulation bei der altjüngferlich zugespitzten Patientin keine leichte sein dürfte, bestimmte ich den Abend zu deren Vornahme, und zwar in ihrer eigenen Behausung bei ihren Eltern. Ich hatte richtig vorausgesetzt. Schon bei dem ersten sanften Versuche mit Beibehaltung der innersten Bedeckung stellte sich eine hochgradige Empfindlichkeit der Ovarialgegend heraus. Als ich den Druck ganz allmählig steigerte, bäumte sich die Kranke mit unerwarteter Kraft unter meinen Händen, wurde blauroth im Gesicht und seufzte, ja stöhnte. Während des Druckes wurde sie angeleitet, mit „langen sanften hauchenden Expirationen“ die Vocale zum Tönen zu bringen, wie ich es in meinen früheren Fällen (l. c.) gemacht hatte, aber eine ganze Stunde ohne Erfolg. Erst  $\frac{1}{2}$  Stunde später begannen die einzelnen Vocale zuerst leise, dann allmählig deutlicher zu tönen und am Ende der zweiten Stunde sprach das Fräulein Alles mit lauter, wenn auch nicht kräftiger Stimme nach. Dieselbe blieb in den nächstfolgenden Tagen, wo ich Pat. noch sah, in gleicher Weise erhalten. März 1892 vernahm ich — also 11 Monate später — durch mündliche Mittheilung derselben, dass die Stimme bis dahin, mit Ausnahme einer halbtägigen Unterbrechung, gleich geblieben und zum Lehramt brauchbar gewesen sei. Laut schriftlichem Bericht vom Juli 1895 war Pat. seit März 1892 „noch oft heiser“, jedoch ist die Stimme „wiedergekommen“, oft „nur

langsam“; „gegenwärtig kann ich in der Schule ordentlich sprechen, nur das Singen habe ich schwer“. Stattgehabte Unterbrechung der Schule wegen Stimmverlust giebt sie in ihrem Brief nirgends an, jedoch hat sie sonst oft Influenza und nervöse Schwächezustände, auch Anginen etc. durchgemacht. Die gynäcologische Diagnose lautete auf Retroflexio uteri. 1892 war sie auf der gynäcologischen Klinik castrirt worden. Einen anhaltenden Spasmus phonicus hat sie seit der Behandlung mittelst systematischen Ovarialdruckes nicht mehr bekommen.

Die Behandlung dieses Falles wurde so umständlich mitgetheilt, um zu zeigen, wie hartnäckig man seine Patienten in der Hand behalten muss und wie wenig man die Hoffnung nach einem zweistündigen Misslingen aufgeben darf. Auf diesen Punkt werde ich aber erst dann näher eingehen, nachdem ich die folgende fünfte und letzte meiner spastischen Aphonien mitgetheilt habe und zur Besprechung sämtlicher fünf Fälle gekommen sein werde.

Der letzte einschlägige Fall war eine Frau von 34 Jahren, welche niemals schwere Krankheiten durchgemacht, noch jemals an merkbarer Nervosität gelitten hatte. Sie kam am 2. September 1894 in meine Behandlung, und zwar in meiner kurärztlichen Sommerstation, den Schwefelbädern an der Lenk im Obersimmenthal, wo sie sich auf Geheiss ihres Hausarztes als Patientin mit chronischem Kehlkopfcatarrh vorstellte. Sie war vor 6 Wochen plötzlich ohne sichtliche Ursache um ihre Stimme gekommen und seither stimmlos geblieben. Sie hatte die charakteristische gepresste Stimme und gab auch bei den reflectorischen Kehlkopfacten, wie Husten, Lachen etc., keinen Laut von sich. Das Gefühl von Würgen war bei den Sprechversuchen sehr ausgesprochen. Der Kehlkopf zeigte das gewöhnliche Bild. Die Stimmbänder waren bei der Phonation eng zusammengepresst und liessen nur die knorplige Stimmritze offen. Die Schleimhäute zeigten sich leicht injicirt. Das Aussehen der Frau, sowie ihr Allgemeinbefinden war gut und trotz der Geburt von fünf Kindern sah sie für ihr Alter eher zu jung aus.

Für die ersten zwei Tage wurden der Patientin wegen der ermüdenden Reise Ruhe, ferner Athmungsübungen, sowie warmes Schwefelbad und Inhalationen der Schwefelquelle (24 Ccm. H<sup>2</sup> 5 auf 1 Ltr.) verordnet, ohne jeglichen Erfolg. Erst am dritten Tage wandte ich Abends den Ovarialdruck an, und zwar links. Derselbe war viel empfindlicher, als rechts. Nach  $5\frac{1}{4}$  Stunden bekamen zum ersten Mal die bei tiefen Respirationen ausgehauchten Vocale etwas Klang, und als Pat. einige Worte ohne Mithilfe des Druckes laut, wenn auch mit Mühe, aussprechen konnte, verliess ich sie mit der bestimmten Zusicherung, dass sie morgen früh wieder ganz ohne Hinderniss werde laut sprechen können, wie früher. Dem war auch so. Am andern Tage war der Ton der Stimme kräftig, das Würgegefühl verschwunden und blieb die folgenden neun Tage, bis die Frau abreiste, vollkommen gut. Laut neulich eingezogenem brieflichen Bericht hatte sie „seit dem Herbst 1894 ihre Stimme nie wieder verloren“ und „konnte die Frau B. gar keine Aenderung in der Sprache aufweisen“.

In der folgenden Besprechung meiner neuen und der früheren Beobachtungen über Aponia spastica soll das therapeutische Moment hauptsächlich und fast einzig besprochen werden. Die Krankheit ist jetzt

wohl allgemein anerkannter Maassen als eine Coordinationsstörung der phonischen Stimmbandfunction auf hysterischer Basis zu definiren. Des Näheren sind diejenigen Fälle zu unterscheiden, in welchen nur die dem Willen unterstellte phonetische Thätigkeit gestört ist, von denjenigen, wo auch die reflectorischen Stimmfunctionen, wie Husten, unwillkürliches Lachen, Schreien, tonlos verlaufen. Diese Unterschiede sind auch bei der paretischen Form der hysterischen Aphonie gang und gebe. Bei den einen würde man sich die Hemmung in den corticalen Centren allein, bei den anderen zugleich auch im bulbären Gebiet vorstellen.

Bevor die therapeutische Betrachtung zur Sprache kommen wird, soll noch eine nicht unwichtige Frage erörtert werden, in welcher Verf. mit maassgebenden Autoren nicht einig ist. Sie betrifft die Ansicht, dass die Aponia spastica wesentlich oder in der Regel eine Beschäftigungsneurose sei, eine Ansicht, welche die frühesten Schriftsteller über die Krankheit, wie M. Mackenzie und Schech, seither u. A. P. Koch (l. c.), Ersterer mit einem Belege von 11 Fällen (1868 — 1882), ausgesprochen haben.

Es kommt natürlich auch hier wie bei allen Meinungsverschiedenheiten zunächst auf die Definition der Begriffe an, hier desjenigen der Beschäftigungsneurose. Es kann nun das Wort Beschäftigung eine Berufsbeschäftigung bedeuten, wie denn auch die Franzosen „nevrose de vocation“ oder „de métier“ sagen. Man kann aber auch darunter das verstehen, was das deutsche Wort eigentlich allein besagt, gelegentliches oder habituelles, aber ungezwungenes Arbeiten in irgend einer Sache. Aus dem einen entstände eine Berufsneurose, aus dem anderen eine blos functionelle Neurose, welch' letzterer Begriff der weitere, den ersteren einschliessende ist. Die beiden Arten von Neurosen sind durch ein psychisches Moment wesentlich verschieden, d. h. die Berufsneurose von der blossen Beschäftigungsneurose durch den von aussen kommenden Zwang, welcher den Menschen zwingt, das Organ anzustrengen, auch wenn er sich und das Organ ermüdet fühlt. Dieses psychische Moment muss ceteris paribus die Berufsneurose vertiefen gegenüber einer blos durch äusserlich freiwillige Ueberanstrengung entstandenen functionellen Neurose, und deshalb vielleicht haben die eigentlichen Berufsneurösen eine so schlechte Prognosis; bezüglich des Stimmorgans scheint mir aus der Literatur auch die eigentliche berufliche Form der spastischen Aphonie eine viel schlechtere Aussicht auf Heilung zu bieten. Denn ein älterer Autor, Morel Mackenzie (*Diseases of throat*, London 1880) und ein neuerer, P. Koch (*Le spasme phonique de la glotte*, *Annales de Laryngologie etc.*, de Gougenheim, Paris 1888), welche hauptsächlich aus Berufsthätigkeit entstandene Fälle zu behandeln hatten, erklären die Aponia spastica für unheilbar. M. M. zählt zehn Pfarrherren und einen Advokaten auf, welche gänzlich ungeheilt blieben. Dieser imposanten Zahl gegenüber stehen aber die viel zahlreicheren Fälle, namentlich weiblichen, mitunter auch männlichen Geschlechts, wo keine Spur beruflicher Veranlassung aufzuweisen ist. Zu diesen gehören vorwiegend Dienstmädchen, Kellnerinnen, verheirathete Frauen, auch bisweilen Soldaten, Handwerker, welche in anderer Weise als mit vielem Reden geplagte Leute sind. Bei diesen tritt es nun meistens klar zu Tage, dass das Uebel auf einer anderen Basis als der Berufsthätigkeit fusst,

und zwar der Hysterie, welche auch bei Männern nicht ganz selten ist. Das Analogon haben wir bei der viel häufigeren paretischen Form der hysterischen Aphonie, deren hysterische Natur allgemein anerkannt ist. Gelegenheits-Ursachen, Anlässe, wie Schreck, anhaltende Beängstigungen, können auch die spastische Form befördern, namentlich bei niedrig gestellten Personen. Hierher gehören wahrscheinlich die meisten Fälle aus der Klinik von Jurasz, von Treupel erörtert (l. c.) und in eminentem Maasse meine eigenen fünf Fälle. Treupel sucht auch bei einem jungen Soldaten, der durch eine Cocainpinselung stets rasch, aber nur vorübergehend geheilt wurde, die Hysterie als wahrscheinliche Ursache des Uebels zu erklären. Zwar geräth man leicht in den Fehler, Hysterie etwas zu schnell anzunehmen, ebenso wie Nervosität, da, wo organische Erklärung im Stiche lässt. Auf organischer Grundlage, hysterische Disposition vorausgesetzt, suchte ich bei einigen Patientinnen mit weichen hyperplastischen Strumen (l. c.) die Symptome ihres Glottiskrampfes durch Druck desselben auf den Recurrens zu erklären, indem diese während anstrengender Sprachversuche anschwell.

Manchmal sichert da, wo nicht zahlreiche Stigmata der Hysterie bei der Patientin oder deren Familie nachzuweisen sind, die Art der erfolgreichen Behandlung die Diagnose auf Hysterie. Die Behandlung der Aponia spastica ward, wie wir gesehen haben, bis vor nicht langer Zeit als ein fruchtloses Unternehmen angesehen, und in halbem Sinne nicht mit Unrecht. Aber eine Verallgemeinerung dieser negativen Anschauung könnte in der Aertzewelt einen Irrthum festgründen, welcher practisch in gleicher Weise schädlich wirken müsste, wie die eben bekämpfte Ansicht, dass die Aponia spastica in der Regel eine Berufsneurose sei. Durch diese beiden Anschauungen wird die Prognose der Mehrzahl der Fälle von Aponia spastica von vornherein fälschlich so getrübt, dass für viele Patienten daraus Schaden erwachsen könnte. Die irrige Anschauung von der Unheilbarkeit der Aponia spastica muss daher ernstlich bekämpft werden, was auch der einzige Zweck dieses Aufsatzes ist, und die Therapie muss näher besprochen werden.

Die Behandlungsmethoden der Aponia spastica könnten in drei Kategorien, in physische, in psychische und in psychophysische eingetheilt werden, nur dass bei einem Theil der einschlägigen Fälle der physische Eingriff schon psychisch wirken kann, nämlich bei den hysterischen Patienten, wodurch der Werth der Eintheilung sehr precär wird. Unter die physische Behandlungsweise wäre zu rechnen die Electricität, das Cocain, die antispasmodischen Mittel u. s. w.; als psychophysische die Compression der Ovarialgegend mit Athmungen (Verf) und die systematischen Athmungsübungen allein; zu der rein psychischen Behandlung würde die psychiatrische Behandlung der Hysterie selbst und in zweiter Linie die Suggestion gehören. Soviel ich in der mir zugänglichen Literatur finden kann, haben die physicalischen und medicamentösen Mittel ganz selten dauernden oder auch nur vorübergehenden Erfolg zu verzeichnen.

Mit dem constanten Strom haben Schnitzler und Fritsche je eine dauernde Heilung erzielt. Ich konnte mit demselben bei meinen beiden ersten Fällen die Stimme erzeugen und dieselbe erhalten, so lange der Strom wirkte. Andere physicalische Methoden, Faradisation, Hydrotherapie bewirkten nie etwas. Von Medicamenten haben einmal Ein-

blasungen von Jodkalium mit Morphium, abwechselnd mit solchen von Plumb. acet. (Fritsche), Heilung zur Folge gehabt. Von Jurasz, Krause und Michael wurden Cocainpinselungen des Kehlkopfes je in einem Fall mit Erfolg angewandt, aber nur ein Mal gelang vollständige Herstellung. Es steht also mit den physicalischen und arzneilichen Mitteln sehr schlecht. Viel wirksamer und dem Character der Krankheit angepasster sind die neueren Methoden, welche oben als die psychophysischen bezeichnet worden sind, weil bei ihnen physische Uebungen und Eingriffe unerlässlich sind oder wenigstens den Erfolg in hohem Maasse fördern. Ueber die rein psychischen Behandlungen ohne jede physische Beeinflussung, wie die Suggestion im wachen oder im hypnotischen Zustande, habe ich weder aus eigenen, noch aus fremden Beobachtungen ein Urtheil gewinnen können. Mit der hypnotisirenden Suggestion verfehlte ich im ersten Fall (l. c.) meinen Zweck gänzlich und habe deshalb dieselbe nicht mehr consequent versucht.

Die psychophysischen, erprobten Methoden haben zwei Formen: Form I die Combination von systematischen Vocalisir- und Athmungsübungen, wohin auch die „suggestive Tonmethode“ gehört; Form II die Ovarialcompression, welche von vornherein ebenfalls mit Athmungs- und Phonationsübungen verbunden war (Jonquière, l. c.). Schech, O. Rosenbach, und früher schon M. Mackenzie, haben die erstere Form für hysterische Aphonien überhaupt eingeführt und auch speciell für die spastische Aphonie empfohlen, aber mit geringem Erfolge, und nur Treupel citirt neuestens zwei Fälle, einen von Rosenbach und einen eigenen, wo eine wirkliche spastische Aphonie nach anderen vergeblichen Versuchen einfach durch methodische Athmungs- und Phonationsübungen geheilt wurde.

So ausserordentlich ich nun mit dieser höchst rationellen und einfachen Behandlungsart Form I einverstanden bin und dieselbe allen anderen vorzuziehen geneigt wäre, weil sie auch die delicateste und, was vor Allem wichtig ist, zugleich für beide Geschlechter anwendbar ist, so muss ich doch die andere, psychophysische Behandlungsform II mit dem Ovarialdruck wiederum mit Nachdruck hervorheben. Sie ist eine rasch, durchschnittlich jedenfalls viel rascher und ebenso anhaltend wirkende Methode wie Form I und dient, wenn auch nur einem, so doch dem viel häufiger von der Krankheit befallenen Geschlechte. Sie ist bis jetzt also in meinen fünf typischen Fällen von Aponia spastica weiblicher Individuen zwischen 17 und 35 Jahren mit practisch genügendem und dauerhaftem Erfolge angewandt worden.

Etwas weniger glänzend, als bei den vier übrigen schiene derselbe allerdings bei dem hier ausführlich beschriebenen Falle der 35jährigen Lehrerin (Fall IV). — Aber diese Dame ist überhaupt höchst schwächlich und nervös, musste, wie oben gesagt worden ist, castrirt und sonst lange gynäcologisch behandelt worden und leidet auch an häufigen catarrhalischen Erkrankungen des Rachens und Kehlkopfes, ein eigentlicher phonischer Stimmritzenkrampf ist jedoch bei ihr nie wieder aufgetreten und ihre kurzen Störungen in der Stimme verloren sich seither immer von selbst. Die anderen vier Fälle gaben seit ihrer ersten Behandlung ganz erfreuliche Nachrichten. Fall I hatte drei Monate nach der Heilung ein Recidiv von Spasmus, wurde aber von einem Collegen mittelst Ovarialdruckes

sofort davon befreit und blieb später ganz frei. Ihre Nachrichten schlossen den Zeitraum von einem Jahre nach der ersten Heilung in sich. Vom zweiten Fall hatte ich nur ein halbes Jahr später die indirecte Kenntniss, dass die Stimme seit der ersten Behandlung, während welcher ich es blos zu mehrtägiger Herstellung der Stimme mittelst Ovarialdruck gebracht hatte, durch wiederholte Erneuerung dieser Behandlung von der Patientin an sich selbst allmählig immer auf längere Dauer von mehreren Wochen sich erwecken und festhalten liess. Dass später die Pat., welche im selben Landesbezirke zu Hause war, sich nie mehr bei mir zeigte, lässt es für wahrscheinlich halten, dass sich das Uebel späterhin nicht verschlimmerte, sondern noch mehr besserte. Fall III blieb nach späteren wiederholten mündlichen Mittheilungen aus den drei folgenden Jahren seit der ersten Behandlung von 1890 ohne Recidiv vollständig geheilt. Ueber den relativ gut befriedigenden Erfolg beim Fall IV, der schwächlichen Lehrerin, wurde soeben schon berichtet, und endlich Fall V blieb, wie wir oben genau mitgetheilt haben, seit dem Herbste des Jahres 1894 nach der einzigen zweistündigen Behandlung vollkommen frei von phonischem Stimmritzenkrampf. Die Heilung war in den ersten beiden Fällen nur langsam, durch mehrwöchentliche Wiederholungen der Uebungen zu Stande gekommen; im zweiten Falle in der oben beschriebenen modificirten Weise.

Die übrigen drei Patientinnen lieferten den günstigen und dauernden Erfolg sofort in der ersten Sitzung. Von den fünf mit Ovarialdruck behandelten Fällen von Aponia spastica hysterica sind also vier vollständig und nur einer vielleicht nicht ganz vollständig geheilt worden.

Die Uebung geht auf folgende Weise vor sich: Nachdem die geballte Hand auf einer oder beiden Seiten in der Ovarialgegend sanft, aber mit Nachdruck in das Hypogastrium eingesenkt worden ist, lässt man langsame Inspirationen machen, welche von hauchenden Ausathmungen gefolgt sein müssen.

Man macht dabei den Patienten deutlich vor, wie der Hauch allmählig in einen leisen, hauchenden Ton mit dem Character eines Vocals, zuerst a, übergehen muss. Um den Ansatz der Stimme deutlicher zum Bewusstsein zu bringen, lässt man dazwischen ein weiches „ha“ hauchen. Sobald dabei der geringste Ton erscheint, was gewöhnlich nicht länger als  $\frac{1}{4}$  Stunde auf sich warten lässt, um dann oft wieder auf längere Zeit ganz zu verschwinden, so geht man auf andere Vocale über, bis Pat. mit etwas Leichtigkeit „ha“, „he“, „hi“, „ho“, „hu“ mehr oder weniger laut ausspricht. Kann derselbe somit den Ansatz der Stimme einigermaassen sicher treffen, so ist er nach kurzer Zeit im Stande, Alles laut zu sprechen. Werden aber schliesslich auch nur wenige Worte ohne Abdominaldruck vernehmbar gesprochen, so kann man, wie wir bei Fall fünf — Fall zwei dieser Arbeit — gesehen haben, den Patienten mit der Versicherung sich selbst überlassen, dass er nun ganz gut laut sprechen könne und man wird ihn wahrscheinlich mit vollkommener Sprachstimme wiederfinden. Die ganze Execution ist also eine einfache Athmungs- und Phonationsübung unter anhaltendem Druck auf einen oder beide Eierstöcke, mit einiger Geduld und Energie durchgeführt. Eine schädliche oder unangenehme Wirkung des Druckes war, abgesehen von grösserer Schmerzhaftigkeit in einem Fall, welche den



**Druck nicht überdauerte, nie zu bemerken.** Auf den Gedanken an diese Therapie kommt man auf ganz natürliche Weise, weil die Hysterie vielfach eine ovarielle ist und äusserlicher Druck neurotische Erregungen bekanntlich häufig stillt. So bringt der Druck auf die Ovarien auch die hysterio-epileptischen Anfälle mit arc de cercle und Locomotivbewegungen sofort zum Stillstand, wie es in roherer Form in den grossen hysterio-epileptischen Epidemien des St. Veit und St. Médard geschah, wo man dem Besessenen auf dem Bauch herum trommelte und tanzte. Sowie übrigens die Aufhebung der hysterio-epileptischen Anfälle in jenen krampfhaft religiösen Epidemien durch äusserliche Bearbeitung des Bauches bei Weiblein und Männlein ohne Unterschied versucht und wohl oft herbeigeführt wurde, wie man aus einer trefflichen Darstellung solcher Scenen durch den berühmten niederländischen Maler Breughel — auch Höllenbreughel genannt — ersehen kann, so ist es fraglich ob nicht ein systematisches Drücken auf die Abdominalgebilde auch bei Männern den phonischen Stimmritzenkrampf beseitigen könnte. Denn wir wissen nicht genau, welcher Art bei den weiblichen Individuen in diesen Fällen die physiologische Wirkung des hypogastrischen Drucks sei, ob der Druck des Ovariums das Wesentliche sei, ob nicht der Druck auf andere Gebilde im Hypogastrium, namentlich auf die vielen Nervengeflechte des Sympathicus und der Lumbalnerven, die Wirkung reflectorisch vermittele, das ist schwer zu bestimmen. Ich würde jedenfalls, sollte, was mir leider noch nicht zu Theil wurde, ein Fall von Aponia spastica beim Manne in meine Hände gerathen, zunächst die derjenigen beim Weibe homologe Behandlung versuchen, Was die Suggestion dabei thut, wird sich auch schwerlich abwägen lassen. Als ich in meinen ersten Fällen die verschiedensten Druckpunkte auch ausserhalb des Abdomens, z. B. am Kopf, im Nacken, an der Wirbelsäule etc. aufsuchte, bewirkten sie alle gar nichts, dagegen wohl mitunter an einigen Stellen im Hypochondrium, jedoch weniger intensiv und kürzer anhaltend. Auch mit den Olliver'schen Druckpunktversuchen, welche bei den paretischen Stimmstörungen Hysterischer Erfolg zeigten, hat daher der sog. Ovarialdruck wahrscheinlich wenig oder nichts gemein.

Fassen wir die Hauptpunkte dieser Arbeit zusammen, so haben wir also vielleicht zwei Arten der functionellen Neurose, welche „Spasmus glottidis phonicus“ genannt wird, zu verzeichnen, eine hysterische und eine berufliche. Die hysterische Form hat sich in einigen Fällen als heilbar bewiesen bei Frauen, ja selbst bei einem Manne, durch eine psychophysische Behandlung mittelst Athmungsgymnastik und Phonationsübungen. Diese Form der Krankheit ist aber durchweg prompter und dauerhaft heilbar bei Frauen durch systematisch durchgeführte Verbindung von Druck auf die seitlichen Theile der untern Bauchgegend — sog. Ovarialdruck — mit gleichzeitigen Athmungs- und Phonationsversuchen. Diese Methode ist bei männlichen Individuen noch nicht versucht worden, dürfte jedoch vielleicht auch bei diesen, und zwar sowohl in Fällen von beruflicher, als von hysterischer Ursächlichkeit, mit Erfolg angewendet werden. Sollte meine abdominale Druckbehandlung künftighin bei allen Fällen von Aponia spastica, welche Causalität sie auch besitzen mögen, einem gründlichen Versuche unterworfen werden, sobald das Uebel durch die einfache Athmungs- und Phonationsgymnastik

nicht sofort innerhalb 1 oder 2 Tagen beseitigt werden kann, so wäre der Zweck dieses Aufsatzes erreicht und gewiss dem grössern Theil der an Aponhia spastica leidenden Menschen, ja vielleicht allen solchen, ein wichtiger Dienst geleistet.

## Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Literarische Studie und casuistische Mittheilungen

von

Dr. Hugo Berggat, München.

(Schluss zu No. 11.)

Die ersten Symptome betrafen in 21 von 28 Fällen die Phonation. Meist geht die Stimme ganz allmählig und gleichmässig, so dass der Patient manchmal erst beim Singen oder durch andere Personen auf die Veränderung aufmerksam gemacht wird, ihrem Verfall entgegen, wird tiefer, verschleierter, heiserer; oder sie erlischt, gelegentlich einer Erkältung, plötzlich und erholt sich nicht wieder; oder endlich in seltenen Fällen, die Stimme erholt sich noch für kurze Zeiten, was entweder durch das Schwanken von catarrhalischen Fluxionen oder eine vorübergehende Erstarkung der Kehlkopfmuskeln oder endlich eine vorübergehende günstige Modellirung des Stimmbandes zu erklären ist. In Fauvel's Fall 211 war erst nach 5 Jahren die Stimme völlig erstorben; Foulis und Mackenzie sprechen von 7 und 23 Jahren mässiger Affectio, was jedenfalls der Richtigstellung bedarf; Burow, Scheeh, Scheinmann und Türck dagegen berichten von einem ganz raschen progressiven Stimmverluste. Im Falle Gottstein war die mangelhafte Stimmbildung wohl congenital.

Die initialen Schluckschmerzen im Falle Mackenzie 4 (und vielleicht Burow II) erklären sich daraus, dass die Epiglottis eine ungewohnte Abbiegung während des Schluckactes zu erleiden hatte, nachdem ihr unterer Theil die Beweglichkeit verloren hatte. Schmerzen in den Fällen Newman, Cohn und Hahn haben einen ungünstigen raschen Verlauf eingeleitet; im Falle Hahn traten die Schmerzen ganz plötzlich auf.

Durch initiale Dyspnoe ist der Fall Browne 3 ausgezeichnet; da dieser der einzige ist, der auch im späteren Verlauf ein, wenn ich mich so ausdrücken darf, capriciöses Verhalten der Kehlkopfmuskeln aufweist, so darf diese Dyspnoe als nervös spastische angesehen werden.

Fremdkörpergefühl, bei Sitz der Geschwulst hoch oben an der Seitenwand des Larynxeinganges, war die erste und einzige Beschwerde des Patienten Sidlo's.

Auch unter den späteren Symptomen treten jene von Seite der Phonation in den Vordergrund. Nur im Falle Fauvel 214, Browne 3, (Sarcom des Sinus pyriformis mit hängenden Geschwülsten in Kehlkopf und Trachea) und Elsberg (mir unbekannter Sitz) ist ihr Fehlen ausdrücklich betont. — Die Störung der Phonation macht übrigens kaum in einem der Fälle den Eindruck, als stünde sie ausser Verhältniss zur

directen mechanischen Behinderung bzw. zur nebeneinhergehenden Entzündung, was zum Unterschiede von anderen bösartigen Geschwülsten betont werden muss; nur der Fall Browne 3 macht eine Ausnahme.

Schleimbelag ohne Ulceration erwähnen Fauvel 214 (Sarcom des Ventrikels) und Semon (Letzterer betont das Freisein der Lunge), neben Ulceration Jurasz; es ist möglich, dass manche Beobachter den Schleimbelag nicht für wesentlich genug hielten, um ihn besonders zu erwähnen.

Umgekehrt war in anderen Fällen Trockenheit des Halses vorhanden (Foulis, v. Bergmann).

Erstickungsanfälle, besonders nächtliche, sind von Laroyenne (periodisch alle 8—14 Tage), Fauvel 137, Jurasz erwähnt, in den beiden ersten Fällen waren gestielte Tumoren in der Interarygegend resp. am Stimmbandrande, in dem letzteren Ulceration und Schleimbelag vorhanden.

Blutungen aus dem Halse sind von Laroyenne und Fauvel 190 bei Frauen bemerkt worden; beide Male handelte es sich um gestielte Polypen am Stimmbandrande. Das ebenfalls gestielte Sarcom Schech I zeigte Anfangs Sugillationen und im 2. Recidive kleine freie Blutergüsse.

Fremdkörpergefühl erwähnt nur Fauvel 190; die Geschwulst sass ebenso wie jene Sidlo's nahe an der frontalen Mittellinie des Kehlkopfes.

Dysphagie war seltener die Folge von Schmerzen als von Behinderung der Senkung des Kehldeckels. Bemerkenswerth ist die Geringfügigkeit der Schluckschmerzen bei der bedeutenden Affection des Sinus pyriformis in Cohn's Fall.

Abmagerung ist bei Schech I und Fauvel 80 frühzeitig beobachtet worden. Sie ist jedenfalls bei Sarcom kein Symptom per se. Der Patient Jurasz' hat nach Erlangung freierer Athmung um 20 Pfund zugenommen, was Jurasz Anlass zur vorläufigen Diagnose von Sarcom, im Ausschlusse von Carcinom, gab.

Schmerzen sind nicht häufig; sie können beim Schlucken oder auf Druck oder als irradiirte vorkommen. Eigenthümlich sind die von Fauvel und Mackenzie gemeldeten Belästigungen des Patienten durch „Beissen im Halse wie von Pfeffer“ oder durch „picking pain“. Jede Art von Schmerzen trübt die Prognose, Mackenzie allein konnte von Heilung berichten.

Die ausstrahlenden Schmerzen zogen in Newman's Fall Anfangs nur nach den Ohren, einige Wochen später aber nach dem ganzen Gesichte. Es fanden sich die irradiirten Schmerzen niemals bei Ulcerationen, aber jedesmal hatte die Geschwulst entweder von vorneherein ihren Sitz ausserhalb der Kehlkopfhöhle (Browne 10) oder war nach vornehin durchgebrochen oder durchgetreten unter Läsion des Knorpels (Newman, Hahn); Semon's Patient II, dessen Knorpel nicht lädirt waren, ist bei sonst gleichartiger Erkrankung wie in Newman's Falle von den Schmerzen verschont geblieben. — Schmerzen bei Druck mit Auftreibung des Kehlkopfes kamen nur bei Rund- und Alveolarsarcomen vor.

Nervös angeregte Secretionen, nach Ueberschreitung des knorpeligen Gehäuses, haben sich gezeigt im Falle Hahn (profuser Speichel) und vielleicht im Falle Semon (profuser Schleimauswurf bei intacter Lunge).

Ueber die Ulceration ist bereits oben gesprochen.

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Ia. Broad-	keine.				erstickt.
Rauch-	Laryngotomie.		Recidiv etwa nach 1 J. bericht.	4 J. bis zum Tode.	s. Recidiv, (die Frau befindet sich wohl und trägt die Canüle). Heilung.
Schrötter	endolar. stückweise mit der Quetschzange, darnach Arg. nitr.			anscheinend 2 J. bis zur Operation.	Heilung.
Türck	endolar, Fenstermesser; Arg. nitr.			anscheinend 1½ Monate bis zur Operation.	Heilung.
Oliver	endolar, nur Caustica.	Behandlung dauerte 1½ J.			Heilung.
v. Balassa	Lapis, kurzdauernd. Besserung. Thyrotomie u. stückweise Entfernung mit der Scheere. 10 Mon. später neue Thyrotom.		Recidiv (v. Bruns' Auffassung) n. 6 Wochen.	2½ J. bis zur Behandlung.	n. 4 Mon.: Heilung. Stimme u. Athmung gut.
Navratil	endolar, zweiseid. Polypenmesser; darnach Galvano-caustik.				etwan. 1 J.: Heilung, Stimmbänder bleiben verdicke und uneben
Gottstein	endolar, Bruns'sche Schneid-schlinge.			anscheinend 7 J. bis zur Oper.	Heilung nach 13 J.; Stimme norm. (1888).
Planchon	Laryngotomie, darnach Caute-risationen. 8½ Mon. später neue Thyro-tomie, Abtragung mit der Scheere.	es bleibt nach 6 Woch. noch ein erbsengross. Gran. d. Trach.	Recidiv.	anscheinend 2 J. bis zur Oper.	nach 4 Mon.: Heilung mit guter Stimme.

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Ruppaner	endolar. durch v. Bruns mit Fenstermesser. Thyrotomie und Ferr. candens.		Recidive.	angebl. 1 Mon. bis zur Oper.	nach 2 Mon.: Recidiv im Umfange der Trachealfistel. Heilung.
Sidlo	endolar, Fenstermesser, nachträgliche Aetzung der Basis.	Abbrechen der Canüle.			nach 7 $\frac{1}{2}$ Mon.: Heilung; heisere Stimme durch einen Narbenstrang ermöglicht.
Buck	Thyrotomie mit Durchtrennung der Lig. hyo- und cricothyrr.; Entfernung des r. Stimmband. u. Aryknorpels; Ferr. cand.				
Mackenzie					
1. Nummer	endol., Galvanocaustik; Schneidezange.		Recidiv nach 2 Jahren.		bedeut. gebessert; Herstell. der Stimme.
2. Nummer	endol., anterior-posterior forceps.		Recidive.		fortwährende Recidive zu bekämpf.
3. Nummer	endol., common forceps.			vielleicht 2 J. bis zur Oper. (jedenfalls nicht 23 Jahre).	Heilung nach 3 W. mit freier Stimme.
4. Nummer	endol., gedeckter Ecraseur.	wenig Blutung.			vollkommene Entfernung.
Reyher	Laryngofissur.				Heilung mit normaler Stimme.
Blanc	endol., Zange nach Tracheotom. Nachholen des Stiches durch Fournié;	wenig Blutung und Schmerz; geheilt nach 6 Wochen.	Recidiv 5 J. später oper.	Gesamtdauer ca. 7 $\frac{1}{2}$ J. bis zum Tode.	Tod nach 1 $\frac{1}{2}$ J.
	2. Operation endol., Galvanocaustik durch Blanc.		Recid. nach 4 Wochen.		

<b>Laryenne</b>	Thyrotomie, am nächsten Tage Exstirpation der Geschwulst.			1J. bis zur Oper. Veröffentlichung nach 3 1/2 J.: Heilung nach 8 1/2 Monaten, Stimme rau bei normal-aussehenden Stimmbändern.
<b>Fauvel</b>	endol., Arrachement partiel, wegen starken Blutverlustes Tracheot., dann Fortsetzung des Arrachement.	starke Blutung.		3J. bis zur Oper. Ausbleiben des Patienten nach Besserung.
<b>Fall 80</b>	endol., Arrachement, Aetzung mit Chromsäure. Vorschlag der Radicaloperat.	Heilung binnen 5 Wochen bis auf Röthung d. Stimmbänd.	Recidiv nach 2 1/2 J.	1 1/2 J. bis zur Oper. ausgeblieben.
<b>Fall 137</b>	endol., Zange.	wenig Blutung.	Recidiv nach 5 1/2 Jahren kleiner als das 1. Mal.	4J. bis zur Oper. ausgeblieben.
<b>Fall 190</b>	Recidiv: Arrachement. endol., Arrachement, Betupf. der Wundfläche mit absolut. Alcohol.	reichl. Blutung.		3 1/2 J. bis zur Oper. nach Jahren die Heilung bestätigt.
<b>Fall 211</b>	endol., nach Verweigerung der Tracheotomie.	wenig Blutung, kein Schmerz; Verkleinerung auf die Hälfte.		7J. bis zur Oper. ausgeblieben.
<b>Fall 214</b>	endol., 14 maliges Arrachement; Cauterisation unterblieb. Weitere Operationen. Vorschlag der Tracheotomie.	wenig Blutung, kein Schmerz.	kleines Recidiv nach 2 Mon., das in 4. M. rasch wuchs.	etwa 2 J. von schneller Tod unter den erst. Symptomen bis zum Tode; 11 Mon. bis zur 1. Oper.

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Bottini I	Laryngot. im August; endol. Galvanocaustik im October; totale Laryngect. 6. Februar.	nach der Operation. rat. Erysipel.			Heilung u. Arbeitsfähigkeit noch nach 15 Jahren.
Schech I	endol., Drahtschlinge (konnte nicht durchquetschen); galvanocaustische Schlinge zum Theil in Messerform. Galvanocaustik.	bei Messeroper. zu starke Blutung zu erwarten.	kleineres Recidiv nach 1/2 J. mit Recidiv wiedergek. nach 9 Jahr	über 10 J., erste Vorstellg. etwa 3 Mon. nach d. ersten Sympt.	Tod ca. 50 Tage nach der Tracheotomie.
Robinson	endolar., galvanische Schlinge gegen die kleinen Tumoren. Tracheotomie nach 2 Monaten. endol.; Tracheotomie, Versuch der Larynxexcision aufgegeb. wegen Chloroformintoleranz.	Besserung.	es erfolgt ein Fortschritt. a. d. Schildknorpel. Recidiv nach 1 Monat.	bis zur 1. Oper. vielleicht 3 J.; bis zum Tode noch etwa 1 J. 6 Wochen von dem Beginne d. Beschwerd.	Tod bald darauf an Bronchiolitis.
Burow II	endol., Drahtschlinge, Abkratz. und Galvanocaustik; 4 Mon. später endol., Schlinge; 10 Tage später Tracheotomie; 6 Tage später Pharyngotomie subhyoidea mit Abschneiden alles Krankhaften u. Auslöfflung. Thyroicotomie Mai 1876.	gering. Blutung.		nach der 1. Oper.; 2. Oper. 4 1/2 M. nach der 1.	Heilung u. Arbeitsfähigkeit nach 1 1/2 Jahr gemeldet.
Foulis		es blieb eine Fistel in der Höh. d. Membr. cricothy.	Recidiv an der Fistel Sept. 1876.	ca. 2 1/2 Jahre bis zur Laryngectomie.	kein neues Recidiv; Tod nach 18 Mon. an Lungentuberculose.

Erysipel.

Thyrotomie April 1877.

Recidiv Juli,  
gl. Stelle;  
August 2  
Drüsen ge-  
schwollen.

totale Larynxexcision mit  
Schonung der oberen Schild-  
knorpelhörner und der oberen  
Hälfte der Aryknorpel, 10.  
October 1877.

endol., Galvanocaust.; Tracheo-  
tomie; totale Resection des  
Kehlkopfes, des r. Hornes des  
Zungenbeines und von Theilen  
der Speiseröhre.

Gesamt dauer  
etwa 3 Jahre.

Tod 7 Mon. nach der  
Operation an Er-  
schöpfung.

endol.?

Recidiv nach  
8 M., Entart.  
des ganzen  
Stimm-  
bandes.  
sehr schnelle  
Recidive.

Tod nach einigen  
Monaten.  
kein weiteres Re-  
cidiv nach 3 Jahren;  
Stimme schwach,  
flüsternd.

endol.

Thyrotomie und Exstirpation  
des einen Stimmbandes;  
halbseitige Exstirpation des  
Kehlkopfes.

Totalexstirpation von Kehlkopf  
und Thyreidea.  
endol., galvan. Schlinge.  
totale Laryngectomie.

etwa 1 1/2 J. bis  
zur Operation.

Tod 2 Tage später  
an sept. Pneumonie.  
Heilung.  
nach 2 Monaten als  
geheilt vorgestellt.  
Tod nach 3 T. an  
Pneumonie.

Lange

Ganghofner

Küster

Rzehazek

Coupard  
v. Bergmann

Bottini II

Exstirpation des oberen Kehl-  
kopfes, ohne Ringknorpel.



	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Labée	totale Exstirpation (verschieden referirt, ob mit Epiglottis; diese blieb geschont).				Tod nach 27 Monat. an Pneumonie ohne Recidiv.
Hahn	totale Exstirpation, zugleich mit den umliegenden Weichtheilen.		Recidiv; Durchbr. durch die Trachea n. aussen. Recidiv.		Tod einige Monate später mit Recidiv.
Gerster	halbseitige Exstirpation.				Tod 2 1/2 J. nach der Oper. an Recidiv (versch. Referate).
Newman I Agnew, Hayes	keine Operation. totale Exstirpation, nebst 6 Ctm. Oesophagus.				Tod an Erschöpfung. Tod 4 Tage später an Athemschwäche.
Jurist Gleitsmann	Verweigerung d. Tracheotomie. Exstirpation der Lymphdrüsen, später halbseitige Exstirpation. ohne Operation.				Erstickung. nach 2 J. vollkomm. gesund.
Semon II				Verlauf in nicht ganz 1 Jahre.	Tod nach 2 Tagen.
Cacciopoli	Totalexstirpat., zugleich Wegnahme von 6 Ringen der Lufr.		(war bereits Recidiv).		Tod unter Convulsionen nach 43 Tag.
Ceccherelli			(war bereits Recidiv).		Tod an Pneumonie nach der Operat. Heilung.
Albert	Pharyngotomia subhyod.		Recidiv.		Heilung.
Hjort Heiberg	Laryngofissur. Pharyngotomia subhyod.; selbe Operation wiederholt.				

Délie	endol., Fauvel's Zange, Galvanocauter;	leichte Blutung	Recidiv nach 10 Monaten vorgestellt.	Tod durch Influenza.
Bessel-Hagen	Pyoktanin, Tracheotomie.	rascher Verlauf.		
Jurasz	Laryngofissur, Cauterisation, Drüsenexstirpation. tiefe Tracheotomie; Laryngofissur (die Excision wurde wegen des schlechten Kräftezustandes unterlassen); Galvanocautik.	entschiedene Besserung an der Glottis; 20 Pfd. Gewichtszunahme.	etwa 4 J. Gesamtdauer.	ohne Recidiv nach 1 J.; Sprache rauh und tonlos. Tod an Pneumonie nach einer Periode besonderen Wohlbefindens.
Schnitzler-v. Frisch	Galvanocautik im Kehlkopfe; schneidende Operation in der Luftröhre; Laryngofissur und Auskratzung (laut Notiz im lar. Atlas von Schnitzler).			Heilung seit 4 Jahren.
Tietze	Kehlkopfestirpat., halbseitige; „weitere Operation“.		Recidiv nach 9 Monaten.	Heilung seit 1 Jahr; blühend. Aussehen, relat. sehr gute Phonetion.
Browne, Lennox Fall 3	Incision, weil Absc. vermuthet wurde; Wegnahme e. Stückes der Geschwulst. Tracheotomie 16 Mon. später.		Gesamtdauer mindest. 3 J.	Tod 14 Monate nach Trach. an Asthenie.
Browne, Lennox Fall 8	wheel écraseur, theilweise Entfernung; weitere Operation abgelehnt.			Tod etwa 11 Monate nach der Operation.
Arnaud-Moure			Recidiv nach 4 Monaten.	

	Art der Operationen.	Bemerkungen zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Cohn	Versuch der partiellen Larynx-resection.	bei der Drüsen-exstirp. Vagus und Phrenicus durchtrennt.			Tod nach 4 Stunden.
Scheinmann	endol. in 2 Sitzung; Pyoktanin; Operat. mit Scheinmann's Zange; Pyoktanin.	leichte Heilung.	Recidiv nach 6 Wochen.		Heilung seit 1 1/2 Jahr.
Cohen, Solis II	Exstirpation des ganzen Kehlkopfes und l. Trachealringes; Schonung der Epiglottis.	recht zufriedienst. Verlauf.			
Paul	endol.; Thyrotomie.				kein Recidiv seit 5 1/2 Monaten.
Mackay	Tracheotomie, nach 8 Tag. Entfernung des Kehlkopfes bis zum oberen Rande des Ringknorpels, der Schilddrüse und von Theilen der Speiseröhre.	nach 2 Monaten ziemlich verständig. Sprechröhre.	Recidiv besonders an der Speiseröhre.		Tod nach 1 Jahr an Recidiv.
Birkett	Tracheotomie (die danach statt-habende Geburt ist von deut-lichem Einfluss auf die Verkleinerung der Geschwulst); 5 Wochen später Thyrotomie.	schnelle u. glatte Heilung.			Heilung nach 2 Jahr; klare Stimme.
Szumilo	Tracheotomie; nach 1 Woche Laryngofissur.	guter Verlauf. Herstell. einer Art Stimme.			

Semon III	Thyrotomie; Entfernen des einen Stimmbandes und der Vorderseite des Aryknorpels.		nach 1 $\frac{1}{2}$ J. recidivfrei; vorzügliche Stimme.
Schech II Baurowicz	Kehlkopfexstirpation.	Recidiv.	erstickt.
I. b. a. Heath Gerster	keine Operation mehr möglich. Exstirpat. d. halben Kehlkopfes, der Mandel, des Kehldeckels u. von Theilen des Schlundes.		Tod nach 10 Monaten an Pneumonie, ohne Recidiv.
Lanz	Exstirpation des Schildknorpels winkels nebst der Schilddrüse.		gesund seit 2 Jahren.
Scheier Bruck	Epigl. ausgekratzt u. gebrannt. Entfernung des halben Kehlkopfes u. der Lymphdrüsen bis zur Schädelbasis (Gluck).		Tod 3 Tage später im Coma.
I. c. Fauvel Fall 131 Fall 267 Wagner, Clinton	Arrachement während 2 Mon. Arrachement.		2 Jahre bis zur Heilung. Operation.
Toeplitz	endol., keine volle Entfernung. Nach 5 Monaten Thyrotomie; zwei Mal Laryngofissur.	Recidive.	Tod nach 2 Jahren.
II. a. Schrötter	interl., 4 malige Operation, zuletzt während 2 $\frac{1}{2}$ Monaten Mackenzie'sche Zange. 1867 endol., Erfassen mit der Hackenzange u. nachfolgende Inject. von Eisensesquichlorid; 1870 endol., Hackenpincette und wieder Injection; 1879 Vorschlag der Tracheotomie (Störk).	Recidiv. Recid. 1873.	Symptome seit Heilung seit 4 Jahren. 3 Monaten. Dauer über 21 Jahre. Tod 1888 an Pneumon.

	Art der Operationen.	Bemerkung zur Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
ders. Meyer-Hüni	Pat. ging zu einem anderen Arzte, welcher Eisensesquichlorid-Injection machte. Tracheotomie mit sehr langem Schnitte, Entfernung der Geschwulst mit der Cooper'schen Scheere.	sehr starke Blutung; schwerer Heilverlauf. Geheilt nach 3 1/2 Monaten.		angeboren?	Tod während der Einspritzung an Glottiskrampf. Heilung.
Johnston u. Cotterill	Tracheotomie u. intratracheale Polypenzange.				kein Recidiv nach 5 Monaten.
Bamberger-Billroth	Spaltung der Trachea.				Heilung noch nach 4 J. (laut Schnitzler's Atlas).
Schnitzler v. Frisch (cfr. Kehlkopf)	tiefe Tracheotomie, scharfer Löffel, Cauterisation.				Collaps nach 14 Tagen.
Chiari-Maydl Koch	Tracheotomie. Cricotracheotomie.	mächt. Blutung, weil d. Chirurg die Geschwulst angeschnitten hatte.			Tod am 4. Tage durch Hämorrhagie beim Canülenwechsel.
Il. b. Paul	Tracheotomie.				ohne Aussicht auf Heilung.

Zunächst finden wir 16 endolaryngeale Operationen, wovon 8 zur Heilung geführt haben sollen; viermal ist mindestens 1 Jahr, einmal sind sogar 13 Jahre bis zur Bekanntgabe derselben verflossen. Die Mehrzahl der endolaryngeal geheilten Geschwülste ist mit irgend welchen Cauterisationen behandelt resp. nachbehandelt worden. Angesichts dessen, dass Gottstein's Sarcom mit der längstwährenden Heilung als wahrscheinlich angeborenes ausnehmend günstige Bedingungen zur Heilung geboten haben mochte, ähnlich wie gewisse juvenile Sarcome, und angesichts der späten Recidive Schech I und Blanc, welches letztere gefolgt ist trotz besonders günstiger Bedingungen zur Ausrottung der ursprünglichen Geschwulst, sind die bisherigen Meldungen, besonders jene Fauvel's, noch nicht geeignet, eine endgiltige Heilbarkeit durch die endolaryngeale Operation darzuthun. — Günstigere und durchschnittlich weniger übereilte Nachrichten liegen über den Erfolg der Thyrotomie und der halbseitigen Laryngectomie vor.

Die erstere ist, grossentheils nach erfolgloser endolaryngealer Operation, 15 Mal ausgeführt worden und hat 11—12 Mal zur Heilung geführt, allerdings 2—3 Mal erst nach ihrer Wiederholung; am wenigstens günstig war ihr Erfolg bei subglottischem Sarcome, da auf dieses 4 von den nothwendig gewordenen Nachoperationen treffen. Die einseitige Laryngectomie ist 4mal gemacht worden und war nur 1mal von Recidiv gefolgt, bei durchweg später Veröffentlichung. Todesfälle finden wir bei keiner dieser beiden Operationen erwähnt.

Unbefriedigend bei Sarcom sind bisher die Resultate der vollkommenen rectius doppelseitigen Kehlkopfexstirpation, trotz einer wahrhaft triumphirenden Heilung; ich beschränke mich darauf, die Liste besonders zusammenzustellen und beizufügen, dass Foulis für den Tod seines Pat. eine hereditäre Phthise verantwortlich machen will:

Bottini I:	Heilung und Arbeitsfähigkeit noch nach 15 Jahren;
v. Bergmann:	nach 2 Monaten Vorstellung als geheilt;
Cohen, Solis:	recht befriedigender Verlauf der Heilung;
Robinson	} Unterbrechung der Operation;
Cohn	
Cacciopoli:	Tod nach 43 Tagen;
Hayes:	" " 4 "
Rzehazek:	" " 3 "
Bottini II:	" " 3 "
Labée:	" " 27 Monaten, ohne Recidiv;
Lange:	" " 7 " " "
Foulis:	" " 18 " " "
Hahn:	" " einig. " mit "
Mackay:	" " 1 Jahr " "
Baurowicz:	Recidiv nach kurzer Zeit.

Es ist im Interesse eines ausgiebigen Operirens nicht mehr angängig, dem Kehlkopfsarcome eine Zwischenstellung zwischen den gut- und böartigen Geschwülsten anzuweisen. Wenn ich von der Heilung des Gottstein'schen Sarcomes, für welche vielleicht besonders günstige Bedingungen bestanden, absehe, so ist es noch in keinem Falle von Kehlkopfsarcom durch mehrjährige Beobachtung erwiesen, dass dasselbe sich

dauernd hat heilen lassen durch eine jener Operationen, mit welchen wir bei den Geschwülsten von anerkannter Gutartigkeit so trefflich auszukommen pflegen.

Nirgends ferner sind Beweise zu finden, dass eine wirksame Selbstheilung stattgehabt hat, niemals ist im Kehlkopfe ein Stehenbleiben, sondern fast überall gerade im Gegensatze zu den gutartigen Geschwülsten eine Steigerung des Wachstumes gesehen worden. Die Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Sarcom weist ein Resultat auf, wie es für Carcinom sicherlich weniger ungünstig ist. Wenn wir vom Glauben an eine Gutartigkeit des Sarcomes irgend etwas beibehalten dürfen, dann darf es nur die Zuversicht sein, mit energischen Operationen auch in den frühen Stadien die Heilungsergebnisse zu recht günstigen gestalten zu können.

Es wird sich mit der Zeit entscheiden, ob und wann die endolaryngeale Operation zur Ausrottung des Sarcomes ausreichen wird; Patienten und Aerzte, welche vor der Operation von aussen her zurückschrecken, werden allmählig eine Statistik darüber ermöglichen. Nach dem vorliegenden Materiale muss ich aber vorderhand erklären, dass kein noch so günstiger Sitz, keine Nachbehandlung bisher auf eine endolaryngeale Ausrottung rechnen lassen, wenn wir nicht ganz breite Stücke der Unterlage mitentfernen können und wollen; und das ist nur und zwar bedingt möglich am Stimmbandrande, am Aryknorpel und an der Epiglottis, wie gerade in meiner Beobachtung. Speciell am Stimmbandrande eine energische Galvanocaustik anzuwenden, erscheint als Wagestück, nachdem aus Amerika wiederholt Todesfälle durch Verschwelung der Glottis berichtet worden sind. — Weil das Hauptbedenken gegen die Thyrotomie durch die häufige Schädigung der Phonation gegeben ist, will ich einen an der Leiche geprüften Vorschlag machen, wie es anzufangen ist, um die zusammengehörigen Stellen der Knorpel und Bänder genau wieder an einander zu bringen. Man bereite einige der später benötigten Nähte schon vor der Durchtrennung der Theile vor, indem man mit einer starken Nadel einen längeren Faden oder weichen Draht frontal und genau horizontal durch den Knorpel durchführt, die langen Enden knüpft, beim Einschneiden der Theile eine Beschädigung des inneren Fadentheiles vermeidet und nach dem Hineinpräpariren behutsam, um eine starke Usurirung des Knorpels zu vermeiden, den inneren Fadentheile durch die Wunde wieder soweit nach aussen führt, dass er mit dem äusseren Fadentheile in eine gemeinsame Klammer gelegt und ober- oder unterhalb der Schnittwunde deponirt werden kann. So können z. B. im Schildknorpel eine obere, eine untere und vielleicht noch eine mittlere Naht vorbereitet werden, welche während der Operation sehr einfach und sicher ausserhalb des Arbeitsfeldes zu verlegen sind, indem man die gemeinsame Klammer für inneren und äusseren Fadentheile (etwa eine Sicherheitsnadel) irgendwo an der Haut mit Heftpflaster festklebt.

Der mehrfach behauptete heilende Einfluss des Erysipels auf Sarcom könnte im Falle Bottini I angenommen werden. Foulis' Patient aber ist durch das Erysipel nach der Thyrotomie nicht vor dem Recidiv bewahrt geblieben. — Pyoctanin hat sich Délie sowohl als Scheinmann nicht von Nutzen gezeigt. — Ueber Electrolyse liegt keine Notiz vor.

Secundäre Kehlkopfsarcome gelangen nur selten unter günstigeren

Verhältnissen zur Operation; bisher hat nur Lanz ein gutes Resultat erreicht, nachdem ein Schilddrüsensarcom erst begonnen hatte, den Kehlkopf zu arrodiren.

Schmerzen sind mit der Operation an der Geschwulst selbst nicht oder nur sehr geringgradig verbunden gewesen. Die Blutung ist bei den besser umgrenzten und jüngeren Sarcomen fast stets als gering bezeichnet; nur die umfangreichen Sarcome Fauvel 33 und Schech I, letzteres möglicherweise vom Aryknorpel ausgehend, haben reichlich geblutet. Die Recidive bluteten durchweg stärker.

Der Verlauf des Kehlkopfsarcomes ist im Allgemeinen langsamer als jener des Carcinomes. Während nämlich dieser nach Schrötter's Schätzung durchschnittlich 2 Jahre umfasst, berechnet sich jener auf 4 Jahre und unter Einbeziehung des Falles Schech I sogar auf 7 Jahre. Dementsprechend übertreffen die Fälle Schech I und Blanc mit 10- und 7<sup>1</sup>/<sub>2</sub>jähriger Dauer, und jene Fauvel 211 und Gottstein mit je 7 Jahren zwischen den ersten Symptomen und der heilenden Operation oder aber dem Tode die längste Dauer eines Carcinomes von 6 Jahren 8 Monaten (citirt in der Sammelforschung des Centralblattes für Laryngologie). — Ein rasches Ende hat Semon's 2. Fall gefunden, 11 Monate nach Beginn der Beschwerden, aber nicht infolge der directen Schädigung durch das Sarcom, sondern der Altersschwäche des 81jährigen Kranken; sonst weist bisher keiner der Fälle, welche bis zum lethalen Ende verfolgt werden können, eine Dauer unter 3 Jahren auf.

Der Tod trat bei den Nichtoperirten meist durch Erstickung, selten durch mangelhafte Ernährung ein.

Unter den inneren Operationen in der Luftröhre ist die Schrötter'sche durch den Aufwand von Geschicklichkeit besonders bekannt geworden; nach ihrem mangelhaften Erfolge aber und vollends nach einem Todesfalle bei Ausführung durch eine andere Hand ist sie nicht zu fernerer Anwendung geeignet. — Die Eingriffe von aussen her waren alle von sehr schweren Blutungen begleitet; indess verlor durch solche nur Koch's Patient, bei dem während der Tracheotomie die Geschwulst geritzt worden war, das Leben. Dieses traurige Vorkommniß muss dazu auffordern, bei ähnlichen Geschwülsten nur ganz vorsichtig die Trachea aufzuschneiden und die Trachealwunde nicht mit spitzen Scheeren oder Messern zu erweitern, um so mehr, als Täuschungen bezüglich der Höhe des Sitzes ganz gewöhnlich vorgekommen sind.

Jene Frucht nun, welche ich am meisten gewünscht hatte, dem Leser durch meine Arbeit bieten zu können, nämlich die laryngoscopische Diagnose des Sarcomes, ist nicht zur Reife gelangt. So wie Schrötter nach mehrfachen eigenen Beobachtungen schreiben musste: „Die Diagnose ist auf den ersten Anblick eine von den schwierigsten, sie ist kaum mit Sicherheit zu stellen,“ so habe auch ich, abgesehen etwa von der selbstbeobachteten frappanten gelben Farbe, kein directes Kennzeichen, das steckbrieflichen Werth hätte, herauszubringen vermocht. Indess kennen wir doch so viele Einzelheiten weniger ausgesprochenen Characters, dass deren Combination früher oder später den Verdacht von anderen Geschwülsten ab- und dem Sarcom zuwenden kann. So ist das Sarcom durchschnittlich von breiterer Basis und von hellerer Farbe, von rascherem Wachsthum als das Fibrom, tritt häufiger in späteren Jahren auf, ist



an den Stimmbändern fast immer derb. Gegenüber dem Carcinome wird die längere Dauer, die spätere und seltenere Ulceration und Drüsen-schwellung, die Geringfügigkeit der Injection der Umgebung, das Fehlen ausser Verhältniss stehender Muskelstörungen in Anschlag kommen; nirgends finden wir beim Sarcom die für ältere Krebsgeschwülste typische Bildung scharfkantiger Wülste, sondern zumeist runde, grossangelegte Formen; niemals hat Schrötter beim Carcinom eine Spur von Ausnarbungs-processen gesehen, als welche die Narben in der Umgebung einzelner Sarcome vielleicht aufzufassen sind. So wird bei der Abschätzung der Bösartigkeit, ob sie grösser oder geringer ist als bei Fibrom oder Carcinom, manchmal der Verdacht auf Sarcom sich einstellen müssen.

Etwa in 5 pCt. der Fälle, was jedenfalls seltener ist als gewöhnlich angenommen wird, kommt es zu Affection des Knorpelgerüstes. Die Verhältnisse sind dabei sehr verschieden. In Schech's Fall war die Geschwulstbildung intraperichondral, ohne andere Erscheinungen als Stenosen zu schaffen, bei Baurowicz kam es zu einer ungewöhnlich reactionslosen Knorpelgangrän, bei Hahn unter den heftigsten Erscheinungen zum Durchbruche nach aussen. Bei der Verschiedenheit der operativen Behandlung einer bösartigen Geschwulst und einer einfachen Perichondritis ist es wichtig, das eventuelle Vorhandensein der ersteren bald zu erkennen.

Durch den Sitz an der hinteren Wand, einem beinahe specifischen Platze der Tuberculose, kann das Sarcom mit dieser Krankheit collidiren. — Sowohl die Infiltrationen als die Knoten bieten häufig für einige Zeit Anlass zum Verdachte auf Syphilis; die entsprechende Therapie wird bald Gewissheit schaffen.

Das sicherste Hilfsmittel der Diagnose, die microscopische Untersuchung, lässt leider häufig im Stiche. Die Fälle Jurasz und Foulis, wo in ersterem die Untersuchung sogar zwei Mal nur Granulationszellen, im anderen ein Papillom erkennen liess, sowie mehrere der unsicheren Fälle zeigen, wie die Verschiedenheit des Aufbaues in den einzelnen Regionen über den eigentlichen Character der Geschwulst irreführen kann. Aus den Sarcomen, welche in tieferen Lagen sich entwickeln, ist überhaupt erst durch die eigentliche Operation das Material zur Untersuchung zu gewinnen. — Kleinere, besonders gestielte Sarcome mögen Mangels microscopischer Untersuchung unerkant geblieben sein.

Die primären Sarcome der Luftröhre sind bis jetzt nur microscopisch von anderen Geschwülsten zu unterscheiden.

Die Prognose des Kehlkopfsarcomes ist ohne Operation infaust; ob die Narben am Rande einzelner Sarcome das Stigma eines spontanen Heilungsprocesses sind, ist gänzlich unentschieden. Durch die Operationen ist, soweit die Tabelle Auskunft giebt, nicht ganz die Hälfte der Patienten gerettet worden. Die neueren Angaben lauten weniger günstig als die früheren, wahrscheinlich deshalb, weil heute die microscopische Untersuchung kleiner Geschwülste vernachlässigt wird und manches beginnende Sarcom unter allgemeiner Diagnose operirt wird; es lässt sich aber auch annehmen, dass die früheren Beobachter mit der Diagnose „Sarcom“ zu freigebig waren und dass sich seither ein zuwartender Skepticismus mehr entwickelt hat.

Es ist deutlich zu sehen, dass jene Operationen, welche von vorne-

herein einer breiten und tiefen Abtragung nicht günstig sind oder welche es dem Operateur überlassen, mehr minder sparsam die Abtragung vorzunehmen, die grössere Zahl von Recidiven hinter sich hatten als jene, welche das Kehlkopffinnere breit eröffnen und ganz besonders jene, welche ohne Anlegung einer gar zu gefährlichen Wunde benöthigten Falles auch die knorpelige Unterlage nicht schonten. — Die beste Prognose haben die Spindelzellensarcome, mithin also die Sarcome des Kehldeckels und des Stimmbandes, die schlechteste dagegen die Alveolarsarcome, welche in Folge ihrer Entwicklung in tieferen Gewebsschichten meistens auch erst spät sich bemerkbar machen. Schwer getrübt wird die Prognose durch Drüsenschwellungen und noch mehr durch das Vorhandensein von Ulceration an der Geschwulst selbst oder von Schmerzen, die mit der Geschwulst zusammenhängen. — Schnelles Wachsthum ist vorher zu sagen bei stärkerer Injection der Geschwulstbasis und für Recidive von rascher wachsenden Geschwülsten.

\* \* \*

Die Summe bisheriger Veröffentlichungen hat ein sehr gutes Bild bezüglich der Verlaufes und der Prognose des Kehlkopfsarcomes im Allgemeinen sowohl als bei verschiedenem Maasse operativer Energie gewinnen lassen. Es sind einzelne unterscheidende Punkte gegenüber anderen Geschwülsten zu Tage getreten, es haben manche Vorurtheile ihren Boden verloren, und aus dem Gewirre der Linien heben sich bestimmte Formen heraus. Hoffentlich zieht diese Sammlung eine Anzahl weiterer Beobachtungen aus der Verborgenheit hervor, welche nicht nur den laryngologischen, sondern auch den allgemein-pathologischen Kenntnissen vom Sarcome dienen werden — ist doch nirgends seine Vielgestalt so frühe, so unverhüllt zu beobachten, als gerade im empfindlichen, reichgegliederten, zartbedeckten Kehlkopfe!

Allen jenen Herren, welche Antheil an der Förderung dieser Arbeit haben, spreche ich zum Schlusse meinen verbindlichsten Dank aus.

---

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 29. October 1895.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Hrubesch.

Der Vorsitzende theilt mit, dass in Angelegenheit der Errichtung eines Helmholtz-Denkmales das Wiener Comité an die Oesterreichische otologische Gesellschaft das Ansuchen gestellt hat, sich an der Sammlung von Geldbeträgen zu betheiligen, und legt zu diesem Zwecke einen Sammelbogen auf. Ferner spricht der Vorsitzende den Wunsch aus, dass sich auch die Wiener Aerzte bei der Sammlung zur Errichtung eines Denkmals für Wilhelm Meyer in Kopenhagen, der sich um die

Ohrenheilkunde grosse Verdienste erworben, betheiligen mögen, und stellt den Antrag, im Namen der österreichischen otologischen Gesellschaft zu diesem Behufe in medicinischen Zeitungen einen Aufruf ergehen zu lassen. Dieser Antrag wird von der Versammlung zum Beschlusse erhoben.

Nachdem noch der Vorsitzende die anwesenden Gäste begrüsst hatte, folgen Demonstrationen.

Prof. Politzer: Vorstellung eines Falles, bei welchem die Freilegung der Mittelohrräume nach Körner mit Erfolg ausgeführt wurde.

Bei einem 19jährigen Mädchen, welches seit drei Jahren an rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung litt, und bei welcher trotz localer Behandlung die Eiterung nicht beseitigt werden konnte, wurde, nachdem die bedrohlichen Symptome: Kopfschmerz, Schwindel, Schmerzen in und hinter dem Ohre, nicht nachliessen, am 9. Mai 1895 die Freilegung der Mittelohrräume in Verbindung mit der Körner'schen Plastik ausgeführt. Nach Durchtrennung der Haut und des Periostes, des Proc. mast. mittelst eines halbmondförmigen Schnittes hinter der Insertion der Ohrmuschel, wurde diese mit der hinteren oberen membranösen Wand des knorpeligen Gehörganges abgelöst, und die hintere obere knöcherne Gehörgangswand mit der äusseren Wand des Attic durch den Meissel abgetragen. Nach Ausräumung der Granulationen aus der Trommelhöhle und dem Antrum wurde aus dem hinteren oberen membranösen Theile des knorpeligen Gehörganges durch zwei parallele, bis zum Ohrknorpel reichende Schnitte ein Lappen gebildet, und nach Reponirung der Ohrmuschel und Vernähen der äusseren Schnittwunde, durch Tamponade des äusseren Gehörganges der gebildete Lappen an die durch Abmeisselung der Gehörgangswand entstandene Knochenfläche zur Anheilung gebracht. Normaler, afebriler Wundverlauf. Die Kranke wird am 26. Mai entlassen. Die Eiterung hat Anfangs October aufgehört.

Der jetzige Befund, fünf Monate nach der Operation, zeigt die Schleimhaut der Promontorialwand und des freiliegenden Attic trocken und glatt, die Hörweite für Flüstersprache beträgt 3 Mtr., Hörmesser 15 Ctm.

P. hebt hervor, dass er in den bisher nach Körner operirten Fällen es nicht für nöthig fand, den Lappenschnitt so weit in den Knorpel der Ohrmuschel zu verlängern, wie es Körner angiebt, wodurch eine verunstaltende Vergrösserung der äusseren Ohröffnung vermieden wurde.

Dr. Gomperz stellt einen Patienten in der Mitte der Vierziger vor, bei dem er wegen Cholesteatom des rechten Mittelohres die Radicaloperation nach Zaufal mit Gehörgangsplastik nach Körner ausführte und in verhältnissmässig kurzer Zeit Heilung erzielte.

Die Krankengeschichte des Patienten ist zum Theile in der Monatschrift für Ohrenheilkunde 1893 erschienen<sup>1)</sup> (Herr L., Fall No. XX) und ist dort unter den Fällen angeführt, wo bei der conservativen Behandlung Recidiv auftrat. Nach demselben blieb Patient fast zwei Jahre,

<sup>1)</sup> Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfells und der Gehörknöchelchen. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1892 und 1893.

vom 14. Juni 1893 bis Ende April 1895 geheilt, ohne eine Spur von Absonderung, ohne Beschwerden. Ende April 1895 erkrankte er an Schwindel und Kopfschmerz; im Bereich der linsengrossen Lücke im hinteren oberen Quadranten zeigte sich nur eine zäh haftende Cholesteatomschwarte. Schon in den nächsten Tagen kam es unter Zunahme der Beschwerden zur Anschwellung des Gehörganges, dann zum Aufschliessen von Granulationen, die unter dem hinteren Perforationsrande hervorkamen. Den Vorschlag der Radicaloperation acceptirte Patient Anfangs nicht, und entschloss sich erst dazu, nachdem die Granulationen zu einem den Gehörgang erfüllenden Polypen ausgewachsen waren.

Am 8. Juni wurde nach Entfernung des bohngrossen Polypen und breiter Ablösung der Ohrmuschel die Aufmeisselung nach Zaufal vorgenommen, wobei es sich ergab, dass das Antrum im eburnisirten Proc. mast. zu einer cylindrischen, 2 Ctm. langen, 1 Ctm. Durchmesser haltenden Höhle erweitert und mit breiigen Choleastommassen erfüllt war. Der Hammer wurde entfernt, der Amboss war nicht mehr vorhanden. Bei der Körner'schen Lappenbildung wurde nicht in die Concha hineingeschnitten, trotzdem ergab sich ein genügend langer Lappen, der nach Verschluss der Haut-Periostwunde fest gegen das Antrum tamponirt wurde.

Der Wundverlauf war vollständig afebril und schmerzfrei, am 14. Juni zeigte sich die Wunde per primam geheilt. Doch klebte die Jodoformgaze im Gehörgang so fest, dass ihre Entfernung erst am 23. Juni, also 16 Tage nach der Operation, und auch da nur unter starker Kraftaufwendung gelang.

Um diesem Ankleben der Tampons vorzubeugen, füllte Gomperz bei den folgenden Verbandwechseln sterilisirtes Vaselineöl in den Gehörgang und tamponirte dann mit Jodoformgaze aus; die Verbandwechsel, die jeden zweiten Tag vorgenommen wurden, gingen jetzt glatt und schmerzlos von statten. Am 2. Juli, also 25 Tage nach der Operation, war fast die ganze Höhle überhäutet, der Lappen fest angeheilt. Nun wurden die Tampons weggelassen und der Gehörgang mit Borsäure ausgefüllt; am 22. Juli, also 45 Tage nach der Operation, war die ganze neugebildete Höhle von zarter Epidermis bekleidet und trocken.

In der Discussion bemerkt Urbantschitsch, dass hier im Hinblick auf die grosse Höhle das Resultat als ein besonders schönes bezeichnet werden müsse. Nicht immer schreite die Uebernabung so rasch fort; ihm habe dann Thiersch'sche Transplantation sehr gute Dienste geleistet, welche er durch den Gehörgang ausführte.

Dr. Kaufmann: Ein Fall von Morbus Ménièrei.

Eine 31jährige — bis auf eine kurzdauernde Influenza stets gesund, speciell niemals ohrenkrank gewesene — Frau von der Klinik des Prof. Gruber ging am Abend des 6. August d. J. sehr rasch in's Theater, trank dort erhitzt Wasser, befand sich aber vollkommen wohl. Auf dem Heimwege bekam sie etwas Ohrensausen, legte sich zu Bette und erwachte plötzlich um 1/21 Uhr Nachts mit heftigem Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen, intensivem Sausen im linken Ohre und completer Taubheit daselbst. Gleichzeitig cessirte die Menstruation, die damals den zweiten Tag bestand.

Das Erbrechen wiederholte sich durch die drei nächstfolgenden Tage

häufig — mindestens 6—8 Mal täglich, der Schwindel war so heftig, dass Pat. durch 12 Tage das Bett nicht verlassen konnte. Die Taubheit blieb unverändert. Die Menstruation, die sonst regelmässig 7 Tage dauerte und in Interwallen von 28 Tagen eintrat, stellte sich erst nach 37 Tagen wieder ein und ist seither wieder in Ordnung.

Die Untersuchung der Pat. ergibt vollkommen normale innere Organe, kein Symptom von Hysterie. Normales Trommelfellbild beiderseits, normale Tuben. Links complete Taubheit für Ohr und Sprache, von Stimmgabeltönen werden nur tiefe durch Luftleitung gehört. Weber rechts, Schwindel besteht noch jetzt zeitweise, besonders im Dunkeln und deutlich bei Bewegung mit geschlossenen Augen.

Die bisher eingeleitete Therapie war ohne jeden Erfolg. Jetzt wird auch eine Pilocarpinkur begonnen werden.

Politzer bemerkt, dass der erste Fall, den Menière selbst beobachtete, ein ähnlicher war.

Gruber erwähnt, dass die von ihm bisher beobachteten Fälle von ausgesprochenem M. M. meist beiderseitig waren, besonders jene, welche plötzlich mit Schwindel und Taubheit einsetzten. Einseitige typische Fälle, wie der eben vorgestellte, seien selten. Die Stimmgabeluntersuchungsergebnisse haben bei M. M. lange nicht den Werth, den man ihnen beizumessen geneigt ist, und halte er die Stellung einer sicheren Diagnose aus dem Stimmgabelbefunde allein für nicht möglich. Was den Verlauf betreffe, habe Gr. die ausgesprochenen Fälle von M. M. auf der Basis von Blutaustritt in's Labyrinth nie besser werden gesehen. Solche Blutungen bedingen immer eine schlechte Prognose.

Urbantschitsch erwähnt eines ganz gleichen Falles aus der Privatpraxis von einseitiger Ertaubung, und erinnert daran, dass die Ursache für plötzliche Ertaubung nicht nur in Labyrinthblutungen, sondern auch in centralen Vorgängen gesucht werden kann.

Politzer erklärt den Fall Kaufmann's für eine Labyrinthkrankung und nicht für Nerventaubheit; er legt doch mehr Gewicht auf die Stimmgabeluntersuchung, namentlich auf die Reaction auf tiefe Töne im Zusammenhalte mit den übrigen Erscheinungen. Ferner gebe es auch Fälle mit Menière'schen Symptomen, die im Mittelohre ihren Sitz haben.

Dr. Alt erwähnt einen Fall von Leukämie, bei dem plötzlich M.'sche Symptome auftraten, und der bald danach zur Section kam. Er wird den Sectionsbefund seiner Zeit mittheilen.

Gomperz ermahnt, immer eine genaue interne Untersuchung vorzunehmen, da solche Symptome auch bei Herzfehlern auf embolischer Grundlage entstehen können.

Ein Fall von Carcinoma auris.

M. C, 60 Jahre alt, erschien Mitte August d. J. im Ambulatorium der Klinik Gruber mit der Angabe, seit frühester Kindheit an linksseitiger Otorrhoe zu leiden, seit Mitte April d. J. sei Facialislähmung links dazu getreten und seit etwa 6 Wochen habe er Schmerzen im Ohr.

Die Untersuchung ergab links complete Facialislähmung, der Gehörgang links „mit gangränösen Polypen“ gefüllt, von Mittelohrgebilden nichts sichtbar. Warzenfortsatz äusserlich normal. Taubheit für Ohr, Sprache; Weber rechts. Es wurde die Diagnose auf Otit. med. suppur. chron. mit Mitbetheiligung des Warzenfortsatzes gestellt und die Radical-

operation mit Plastik der membranösen Gehörgangswand ausgeführt. Der Proc. mastoid. zeigte sich vollkommen sclerosirt, kein zelliges Antrum vorhanden, das Cavum tympani vollgefüllt mit „derben Granulationen“. Vollkommen afebriler Wundverlauf, jedoch mit sehr raschem Nachwuchern der Granulationsmassen, die bald aus der sehr gross angelegten Wundöffnung hervorwucherten. Mitte September zeigte sich dann auch derbe Infiltration der Wundränder und es ward klar, dass es sich um ein malignes Neoplasma handeln müsse; die microscopische Untersuchung ergab zweifellos Carcinoma, das wahrscheinlich von der Schleimhaut des Mittelohres seinen Ausgangspunkt genommen haben dürfte.

Jetzt ist der Gehörgang und die Wunde ausgefüllt mit derber Carcinommasse, welche in mehr als eigrosser Ausdehnung als exulcerirter Tumor über das Niveau des Warzenfortsatzes hervorragte. An der hinteren Fläche des Lobulus eine über wallnussgrosse, metastatische Geschwulst, die Umgebung der Wunde zweifingerbreit, die Drüsen bis in die Fossa supraclavicularis derb infiltrirt. Metastasen sonst keine nachweisbar. Facialisparalyse und Taubheit fortbestehend. Abmagerung und geringer Grad von Cachexie.

Gruber macht darauf aufmerksam, dass er gleich, als er den operirten Kranken zum ersten Male sah, die Aeusserung machte, dass man es mit einer malignen Neubildung zu thun habe. Die gleich vorgenommene microscopische Untersuchung zeigte, dass es sich thatsächlich um ein Carcinom handelte.

Gruber hat in letzterer Zeit drei ähnliche Fälle gesehen, die alle operirt wurden, weil man die Natur des Processes nicht frühzeitig erkannte. In frühen Stadien sehen die Fälle oft aus, wie gewöhnliche Fälle von Caries, man lässt sich leicht verleiten, die Operation zu machen, die ja bei Carcinom immer nur das Ende beschleunigt. Gruber warnt vor der Operation beim geringsten Verdacht auf das Vorhandensein einer malignen Neubildung.

1. Demonstration eines Präparates von Otitis media acuta ohne Perforation des Trommelfelles mit Pyämie in Folge von Phlebitis im Bulbus venae jugularis.

Das Präparat stammt von einer 19jährigen Patientin, aus der Gebärdklinik, welche am 19. September d. J. im Ambulatorium der Klinik Gruber wegen einer seit zwei Tagen bestehenden Otitis media acuta im linken Ohre untersucht wurde. Paracentese des Trommelfells wurde nicht eingeführt und die Kranke angewiesen, am nächsten Tage wiederzukommen. Am nächsten Tage trat hohes Fieber auf, am 21. wurde Patientin normal entbunden. Das Fieber hielt an, schwere Allgemeinerscheinungen, Schmerzhaftigkeit der Gelenke, Unruhe, Delirien, am 23. Exitus letalis. Die Obductionsdiagnose (Professor Kolisko) lautete: *Pyosepticaemia ex thrombophlebitide venae jugularis in bulbo jugulari ossis temporalis sin. post otitidem mediam acutam sinistr. cum abscesso metastatico lobi inferior. pulmon. sinistr. et pleuritide sinistr. cum phlegmone metastatica musculorum antibrachii utriusque et suvae dextr., cum tumore lienis acuto, degeneratione parenchymatosa organorum nec non cum endometritide metastatica post partum.* (Erscheint ausführlicher.)

Hierauf hielt Alt seinen Vortrag: „Versuch zur Bestimmung eines Schalleitungshindernisses“. (Ausführlich im vorigen Hefte enthalten.)

**Discussion nach dem Vortrage.**

Prof. Politzer weist darauf hin, dass sein Stimmgabelversuch bei Schwellung der Tubenschleimhaut ausführbar sei und glaubt, dass auch der von Alt empfohlene Versuch in diesem Falle verwertet werden könnte. Er bezweifelt ferner, ob in der normaliter verschlossenen Tube eine Luftsäule mitschwingen könne.

Alt erwidert, dass bei einem Falle von Tubenschwellung der Versuch — wenn auch nicht so prompt, wie sonst — ausführbar sei, weil hierbei noch die Kopfknochenleitung in Betracht käme. Er glaubt ferner, dass beim Singen mit geschlossenem Munde die Tubenmuskulatur angespannt und die Tube hierdurch eröffnet werde.

Prof. Gruber hat den Versuch erprobt und gefunden, dass derselbe auch in Fällen von Destruction des Trommelfells ein promptes Resultat ergebe. Der Versuch könnte immerhin verwertet werden, wenn man gerade keine Stimmgabel zur Hand hat, um den Weber'schen auszuführen.

---

## Sitzungs-Bericht

aus der

### New-Yorker Academy of Medecine vom 15. Juli 1895.

Section für Laryngologie und Rhinologie.

Vorsitzender: Dr. J. Bryson Delavan, Präsident.

Dr. Walter F. Chappell stellt eine 46jährige Frau vor, deren Anamnese nichts Besonderes bietet. Vor fünf Jahren Beginn der Erkrankung mit Gefühl von Trockenheit in Augen und Nase, die allmählig weiterschreitet. Schwellung der Parotis. Häufiger Drang zum Uriniren. Wackeln der Zähne. Schwierigkeit beim Kauen. Niedrige Temperatur. Specifisches Gewicht des Urins erhöht, kein Zucker, kein Eiweiss. Vor zwei Monaten Schlaganfall, von dem Patientin sich noch nicht erholt hat. Sie klagt hauptsächlich über Trockenheit im Mund, hat aber durch die Behandlung mit Nervinis und Pilocarpin keine Erleichterung erfahren.

Der Process wird einer Veränderung im Centralnervensystem zugeschrieben.

Der vom Vortragenden vorgestellte Fall ist der 22., 21 sind in der Literatur beschrieben, er zeigt alle Symptome.

Dr. Beverley Robinson berichtet von einem ähnlichen Fall. Patientin nimmt, um die (rechts stärkere) Trockenheit im Munde erträglicher zu machen, stets etwas in den Mund.

Dr. Richardson hat einen ähnlichen Fall gesehen. Die 60jährige Patientin bemerkte die Speichelvesminderung zuerst, als sie keine Freimarken mehr lecken konnte. Vermehrter Urin. Frühes Wackeln der Zähne. Subacute Conjunctivitis. Keine Schwellung der Parotis. Therapie (Pilocarpin, Electricität) ohne Erfolg.

Dr. Clarence C. Rice fragt nach der Pathologie der Speicheldrüsen.

Dr. Andrew H. Smith fragt nach dem histologischen Befund derselben und nach einem etwaigen Zusammenhang mit dem Verdauungscanal.

Dr. Chappell erinnert sich keiner microscopischer Untersuchung

und giebt an, dass die vorgestellte Patientin an hartnäckigen Verdauungsstörungen leidet.

Dr. Thomas J. Harris: Sarcom der Nase. Operation. Heilung.

Seit zwei Jahren Verschluss der Nase und heftiges Nasenbluten links. Unter Aether wurde die Böckel'sche Operation gemacht und die vom Siebbein ausgehende Geschwulst unter sehr starker Blutung mit den Fingern ausgeschält. Der gut hühnereigrosse Tumor erwies sich als Rundzellensarcom. Der Patient zeigt jetzt (ein Jahr nach der Operation) kein Recidiv.

Dr. Harris: Larynxphthise. Heilung.

Arytänoidknorpel birnförmig geschwollen. Ulcerationen an den aryepiglottischen Falten und beiden Sinus pyriformis. Curettement mit nachfolgender Aetzung durch Acid. lactic. waren ebenso wirkungslos wie Jodoform und Höllenstein. Erst erneutes Curettement mit nachfolgender Application von Ichthyol waren von fast unmittelbarem günstigen Erfolg. Die 68jährige Frau erfreut sich augenblicklich einer guten Gesundheit. Das Sputum war nicht auf Tuberkelbacillen untersucht worden.

Dr. Harris: Ein Fall von Adenom der Nase.

Dem 78jährigen Patienten waren vor zwei Jahren Geschwulstmassen, welche beide Nasenlöcher ausfüllten und für Myome gehalten worden waren, mit der kalten Schlinge vom Vortragenden entfernt worden, der die Basis (sie entsprangen vom Siebbein) auskratzte. Mehrere Recidive. Anatomisch-pathologisch erwiesen sich später entfernte Massen als Mischformen eines Adenoms. Im letzten November abermaliges Recidiv links mit Schmerzen und Exophthalmus. Von einer Radicaloperation wurde wegen des hohen Alters des Patienten Abstand genommen.

Dr. Jonathan Wright möchte mit der Diagnose zurückhalten, bis Jodkali gegeben und Syphilis eventuell ausgeschlossen ist. Er hatte das von Dr. Harris entfernte Stück microscopisch untersucht und bis auf einige kleine Rund- und einige Spindelzellen, die er aber für junge Bindegewebe hält, reines Adenom constatiren können.

Dr. Gleitsmann bezweifelt die Diagnose in Chappell's Fall von Larynxphthise nicht, vermisst aber die Bacillenuntersuchung und betrachtet Ichthyol nur als eines von vielen in solchen Fällen anwendbaren Mitteln.

Dr. Passmore Berens hält Ichthyol fast für ein Specificum bei tuberculösen undluetischen Larynxulcerationen.

Dr. Robinson hat fortgeschrittene Larynxphthisen ohne entsprechenden Lungenbefund in geringer Anzahl gesehen.

Dr. Delavan glaubt, dass man bei Heilung von Larynxphthise mit Rücksicht auf den Lungenbefund nur von relativer Heilung sprechen könne.

Dr. James E. H. Nichols stellt ein 19jähriges Mädchen vor, das durch die Pfeife eines alten Syphilitikers Lues acquirirte, Periostitis des Oberkiefers, der Nasenmuscheln, des Septums, des harten Gaumens und schliesslich der Nasenbeine bekam. Künstliches Nasengerüst aus Gold mit gutem cosmetischen Erfolg, was von Dr. Hopkins bestätigt wird.

Dr. Clarence C. Rice: Wichtigkeit der Anwendung von Jodkalium bei zweifelhaften Larynxerkrankungen.



Bei den Trachomen handelt es sich oft um Syphilis. Bei malignen Neoplasmen sollte zunächst immer Jodkali gegeben werden.

Dr. Delavan stimmt dem bei.

Dr. Robinson glaubt, dass in Fällen mit Stenose und Dyspnoe auch unangenehme Wirkungen hervorgerufen werden können, während andererseits das Jodkali auf entzündliche Erscheinungen von zweifelhaftem rheumatische oder gichtischen Character günstig einwirken könne.

Dr. Robert C. Myles hält Strukturveränderungen in Folge von Syphilis im Kehlkopf für seltener als an anderen Stellen, und zwar in Folge des hier mehr angewandten Jodkalis. Stern.

## II. Kritiken.

Die Nasenhöhle und ihre Nebenräume in Gypsmodellen natürlicher Grösse, nach Schnitten eines Spiritusschädels hergestellt, zur Einführung in die rhinologische Praxis, sowie zur Demonstration und Einübung specialistischer Techniken für Studenten, practische Aerzte, Specialisten und Lehrer. Von Dr. Odo Betz, Heilbronn a. N.

Die Krankheiten der Nasenhöhle und deren Nebenräumen waren in den letzten 15 Jahren Gegenstand des eifrigsten Studiums. Thatsächlich weist auch sowohl die Pathologie als auch die Therapie einen nennenswerthen Fortschritt auf. Zum grössten Theile ist dieser Fortschritt dem genaueren anatomischen Studium der betreffenden Gebilde zu danken, und die Ansicht, dass ohne genaue anatomische Kenntnisse gerade auf diesem Gebiete eine erfolgreiche ärztliche Thätigkeit nicht gedacht werden kann, ist eine allgemein anerkannte.

Dem gegenüber steht aber die grosse Schwierigkeit, die nöthigen anatomischen Studienobjecte zu erlangen, was besonders auf dem Lande der Fall ist, und daraus folgt schon, dass gut gefertigte Modelle, besonders in natürlicher Grösse, der beifälligen Aufnahme gewärtig sein können. Lehrer und Studirende werden sie mit Nutzen verwenden und dem Autor Dank wissen.

Die vorliegenden Modelle sind aus Gyps gefertigt und stellen dar:

Modell I. Rechten medianen Sagittalschnitt der Nasen-Rachenhöhle.

Modell II. Rechten medianen Sagittalschnitt mit Abtragung der beiden Siebbeinmuscheln und des Septums der Stirnbeinhöhlen.

Modell III. Linken sagittalen Medianschnitt.

Modell IV. Linke Keilbeinhöhle und hintere Siebbeinzellen.

Eine kleine Broschüre mit zwei Tafeln, auf denen die genaue Abbildung der Modelle gegeben ist, bringt die klare Beschreibung derselben, welche der weitesten Verbreitung werth sind. Die Gypsmodelle sind durch die Buchhandlung von Herrn Julius Determann in Heilbronn zu beziehen. G.

### III. Referate.

#### a) Otologische:

**Ein Fall von Mittelohrerkrankung, in welchem ein dadurch verursachter Schläfenlappenabscess durch die Nase entleert wurde.**  
**Section.** (A case of disease of the middle ear, in which a resulting temporo-sphenoidal abscess discharged through the nose; necropsy.) Von Boyce Barrow, London. (Lancet, 29. Juni 1895.)

Bei der Kranken, welche schon wiederholt wegen Mittelohr- und Antrumeiterungen operirt worden war, traten die Erscheinungen von Hirnabscess auf; während der daraufhin unternommenen Operation ergoss sich eine grosse Menge Eiter durch den Mund, weshalb die Operation unterbrochen wurde. Trotz der fortdauernden Entleerung durch den Mund starb die Kranke; bei der Section wurde der mit der Nase durch die Lamina cribrosa zusammenhängende Schläfenlappenabscess gefunden. Auch von Bristowe wird angegeben, dass sich Hirnabscesse durch die Nase entleeren könnten.  
M. Schm.

#### Zur Differentialdiagnose der Mittelohr- und Labyrinthkrankungen.

Von Dr. Ludwig Jankau (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXIV, VIII.)

Politzer's bekannte Versuche mit dem dreiarmligen Schlauche, sowie die Lucae's mit dem Doppelotoscop haben ergeben, dass diesen Prüfungsmethoden wenig Werth für die Diagnostik der Ohrerkrankungen bezüglich ihres Sitzes beizumessen sei.

Jankau hat die Versuche mit dem Doppelotoscop wieder aufgenommen und so werthvoll für die Differentialdiagnose befunden, dass er empfiehlt, die objective Untersuchung mittelst Stimmgabel und zwei Otophonen stets den üblichen Stimmgabelversuchen anzureihen, da sie mindestens ebenso verlässlich sei, wie die Prüfung der Kopfknochenleitung; man werde immer vom erkrankten, resp. bei beiderseitiger Affection vom stärker erkrankten Ohre her bei Affectionen des Schallleitungsapparates einen stärkeren, bei Affectionen des schallempfindenden Apparates einen schwächeren Ton hören, wenn der Versuch unter den schon von Politzer angegebenen Cautelen angestellt wurde.

Das Fundament, auf welches Jankau diese und noch andere Resultate aufbaut, erscheint so wenig sorgfältig und stichhaltig begründet, dass seine Mittheilungen mit der entsprechenden Reserve aufzunehmen sind.

Gomperz.

**Ein Fall von hysterischer absoluter Taubheit.** Von J. W. Deknatel, Utrecht. (Nederl. Tijdschrift voor Geneesk. 1895, II, No. 19.)

D. hat im Militärspital in Utrecht einen der seltenen Fälle von absoluter doppelseitiger Taubheit hysterischer Natur zu beobachten Gelegenheit gehabt. Der Pat. war ein 19jähriger Soldat, bei dem zufälliger Weise vom Arzt eine Herabsetzung des Gehörs auf der rechten Seite entdeckt wurde.

Eine Ansammlung von Cerumen wurde gefunden und mittelst der Spritze entfernt. Anstatt zu verbessern, nahm jedoch die Hörschärfe nach dieser Behandlung rasch ab. Die dann in Anwendung gezogene

Politzer'sche Luftdouche löste einen epileptiformen Insult aus. Bald darauf war Pat. vollständig taub. Nicht die Spur von Gehör, auch nicht für Knochenleitung; kein Ohrensausen, kein Schwindel. Von Simulation war nicht die Rede; auch konnte Pat. durch Schalleinflüsse nicht aus dem Schlafe erweckt werden. Der Zustand machte den Eindruck eines ernstesten Labyrinthleidens; allein Dr. Zwaardemaker wies nach, dass der galvanische Schwindel in ganz normaler Weise bereits bei 1,5 Milliampères zu Stande kam, und dass auf dem Kreidl'schen Drehstuhle ein normaler Rotations-Nystagmus auftrat. Dieses Intactsein des statischen Organes, bei absoluter Anästhesie der Gehörfasern, plaidirte entschieden gegen ein Labyrinthleiden, wofür ja auch kein ätiologisches Moment vorhanden wäre. Zwaardemaker stellte dann die Diagnose der psychischen Natur des Leidens. Die Richtigkeit dieser Ansicht, und zwar der hysterische Character des Leidens, ergab sich aus der näheren Untersuchung. Pat. hatte auf beiden Augen, auch für Farben, eine erhebliche concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, und bei Druck auf der Iliocoeal-Gegend entstand ein exquisiter hysterischer Anfall.

Die Heilung kam durch Suggestion zu Stande. Nachdem eine vollständige Genesung durch Electricität in sehr suggestiver Weise versprochen worden, wurde der Inductionstrom applicirt. Es trat ein hysterischer Anfall auf. Als Pat. noch ohne Bewusstsein, mit tiefer und frequenter Athmung da lag, und dann eine Stimmgabel mit Resonator vor dem rechten Ohr kräftig angeschlagen wurde, sprang Pat. plötzlich aufrecht, sah wie in Extase um sich her, erwachte und hörte augenblicklich in jeder Richtung vollkommen normal. Zu gleicher Zeit war auch die Einengung des Gesichtsfeldes verschwunden. Die Heilung war eine bleibende.

Im Anschluss an diese sehr sorgfältig bearbeitete Krankengeschichte giebt D. aus der Literatur eine Zusammenstellung von 10 Fällen von absoluter hysterischer Taubheit. H. Burger.

**Ueber eine Methode, macroscopische Präparate des Gehörorganes durchsichtig zu machen.** Von Dr. L. Katz. (Arch. f. Ohrenheilkund XXXIV, IX.)

Beliebig lange, bis zu  $\frac{3}{4}$  Ctm. dicke Stücke von entkalkten, nicht macerirten Schläfebeinen, welche 24 Stunden in absolutem Alcohol, dann in Xylol oder Nelkenöl, endlich in Canadabalsam gelegen haben, werden nach 24 Stunden vollkommen durchsichtig. Die Aufbewahrung geschieht in geeigneten Glasbehältern, in denen die Präparate bei 4—5maliger Vergrößerung schöne Uebersichtsbilder geben. In ähnlicher Weise lassen sich ganze Schläfebeine kleinerer Thiere durchsichtig machen; durch derartige Behandlung der Labyrinth kleiner Thiere, z. B. der Maus, erhält man sehr lehrreiche und schöne Uebersichtsbilder.

Macerirte menschliche Schläfebeine werden in toto in 30proc. Salzsäure entkalkt und nach der Entwässerung in Xylol gebracht; besonders wenn Luft in die Labyrinthräume dringt, gewinnt man dann eine vorzügliche Uebersicht über die halbzirkelförmigen Canäle, Vorhof, Schnecke und Aquaeducte. Gomperz.

## b) Rhinologische:

**Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasenscheidewand.**  
(Abscessus acuti septi narium.) Von Dr. L. Wróblewski. (Arch. für Laryngolog. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 287, 1895.)

Diese Abscesse sind nach W. keineswegs selten. Ihre häufigste Ursache ist ein Trauma; selten entstehen sie in Folge von Operationen im Naseninnern. Der Mechanismus der Entstehung traumatischer Abscesse sei folgender: Nach einem Schlag auf die Nase erfolgt eine Blutung, theilweise nach aussen, theilweise zwischen Perichondrium und Knorpel der Nasenscheidewand; die Schleimhaut löst sich ab, gewöhnlich auf beiden Seiten, indem sie mit Blut gefüllte Tumoren bildet. Dieses Blut wird rasch in Eiter umgewandelt und die Knorpelnecrose erfolgt zuweilen schon in wenigen Stunden. — Die einzig wahre Ursache der Entstehung der Nasenscheidewandabscesse ist zweifellos das Eindringen von eitererregenden Microben; auf welchem Wege dies geschieht, ist nicht immer zu bestimmen, jedenfalls geschieht dies oft durch die oberflächlichen Epithelabschilferungen (Excoriationes), welche an dieser Stelle leicht, ja sogar beim Abwischen der Nase entstehen können. Die idiopathischen Abscesse entstehen gewöhnlich langsam unter den Erscheinungen des acuten Nasencatarrhs. — Die anderen Abscesse schliesslich treten so schleichend auf, dass die Kranken keine Symptome für den Beginn anzugeben im Stande sind. Die symptomatischen endlich (im Verlaufe von Pocken, Typhus, Erysipel etc.) lenken Angesichts der schweren Grundkrankheit zumeist erst spät die Aufmerksamkeit auf sich. — Die einzig rationelle Behandlung ist die chirurgische. Je rascher und je breiter eröffnet wird, desto bessere Resultate. In keinem seiner Fälle sah W. eine Durchlöcherung der Nasenscheidewand zurückbleiben, wie dies nach einigen Autoren zumeist der Fall sein soll. Auch die Einsenkung des Nasenrückens bei doppelseitigen Abscessen kann bei frühzeitiger Diagnose, Incision und entsprechender Behandlung vermieden werden. 14 Krankengeschichten illustriren die Ausführungen des Autors. Beschorner.

**Ausgebretete Necrose der Nasenscheidewand und der linken unteren Nasenmuschel.** (Observation de nécrose considérable de la cloison et du cornet inférieur gauche.) Von Dr. Jouslain. (Arch. internat. de Laryngolog. etc. Bd. VIII, No. 3, Mai/Juni 1895.)

Der Fall betrifft einen 42 Jahre alten Gemeindediener mit Lues. Der sehr grosse, durch eine Abbildung veranschaulichte Sequester wurde in toto mit der Zunge entfernt. Beschorner.

**Perforationen des Nasenseptum.** (Perforations of the nasal septum.) Von Adolph Rupp, M. D., New-York. (Medical Record, 22. Decbr. 1894.)

Nach einer eingehenden Besprechung des genannten Leidens an der Hand eines sehr fleissigen Literaturstudiums kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Congenitale oder Entwicklungs-Perforationen sind sehr selten. Sie sind nach der Ansicht der Autoritäten entweder bedingt durch perverse oder eingehaltene Entwicklung oder durch einen den sich entwickeln-

den Geweben eingepflanzten pathologischen Process. 2) Die durch schwere directe Gewalt verursachten Perforationen sind ebenfalls selten. 3) Die durch constitutionelle Einflüsse bedingten Perforationen sind wenigstens während ihrer Entstehung von entsprechenden Symptomen der ursächlichen Krankheit begleitet. Die Schleimhaut des Septum ist aber besonders disponirt. Wenn auch die Syphilis eine Perforation hinterlassen kann, die nach Ansicht von Jurasz und Anderen alle Zeichen des sogenannten perforirenden Geschwürs der Nasenscheidewand trägt, so wird doch in vielen Fällen die klinische Geschichte und die Therapie die Diagnose klar stellen können, wenn Zweifel bestanden. Die alleinige Anamnese von Syphilis bei einem Kranken ist noch kein positiver Beweis dafür, dass die Perforation durch syphilitische Einflüsse bedingt sei. 4) Einfache entzündliche Erkrankungen des Septum, Perichondritis und Abscess können Anlass zu Perforationen geben.

Die meisten von vielen Beobachtern entdeckten Perforationen sassen in dem knorpeligen Theil des Septum, sie waren rundlich oder oval. Nach der Ansicht der Mehrzahl der Beobachter haben sie mit Syphilis nichts zu thun. Sie sind in den meisten Fällen wahrscheinlich nur local gangränöse Erscheinungen, vielleicht bacteriellen Einflüssen zuzuschreiben, vielleicht trophoneurotischen Ursachen, vielleicht auch dem Zusammenreffen von mancherlei Ursachen. Die wahre Natur dieser Erkrankung ist noch zu entdecken. In vielen Fällen war weder auf der Schleimhaut, noch in den anderen intranasalen Geweben etwas Unrechtes zu finden.

In therapeutischer Hinsicht möge man zu viel Reizung und Zerstörung der ernährenden Gewebe vermeiden. M. Schm.

---

**Ein Fall von S-förmiger Verbiegung der Nasenscheidewand, erfolgreich mittelst einer Reihe von Operationen und des Gebrauchs von Retentionsapparaten behandelt.** (A case of S-shaped distortion of the Septum nasi successfully treated by a series of operations and the use of retentive apparatus.) Von Spencer Watson, London. (Lancet, 13. Juli 1895.)

Die Behandlung des Falles mittelst vier Operationen dauerte von April bis Ende November. Die Schwierigkeiten entstanden aus der Vereinigung der seitlichen Knorpel mit dem Septum an dem Rücken der Nase, die durch ein besonderes meisselartiges Instrument eingeschnitten werden mussten und dann in der Verwachsung des knöchernen Septum vorne unten mit einer Hervorragung, die von aussen kam. Auch diese musste eingeschnitten und entfernt werden, wonach es dann gelang, die Nase gerade zu stellen. Die Stellung wurde dann noch länger durch eine Nasenpelotte unterhalten. Das Endergebniss war für die Function sehr befriedigend, ebenso wie für die äussere Gestalt der Nase.

M. Schm.

**Zwei Fälle von heftiger Trigeminusneuralgie, die durch Nasenerkrankung veranlasst waren.** (Two cases of severe trigeminal neuralgia due to nasal disease.) Von Mayo Collier, M. S., London. (Lancet, 13. Juli 1895.)

Der eine Fall dauerte bereits zwölf Jahre, der andere vier, beide waren nie in der Nase untersucht worden, im ersten war die Excision

des Nervus infraorbitalis von einem hervorragenden Chirurgen vorgeschlagen gewesen. Beide erwiesen sich als durch Erkrankung der mittleren Muschel veranlasst und wurden durch die Wegnahme der erkrankten Theile der Muschel geheilt.  
M. Schm.

**Turbinotomie, zum ersten Mal in Indien ausgeführt. Ihre Wirkung auf Ohraffectionen.** (Operation of Turbinotomy performed for the first time in India. Its Effects on Affections of the Ear.)  
Von H. J. Sadysett, Bombay. August 1895.

Autor führte an einem 12jährigen Mädchen, das seit Jahren an constantem Catarrh der Nase, Schmerzen im linken Ohr und fötidem Ausfluss aus demselben, sowie heftigem Sausen litt, die Turbinotomie aus. Vorher hatte er allerdings die Otorrhoe durch Borsäurebehandlung zum Stillstand gebracht. Die eigentliche Indication zur Operation war erschwerte Mundathmung in Folge sehr starker Hypertrophie der unteren Muschel links.

Zwecks der Operation wurde Jones' Sperrhaken in das Nasenloch eingelegt und das Messer mit seiner schneidenden Seite gegen die kranke Muschel zu gerichtet eingeführt, während Autor den Zeigefinger der linken Hand in's Cavum brachte und mit dessen Hilfe den Ring des Messers in die richtige Lage um die Schwellung herum führte.

Die Blutung war einige Minuten stark, wurde aber durch Cauterisation gestillt. Tamponade.

Nach zweiwöchentlicher Nachbehandlung keine Mundathmung, keine Verwachsung. Catarrh, Schmerzen und Ausfluss aus dem Ohr sind völlig verschwunden, ebenso die Geräusche.  
Stern.

**Beunruhigende Hämorrhagie als Folge einer Eröffnung des Antrum Highmori vom Alveolarfortsatz aus.** (Alarmyng Haemorrhage following the opening of the Antrum of Highmore through the Alveolar Process.) Von W. Scheppegrell, A. M., M. D. New-Orleans. September 1895.

Unter 28 Fällen, in denen Autor obige Operation ausführte, hatte er nur ein einziges Mal eine heftige Blutung. Da er in keinem der Specialwerke einen Hinweis auf eine etwaige Blutung bei der Cooper'schen Eröffnung des Antrums gefunden hat, so veröffentlicht er den Fall.

Die 33jährige Patientin litt seit drei Jahren an neuralgischen Schmerzen in der Gegend des rechten Auges und an fötider Eiterung aus dem rechten Nasenloch, in dem auch einige Polypen sassen. Vor acht Jahren war einmal heftiges Nasenbluten aufgetreten. Eine Hämophile war Patientin aber nicht. Denn verschiedene Zahnextractionen waren ohne besondere Blutung verlaufen und eine Schnittwunde am Finger war prompt geheilt. Nach Einspritzung einer 3proc. Cocainlösung in das Zahnfleisch wurde die Alveole des ersten Molaris, der schon früher entfernt worden war, mit der electricischen Trephine geöffnet. Sofort trat eine so heftige Blutung ein, dass nach schleunigster Auswaschung der Höhle mit Borsäurelösung diese mit Jodoformgaze austamponirt wurde. Zwei Minuten lang hörte scheinbar die Blutung auf, dann aber floss Blut aus dem rechten Nasenloch. Die Gaze wurde entfernt und nunmehr die ganze Höhle fest ausgestopft.

Patientin wurde ohnmächtig.

Bei jedem folgenden Verbandwechsel verlor sie viel Blut, so dass sie sehr herunterkam. Dies ging vier Wochen lang so fort. Mit Rücksicht auf eine mögliche Zersetzung musste dabei trotz des ständigen Blutverlustes die zeitweilige Entfernung der Gaze vorgenommen werden.

Darauf wurde die Kranke mit entsprechenden Verordnungen für drei Wochen aufs Land geschickt, von welchem sie gekräftigt und mit geschlossener Alveolaröffnung zurückkam. Das Antrum wurde noch eine Zeit lang bis zu der noch andauernden Heilung von der Nase aus behandelt und die Polypen ohne besondere Blutung entfernt.

Autor erklärt sich die stets recidivirenden Blutungen, gegen die sich auch Galvanocaustik als machtlos erwiesen hatte, durch angiomatöse Entartung der Antrumschleimhaut an der Stelle, an welcher die Trephine in das Antrum eindrang. Stern.

#### Bromaethylnarcose bei den postnasalen adenoiden Vegetationen.

(Ethyl Bromid Anesthesia in post-nasal adenoid Growths.)

Von G. Morgenthau, M. D., Chicago. (Journ. of the amer. med. Association, 9. März 1895.)

Verf. giebt an der Hand von 100 Fällen eine Uebersicht seiner günstigen Erfahrungen mit der Methode. Ausser Erbrechen in drei Fällen, was vielleicht damit zusammenhängen mag, dass er auch Kinder nach dem Essen operirt, hat er zweimal ohne irgend sonstiges Missbefinden der Kranken eine graue, geisterähnliche Färbung des Gesichts beobachtet, die zwei Wochen anhielt. Ref. hat in weit über 1000 Fällen nie etwas Aehnliches gesehen. Als einen Vortheil sieht Verf. mit Recht an, dass die Reflexe, wenigstens bei dem hier nöthigen Grad der Narcose, nicht ganz aufgehoben sind und in Folge dessen Aspiration der abgeschnittenen Mandel in die Luftröhre nicht stattfindet. Auch er hält bei normalen Kindern die Anwendung nicht für nöthig, wenn es sich um die Entfernung nur einer Mandel handelt. Verf. bespricht am Schlusse die einschlagende Literatur. M. Schm.

#### c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber rheumatische und verwandte Erkrankungen des Pharynx, des Kehlkopfes und der Nase. (On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx and nose.) Von W. Freudenthal, M. D., New-York. (Med. Record., 16. Februar 1895.)

Verf. nimmt verschiedene Formen der Erkrankung an. Zunächst die subacute und chronische Laryngitis, die allen örtlichen Behandlungen trotzt, aber den antirheumatischen Mitteln rasch weicht. Die zweite Form bilden die Erkrankungen des Cricoarytänoidalgelenks, von denen auch von Deutschen, z. B. von E. Meyer, Fälle beschrieben worden sind. Die Fälle hatten entweder gichtische Erscheinungen in den Gelenken oder die von Hinkel beschriebene Lithämia, d. h. eine Gicht ohne Gelenkerkrankungen, aber mit Ueberschuss von Harnsäure im Urin und phosphorsaurem Kalk im Urin. Zu den rheumatischen Affectionen des Schlundes rechnet er die von Fletcher Ingalls und Thorner zu-

erst beschriebenen, einem Rheumatismus articuloꝝ acutus vorhergehenden oder gleich nachfolgenden Anginen, die ja auch in Deutschland beobachtet worden sind, besonders aber das Ulcus benignum Heryng's, dass er in 4 Fällen gesehen, aber nicht an der von Heryng als charakteristisch angegebenen Stelle, sondern in der hinteren Schlundwand oder an den hinteren Gaumenbogen. Thorner sehe gerade diesen als den häufigsten Sitz neben der Zungenwurzel an. Zu den rheumatischen Erkrankungen der Nase will er einen grossen Theil der acuten Coryzafälle rechnen. Als Rheumatismus der Nase beschreibt er sodann zwei Fälle, in welchen eine starke und hartnäckige Schwellung der Nasenschleimhaut in Verbindung mit Anfällen von Rheumat. art. acutus auftrat und nach dem Aufhören desselben verschwand, ohne dass ein Abscess des Septum oder sonstwo die Ursache der Schwellung gewesen. M. Schm.

**Mechanismus der verschiedenen Arten, das Athmen wieder hervorzurufen.** (Mécanisme des divers procédés de rappel de la respiration.) Von Dr. Laborde. (Académie de médecine, de Paris, Séance du 5 Février 1895 und Semaine médicale No. 7, 1895.)

Das Einblasen von Mund zu Mund bei Neugeborenen bringt nur sehr wenig Luft in den Larynx und in die Bronchien; ausserdem ist es noch Expirationsluft, welche also als Luft dem Scheintodten wenig nützen kann; aber die eingeblasene Luft reizt die Rachen- und Larynxschleimhaut und bringt den Respirationsreflex hervor. Das Einblasen von Luft mittelst der Larynxröhre wirkt nicht nur durch die eingeblasene Luft, welche reizt, sondern durch ihren Contact schon allein; bei schein-todten Thieren genügt das Einführen der Larynxröhre ohne Lufteinblasen, um den Respirationsreflex hervorzurufen. Die directen Methoden, wie Peitschen, Thoraxmassage etc. können dahin zurückgeführt werden, dass sie einen peripherischen Reiz darstellen, welcher indirect wirkt. Die Zungenmethode wirkt auf die sensiblen Respirationsnerven, namentlich auf den Laryngeus superior und Glossopharyngeus und stellt so den stärksten directen Reiz dar; sie ist leicht auszuführen und kann gar keine Nachtheile bringen. Dr. P. K.

**Bildung von Speichelstein über den unteren Schneidezähnen in Folge habitueller Mundathmung.** (On the formation of Salivary Calculus over the Inferior Incisors, caused by habitual Mouth-Breathing.) Von Prof. Guye, Amsterdam. Vorgetragen auf dem holländischen Congress für Medicin und Naturwissenschaften in Amsterdam, Mai 1895. (The Journal of Laryngology, Rhinology and Otology, July 1895.)

Guye hat neben George Catlin und Bloch schon früher darauf hingewiesen, dass die Mundathmung den Zähnen schädlich ist, da sie letztere der Kälte und der Trockenheit aussetzt. Er macht jetzt darauf aufmerksam, dass man in fast allen Fällen von dauernder Mundathmung bei den betreffenden Patienten durch Herabdrücken der Unterlippe mittelst Spaten am Zahnfleischrand von drei oder vier Schneidezähnen, zuweilen auch von einem oder beiden Eckzähnen eine Zahnsteinkruste nachweisen könne, welche alle möglichen Arten hinsichtlich Ausdehnung, Farbe und Zusammensetzung zeige, welche aber bei allen anderen Zähnen,



die von Wangen- und Lippenschleimhaut bedeckt seien, absolut fehlte. Um diesen Zahnstein herum ist in der Regel das Zahnfleisch mehr oder weniger geschwollen, entzündet und bisweilen zu Blutungen geneigt. Nach Entfernung des Zahnsteins ist es aber bald wieder in normalem Zustand. Schreitet der Process ungestört fort, so incrustirt sich die Zahnoberfläche nach unten immer weiter, dringt sogar zwischen Zahn und Alveolus ein, bringt letzteren zur Atrophie und ersteren dadurch zur Lockerung.

Guye betrachtet diese Zahnsteinbildung als „Stigma der Mundathmung“.

Der Stein ist hauptsächlich ein Niederschlag von phosphor- und kohlen-sauren Salzen aus dem Speichel und den Incrustationen an den Zähnen. Ob Microorganismen eine Rolle spielen, ist zweifelhaft. Es kommt ausserdem noch an der Zungenfläche derselben Schneidezähne und der Kaufläche der oberen Molaren vor, namentlich wenn diese cariös sind.

Findet man den Zahnstein an der vorderen Seite der unteren Schneidezähne, so muss nicht nur er, sondern auch seine Ursache — die Mundathmung — beseitigt werden. Stern.

---

**Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse.** Von Dr. A. Rosenberg in Berlin. (Archiv f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 3, pag. 405, 1895.)

Concrement von 4 Ctm. Länge,  $1\frac{1}{2}$  Ctm. Höhe und Breite,  $9\frac{1}{2}$  Grm. Gewicht, überwiegend aus Kohlen- und phosphorsaurem Kalke bestehend, einer 35jährigen Bäuerin des Gouvernements Smolensk entstammend, welche 17 Jahre lang Schmerzen im Halse hatte. Dieses Concrement war in die rechte Tonsille eingebettet und mit einer  $\frac{3}{4}$  Ctm. im Durchmesser messenden Borke bedeckt, nach deren Entfernung sich eine Fistelöffnung zeigte, durch die hindurch man mit der Sonde auf den steinharten Körper stiess. Es gelang, ihn mit der Kornzange zu fassen und unter Anwendung einiger Gewalt unverletzt herauszuholen.

Beschorner.

---

**Mandelschanker.** (Chancre de l'amygdale.) Von Dr. Buleley. (Transactions of the Medical Society of the State of New-York und Revue de laryngologie No. 22, 1894.)

Unter 2000 Syphilisfällen fand Verf. 111 Fälle extragenitalen und unter letzteren 15 Fälle von Mandelschanker. Alle waren für Diphtheritis, Influenza und Amygdalitis angesehen worden. Das sicherste Symptom dabei ist die Induration, welche allein in demselben Grade bei Epithelioma vorkommt. Die Submaxillarschwellung und die anderen Symptome helfen zur Diagnose. Dr. P. K.

---

**Zur Wirkung des Schilddrüseninhaltes auf den thierischen Organismus.** (Experimentaluntersuchung aus dem klinischen Laboratorium des Akademikers L. W. Popoff.) Von K. N. Georgiewski. (Botkin's Hospitalzeitung No. 21, 1895.) (Russisch.)

Verf. fütterte Hunde mit 50—100 Gramm frischer Schilddrüse vom Rinde pro Tag, auch applicirte er einigen Hunden Schilddrüsen-saft subcutan (1—8 Cbctm. pro Tag). Bei allen Hunden entwickelte sich

schon in der zweiten Woche bedeutende Tachycardie (150—200) bei erhöhtem Blutdruck. Zugleich starker Eiweisszerfall (Gewichtsabnahme, Azoturie). Auch erschien Zucker im Harn (bis 1,7 pCt.). Die Temperatur war meist etwas erhöht, sub finem erniedrigt. Bei ununterbrochener Application trat immer der Tod ein. Bei der Section fanden sich Hyperämie und selbst capilläre Blutungen in der Medulla oblongata. Experimente an Kaninchen ergaben dieselben Resultate.

Gorodecki.

**Ueber Veränderungen in der Schilddrüse bei einigen acuten und chronischen Krankheiten.** (Aus dem Laboratorium des städtischen Obuchow-Hospitals.) Von Dr. A. N. Sokoloff. (Botkin's Hospital-Ztg. No. 19, 1895.) (Russisch.)

Verf. untersuchte die Schilddrüse von Leichen jugendlicher Personen, die an folgenden Krankheiten verstorben waren:

9	Fälle an asiatischer Cholera,
6	„ „ Septicämie,
3	„ „ Typhus abdominalis,
3	„ „ Influenza,
2	„ „ croupöser Pneumonie,
1	„ „ acuter gelber Leberatrophie,
2	„ „ chronischer parenchym. Nephritis,
1	„ „ pernicioöser Anämie,
1	„ „ Morbus Addisonii,
1	„ „ Basedowii.

Bei den acuten Krankheiten fand Verf. fast in allen Fällen Fettdegeneration des Follikel epithels, gewöhnlich combinirt mit Abschilferung dasselben. In sämtlichen Fällen war auch parenchymatöse Schwellung und albuminöse Degeneration zu finden. Die Veränderungen waren am stärksten ausgeprägt bei croupöser Pneumonie mit Vereiterung, sodann in abnehmender Intensität bei Septicämie, acuter gelber Leberatrophie, Cholera (besonders Typhoid), Typhus abdominalis und Influenza.

Bei den chronischen Erkrankungen waren die Veränderungen weniger prägnant.

Gorodecki.

**Ueber Diphtherie bei Säuglingen.** Von N. J. Gruss. (Wratsch No. 20, 1895.)

Verf. beobachtete in der Petersburger Findlingsanstalt vom Februar bis Mai dieses Jahres 13 Fälle von Diphtherie mit Löffler'schen Bacillen. Bei einem Kinde erschien die Krankheit am 18. Lebenstage, bei zweien am 19., bei dreien in der 3. Woche, bei einem in der 5., bei einem in der 8., bei zweien im 3. Monat, bei dreien im 5. Monat. In allen Fällen wurde das Secret der Nase und des Pharynx bacteriologisch untersucht, die geimpften Thiere gingen alle an Diphtherie zu Grunde. 11 Kinder wurden mit Serum behandelt (drei mit Behring No. I, eines mit Behring No. II, sieben mit Petersburger Serum à 1000 Einheiten). Davon starben sieben, zwei genasen, zwei noch in Beobachtung.

Gorodecki.

**Zur Frage von der Häufigkeit und Dauer der Persistenz virulenter Diphtheriebacillen im Rachen nach Genesung von Diphtherie.**  
Von G. P. Gladin. (Botkin's Hospitalzeitig No. 21, 1895.) (Russisch.)

Verf. untersuchte 20 Reconvalescenten von Diphtherie zwischen dem 5.—45. Tage nach der Genesung und fand bei 4 virulente Löffler'sche Bacillen, bei 5 nicht virulente, bei 11 gar keine den Löffler'schen ähnliche. Er meint, dass die Serumbehandlung auch in dieser Hinsicht günstig wirke, indem sie den Geweben der behandelten Personen bactericide Eigenschaften verleihe.  
Gorodecki.

**Primärer Croup bei einem 7jährigen, mit Larynxpapillom behafteten Kinde. Intubation durch 6 Wochen hindurch, schliessl. Tracheotomie.** (Croup d'emblée chez un enfant de 7 ans, atteint de papillomes du larynx; intubation pendant six semaines, puis trachéotomie.) Von Dr. Luc. (Arch. internationales de laryngol. etc., Bd. VII, No. 6, Novbr./Decbr. 1894.)

Ein 7jähriger Knabe erkrankte an Laryngitis pseudomembranacea non diphth. Es wurde, da die Stenosen-Erscheinungen zu bedenklicher Höhe stiegen, intubirt und die Intubation, da eine freie Athmung immer wieder durch Suffocations-Anfälle unterbrochen wurde, durch 6 Wochen hindurch fortgesetzt. Doch auch diese erwies sich als unzulänglich, und da sich im Verlaufe genannter Zeit herausstellte, dass Papillome die Glottis verlegten, wurde die Tracheotomie als nothwendig erachtet und soll nun nach vorausgegangener Laryngofission eine gründliche Beseitigung der Neubildung erfolgen.  
Beschoner.

**Torticollis von Ohrenleiden herrührend.** (Torticollis ab aure laesa.)  
Von Dr. Gellé. (Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, Séance du 9 Novembre 1894.)

Es werden alle möglichen Schiefhalsstellungen bei Ohrenleiden beobachtet; es giebt also einen auricularen Schiefhals ebenso wie es einen Ocularschiefhals giebt. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Gehör ist in constantem Verkehr mit den Rotationsmuskeln des Kopfes und des Halses; 2) sowohl die Pathologie als das Experiment haben die Aetiologie zwischen Ohrenleiden und den Contracturen des Sternocleidomastoideus und den Schiefstellungen des Kopfes dargethan; dies zeigt sich besonders bei spontanen und traumatischen Eiterungen des Mittelohres und der Trommelhöhle; 3) klinisch ist dieser Zusammenhang auch nachgewiesen; die Pseudomeningitis der Kinder, welche nach der Entleerung des Eiters aus dem Ohre einen günstigen Verlauf nimmt, ist allbekannt; 4) bei kleinen Kindern treten diese Erscheinungen auf eine besondere Weise auf: starke Schmerzen, Schreien und Klagen von abwechselnder Intensität, Delirien und Hallucinationen; die Schmerzen treten am deutlichsten auf und bestehen, sobald der Kopf nicht im Gleichgewicht liegt; 5) wenn der Torticollis als erstes Symptom auftritt, ist das Ohrenleiden nicht so leicht zu erkennen; 6) ausser den inflammatorischen und eiternden Ohrenleiden kann das Leiden des Sternocleidomastoideus nach geheiltem und vernarbtem Ohrenleiden fortbestehen.

Dr. P. K.

**Intubation mit gewaltsamer Dilatation des Larynx während weniger Minuten, für diphtheritische und croupöse Laryngitis.** (Intubation with forced dilatation of the larynx, lasting only a few minutes, for diphtheritic and croupous laryngitis.) Von Dr. L. Bors. (N.-Y. Medical Journal, June 29, 1895.)

Das von Bors angegebene Instrument besteht aus einer O'Dwyerschen Cantile, die in zwei durch ein Charnier verbundene Hälften getheilt, und deren einer Theil an einem Leitungsrohr befestigt ist, welches mittelst einer am Handgriff befindlichen Schraube die bewegliche Hälfte der Cantile beträchtlich abduciren lässt und dadurch die Dilatation des Larynx bewerkstelligt.

Da die krankhaften Membranen nicht an allen Theilen des Larynx gleich fest haften, sucht Bors die Nützlichkeit seines Instrumentes dadurch zu begründen, dass durch die gewaltsame Dilatation das Lumen des Larynx in wenigen Minuten wieder hergestellt wird, und dass ferner durch schnelles und wiederholtes Oeffnen und Schliessen der Cantile die Membranen gelöst und dann später ausgehustet werden.

Er hat fast nie öfter als zwei Mal Regeneration der Membranen beobachtet, rathet aber in solchen Fällen zu öfterer Wiederholung der Dilatation während zwei bis drei Tagen. G—n.

---

**Ueber die Classification der neuro-motorischen Kehlkopf-Störungen.**

(Sur la classification des troubles neuro-moteurs du larynx.) Von Dr. P. Rangé. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII., No. 3, Mai/Juni 1895.)

R.'s Eintheilung der neuro-motorischen Störungen deckt sich in der Hauptsache mit derjenigen, welche wohl als die älteste und bekannteste zu gelten hat: Phonische, respiratorische und totale Lähmungen.

Beschorner.

---

**Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfes.** Von Dr. C. Gerhardt. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. II, Heft 3, pag. 281, 1895.)

Zeichen von Kehlkopfkrankheiten werden nicht nur allein durch Spiegeluntersuchung gewonnen, sondern der Beobachtung der Stimme, der Besichtigung der Rachenorgane und der Betrachtung und Betastung der vorderen Fläche des Halses entnommen. — G. bespricht die letzteren, soweit sie sich auf Bewegungen des Kehlkopfes oder der Luftröhre beziehen, insbesondere die Athembewegungen des Kehlkopfes, seine Stellung und die Athemgeräusche bei Athemnoth, bedingt durch die verschiedensten Vorgänge in Kehlkopf und Luftröhre; die Pulsationen des Kehlkopfes z. B. bei Aortenaneurysma, die verschiedenen Tastempfindungen und Druckwirkungen an und auf den Kehlkopf, wie sie sich bei Stimmbandlähmung oder bei Geschwulst- oder Geschwürsbildung, welche die Stimmbänder schwingungsunfähig machen, herausstellen und wie sie nicht selten geeignet sind, über die Art der Kehlkopffection Aufschluss zu geben. Einige dieser Vorgänge werden durch zwei instructive hochinteressante Krankengeschichten illustriert. Beschorner.

## Erklärung.

Die auf Seite 81 seines Werkes über die Krankheiten der Nase u. s. w. von Herrn Professor Dr. Störk gemachte Mittheilung, dass ich ihm im Jahre 1886 von 150 durch die Fossa canina von mir vorgenommenen Eröffnungen der Kieferhöhle erzählt hätte, ist eine gänzlich irrthümliche, was Herr Prof. Störk in der Wiener klin. Wochenschr. No. 46 in-zwischen selbst anerkannt hat. Näheres über meine Erfahrungen über die Eiterungen der Nebenhöhlen findet sich im Journal of Laryngology 1895, No. 10—12.

Danzig, den 16. December 1895.

Dr. Ziem.

## Eingesendet.

Nach dem Ableben des Herrn Professor Moos in Heidelberg ist die Redaction der seither von ihm redigirten deutschen Ausgabe der von Professor Knapp in New-York begründeten „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“ an die Herren Professor Körner in Rostock und Dr. Arthur Hartmann in Berlin in der Arbeittheilung übergegangen, dass Professor Körner die Redaction der Original-Beiträge, Dr. Arthur Hartmann die der Berichterstattung einschliesslich der Berichte über Versammlungen übernommen hat.

## I N H A L T.

I. Originalien: Gruber: Ueber eine abnorme Höhle im Felsentheile des Schläfebeins. — Panse: Bemerkung zu dem Referate des Herrn Gompertz in No. IX, den Jahresbericht der Ohrenklinik zu Halle von 1890/91 betreffend. — Gompertz: Erwiderung auf die vorstehende Bemerkung des Herrn Dr. Rudolf Panse. — Jonquière: Die Behandlung des phonischen Stimmritzenkrampfes. — Bergaet: Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre. (Schluss.) — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — Sitzungs-Bericht aus der New-Yorker Academy of Medicine vom 15. Juli 1895. — II. Kritiken: Betz: Die Nasenhöhle und ihre Nebenträume in Gypsmodellen natürlicher Grösse, nach Schnitten eines Spiritusschädels hergestellt. — III. Referate: a) Otologische: Barrow: Ein Fall von Mittelohrerkrankung, in welchem ein dadurch verursachter Schläfenlappenabscess durch die Nase entleert wurde. — Jankau: Zur Differentialdiagnose der Mittelohr- und Labyrinthkrankungen. — Deknatel: Ein Fall von hysterischer absoluter Taubheit. — Katz: Ueber eine Methode, macroscopische Präparate des Gehörorgans durchsichtig zu machen. — b) Rhinologische: Wróblewski: Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasensecheidewand. — Jouslain: Ausgebreitete Necrose der Nasensecheidewand und der linken unteren Nasenmuschel. — Rupp: Perforationen des Nasenseptum. — Watson: Ein Fall von S-förmiger Verbiegung der Nasensecheidewand, erfolgreich mittelst einer Reihe von Operationen und des Gebrauchs von Retentionsapparaten behandelt. — Collier: Zwei Fälle von heftiger Trigemineuralgie, die durch Nasenerkrankung veranlasst waren. — Sadysett: Turbinotomie, zum ersten Mal in Indien ausgeführt. Ihre Wirkung auf Ophractionsen. — Scheppeggrell: Beunruhigende Hämorrhagie als Folge einer Eröffnung des Antrum Highmori vom Alveolarfortsatz aus. — Morgenthau: Bromäthylinarcose bei den postnasalen adenoiden Vegetationen. — c) Pharyngo-laryngologische: Freudenthal: Ueber rheumatische und verwandte Erkrankungen des Pharynx, des Kehlkopfes und der Nase. — Laborde: Mechanismus der verschiedenen Arten, das Athmen wieder hervorzurufen. — Guye: Bildung von Speichelstein über den linken unteren Schneidezähnen in Folge habitueller Mundathmung. — Rosenberg: Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse. — Buleley: Mandelschanker. — Georgiewski: Zur Wirkung des Schilddrüseninhaltes auf den thierischen Organismus. — Sokoloff: Ueber Veränderungen in der Schilddrüse bei einigen acuten und chronischen Krankheiten. — Gruss: Ueber Diphtherie bei Säuglingen. — Gladin: Zur Frage von der Häufigkeit und Dauer der Persistenz virulenter Diphtheriebacillen im Rachen nach Genesung von Diphtherie. — Luc: Primärer Croup bei einem 7jährigen, mit Larynxpapillom behafteten Kinde. Intubation durch 6 Wochen hindurch, schliessl. Tracheotomie. — Gellé: Torticollis von Ohrenleiden herrührend. — Bors: Intubation mit gewaltsamer Dilatation des Larynx während weniger Minuten, für diphtheritische und croupöse Laryngitis. — Rangé: Ueber die Classificirung der neuro-motorischen Kehlkopf-Störungen. — Gerhard: Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfes. — Erklärung. — Eingesendet.

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.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weill. Prof. Dr. N. Büdinger, Prof. Dr. B. Voltolini  
und weill. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

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

Herausgegeben von

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

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

-----  
Dreissigster Jahrgang.  
-----



Berlin 1896.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung.

(Oscar Coblentz.)

Monatsschrift

Kehlkopf, Nase

Organ der Stimme

Mittheilung von welt...

und welt...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

# I. Sach-Register.

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



Angina, ein Fall v. nichtdiphtheritischer mit Serum behandelt und tödtlichem Ausgang 201.  
—, die den acuten Gelenkrheumatismus begleitende 415.  
— lacunaris, bacteriologische Befunde bei 248.  
—, ein Fall Ludwig'scher 204.  
— membranacea, mit Roux'schem Serum behandelt 201.  
—, phlegmonöse, mit Bacillus coli 469.  
— pseudomembranacea, künstliche 101.  
— scarlatinosa, zwei Fälle von, mittelst antistreptococcischer Serumtherapie behandelt 414.  
—, über Behandlung der scarlatinösen, mittelst Marmorek'schen Serums 415.  
Anginen, microbiologische Klinik der 558.  
Antidiphtherieserum, die Anwendung von, im Gouvernement Poltawa 471.  
Antidiphthisin 50.  
Antipyrin bei Ictus laryngeus 338.  
Antrum Highmori, Beitrag zur pathologischen Anatomie und Aetiologie der entzündlichen Prozesse im 39.  
Aphasie, Studie über die, bei Leuten, welche mehrere Sprachen kennen 336.  
—, neue Behandlungsweise der hysterischen 471.  
—, urämische 466.  
Aryknorpel bei einseitiger Recurrenslähmung, über das Verhalten der 98.  
Asepsie, die, in der Otologie, der Rhinologie und der Laryngologie 374.  
Attikeiterungen, über im Anschlusse an eine seit 83 Jahren bestehende operirte und geheilte Otorrhoe 513.  
Ausspritzung der Nase, ein Apparat zur 243.  
Ausspülung und Verband des Ohres und der Naso 463.  
Autoscopie des Kehlkopfes, zur 132.  
— des Larynx und der Trachea 211.  
**B**acillen, das Fortbestehen der bei von Diphtheritis geheilten Kindern 45.  
Bacteriologie der Diphtherie, Laboratoriumnotizen über die 99.  
Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken 161. 213. 261. 460.  
— über die Leistungen in der Ohrenheilkunde während der Jahre 1892 bis 1894. 408.

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

Corpus thyroideum und Morbus Basedowii 199.  
 Corticalcentrum des Larynx, experimentelle Studien über das 338.  
 Creosotbehandlung, über, bei Larynx- und Lungentuberculose 385.  
 Creosotdämpfen, Behandlung der fötiden Bronchitis mittelst 206.  
 Crico arytänoidei postici, Fall von doppelseitiger Lähmung der 101.  
 Croup, zwei Fälle von, bei Kindern von 6 und 7 Monaten 284.  
 —, plötzlich eintretender, bei einem siebenjährigen Kinde, welches mit Larynxpapillomen behaftet war 468.  
 —, Kehlkopf-Intubation bei 205.  
 —, die laryngotrachealen Irrigationen bei 206.  
 Curette, eine, zu Operationen an der Zungentonsille 197.  
 Cyste, eine, der Highmorshöhle 464.  
**Diaphragma, supraglottisches**, von Geburt an 289.  
 Diphtherie, ein Fall von, bei einem neugeborenen Kinde 469.  
 —, ein mit antidiphtherischem Serum behandelter Fall von 153.  
 —, Behandlung der, mit Serum 248.  
 —, über Behandlung der, mit salzsaurem Pilocarpin 248.  
 —, Diagnose und Prophylaxis der 202.  
 —, 102 Fälle von, in der Landpraxis, behandelt mit Serum 469.  
 —, 120 Fälle von, behandelt mit Serum 248.  
 —, 130 Fälle von, in der Landpraxis, behandelt mit Serum 469.  
 —, 314 Fälle von, behandelt mit Serum 248.  
 —, die Uebertragung von, durch Nichtleidende 150.  
 Diphtherie-Behandlung, Resultate der, mit Serum im Moskauer Kinderhospital des heil. Wladimir für das erste Halbjahr 1895. 248.  
 Diphtheriefälle, 80 behandelt mit Serum im Landeshospital zu Stawropol 100.  
 —, 143 ambulatorisch mit Serum behandelt 470.  
 —, 93 mit Serum behandelte 99.  
 Diphtherie-Heilserums, Ueber die Ursachen der Trübung des 249.  
 Diphtheritis der Conjunctiva und der Palpebra durch Serotherapie behandelt 557.

Diphtheritis, die, im separaten Gebäude des Spital Lariboisière und ihre Behandlung mittelst des Roux'schen Serum 417.  
 —, mit Scarlatina verbunden 101.  
 —, und Serotherapie 337.  
 —, beim Thiere und Diphtheritis beim Menschen 286.  
 —, Bemerkungen über einen Fall von, mittelst Serotherapie behandelt 285.  
 —, vom Huhn auf ein Kind übertragen 416.  
 —, lacunäre acute der Mandeln 245.  
 —, welche von den Vögeln entsteht, experimentelle Studien über 380.  
 —, Uebertragung von, durch gesunde Leute 416.  
 Diphtheritisbacillus, Einwirkung des Lichtes auf den 470.  
 Diphtherieserum, practische Resultate der Anwendung von, im Kampfe mit Diphtherieepidemien 470.  
 —, Temperatursteigerungen nach Einspritzen von 100.  
 Diplacusis binauralis, über 187.  
 Ductus thyroglossus, Bestehenbleiben des 258.  
 O'Dwyer-Rohr, ein, in der Trachea, Tracheotomie und Extraction 564.  
 Dysphagie, über, bei Larynx-tuberculose und ihre Behandlung 424.  
**Ectopie, naso-palatine**, des rechten ersten oberen Mahlzahnes 464.  
 Eindringen erbrochener Massen in den Larynx, plötzlicher Tod durch 560.  
 Eingesendet 139.  
 Eisenbahnschnpfen, der 38.  
 Eisenbahnsignale, acustische und Gehörschärfe 185.  
 Electrolyse, über, der hinteren Muschelenden 464.  
 —, über, der Tumoren der Nasenscheidewand und der Hyperplasien der Nasenschleimhaut 86.  
 Electromotors, ein weiterer Beitrag zur Verwendung des, in der Rhinochirurgie 42.  
 Embryonen, zur Anatomie der Nase menschlicher 87.  
 Empyem des Antrum Highmori von 7jähr. Dauer, ein Fall von 147.  
 — des Sinus maxillaris tuberculösen Ursprungs 41.  
 Empyems, Fall eines, der Highmorshöhle bei einem 3wöchentlichen Kinde 242.

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

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

Glottispolypen, über zwei subglottische bilobäre 206.

Glycosurie nasalen Ursprungs 89.

Guajacol und Menthol, intralaryngeale Injectionen von, bei fötidem Auswurf 252.

Guajacolöl in der Otologie, Rhinologie und Laryngologie, Anästhesie durch 564.

**H**alsabscess, über eine neue Art von chronischem 92.

Halsdouche, Bemerkungen über die directe 279.

Halsfistel, über einen Fall einer medianen 151.

Halshautemphysem, über, bei Gebärenden 409.

Halsneurosen der klimakterischen Periode, die sensorischen 151.

Halsrheumatismus 278.

Halsuntersuchung, bacteriologische, bei einigen fieberhaften Krankheiten 409.

Hämatoms der Nasenscheidewand, über die Behandlung des 375

Herpes, über, des Kehlkopfes 474.

Heuasthma, Untersuchungen über die Pathogenese des 145.

Higmorehöhle, chronische hämorrhagische Entzündung der 90.

Hineinfallen der Trachealcantilen in die obersten Luftwege, Studie über das 557.

Hirnabscess, ein Fall von multiplem otitischen 187.

Hirnkrankheiten, Geschichte und Autopsie zweier tödtlich verlaufenen otitischen 142.

Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter, die otitischen Erkrankungen des 82.

Hirnsinusthrombose als Complication der Ohrenerkrankungen 463.

Hodenatrophie durch Rheuma 424.

Hörfeld und Hörschärfe 185

Hörübungen, über, bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter 84.

Hustens, Behandlung des, welcher auf reflectorischem Wege von der Nase und dem Gehörorgan aus entsteht 240.

Hygroma infrabyoideum mit Eiterung und drohender Asphyxie 419.

Hypertrophie der Thymusdrüse, plötzlicher Tod durch 386.

— — —, über den Tod der Kinder bei 252.

Hypertrophie der Zunge, zwei Fälle von angeborener 465.

Hypertrophien, über polypoide, der Mandel 413.

**I**ctus laryngeus, über den 289.

— laryngis, drei Fälle von 475.

Influenza-Otitis mit epiduralen Abscessen, drei Fälle von 187.

Initialsymptom, ein, der Sclerose 236.

Insectenpulver, Entzündung der obersten Luftwege durch Einathmen von 88.

Insufficienz des Velum palatinum, zwei Fälle von 554.

Intubation, über, des Kehlkopfs im Zusammenhang mit der Blutsorum-Behandlung der Diphtherie 249.

**J**ahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen 143. 188.

—, 2., der Klinik Noltenius 447.

—, VII., vom 1. Januar 1895 bis 1. Januar 1896 aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mundkrankheiten 113.

Jahresversammlung, dritte, der niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 23. 69.

Jodismus, tödtlicher, bei Kropf 431.

Jodkali zu verabreichen, die Wichtigkeit, in zweifelhaften Fällen von Larynxkrankheiten 48.

**K**alium jodatum, Nothwendigkeit der Anwendung des, bei Larynxleiden mit zweifelhafter Diagnose 427.

Kehlkopfes und der Luftröhre, die Krankheiten des 548.

Kehlkopfblutung, Fall von, eine Hämoptyse vortäuschend 154.

Kehlkopfdiaphragma, ein 256.

Kehlkopfes, ein Fall von cystischer Geschwulst des 153.

Kehlkopfgeschwüre bei Typhus abdominalis, zur Aetiologie der 155.

Kehlkopfpapillome mit Bericht über einen interessanten Fall 154.

Kehlkopfpolypen, zur Aetiologie der 474.

Kehlkopfspiegel, ein zerlegbarer und sterilisirbarer 257.

Kehlkopftuberculose, chirurgische Behandlung der 154.

Keuchhusten, scheinbarer, hervorgerufen durch einen Fremdkörper im Kehlkopf bei einem 5jährig. Mädchen 207.  
Kieferhöhle, über Fremdkörper in der 13.  
Kieferhöhlenentzündung, bacteriologische Befunde in zehn Fällen von 194.  
Kieferhöhlenempyem. das acute, und die Frage der Selbstheilung desselben 376.  
Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung, Untersuchungen über die 78.  
Kinder in's Leben zurückzurufen, vergleichender Werth der verschiedenen Methoden, diescheintodt geborenen 43.  
Kleider, Bedeutung der, von Phthisikern herrührend 426.  
Knochenblasen in der Nase, über 38.  
Knoten, syphilitische, des Os hyoideum 155.  
Kopfknochen, Durchleuchtung der mittelst Electricität 43  
Kopfschmerz, durch adenoide Vegetationen verursacht 240.  
Krämpfe und Mandelhypertrophie, epileptische 553.  
Krebs, ein gestielter, des Kehldeckels 363.  
—, über der Speiseröhre mit Perforation der Aorta 476.  
Kropfformen, über die Behandlung verschiedener, mit Schilddrüsenpräparaten 251.  
Kropfbehandlung mittelst Schilddrüsen-nahrung 48.  
Kropf, Behandlung des, durch die Ligation der vier Arteriae thyroideae 421.  
Kropf, Behandlung d. retrosternalen 420.  
Kropfoperationen 205.  
—, Bemerkungen über 34. 421.  
Kropf, suffocatorischer, und Zungen-contractionen 364.  
Kugel, eine, im Larynx 289.  
Kupferoxyd, schwefelsaures, bei tertiären Ulcerationen des Pharynx 410.  
**L**abyrinthbefund eines Falles von Taubheit bei Leukämie 141.  
Labyrinthkrankungen, über apoplectiforme, bei Caissonarbeitern 341.  
Labyrinthnecrose, zur Casuistik der. Exfoliation der knöchernen Bogen-gänge und des hinteren Vorhoftheiles 522.  
Labyrinthtaubheit u. Sprachtaubheit 160.  
Lähmung der Abductoren der Stimmbänder und des Gaumensegels 286.

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

Larynxcyste bei einer 80jähr. Frau 254.  
Larynxepithelioma bei einem 28 jährigen Mann 207.  
Larynx-Exstirpation, über 475.  
Larynxfractur in Folge von Strangulation 422.  
Larynxherpes 209.  
Larynxlähmung, Bemerkungen über einen Fall von tabetischer 383.  
Larynxlähmungen bei Typhus 338. 423.  
Larynxleiden, Pathogenie der typhösen 208.  
—, spezifische Behandlung bei zweifelhafter Diagnose von 560.  
Larynxmuskeln, experimentelle Untersuchungen über die feineren Functionen der 45.  
Larynxödem, acutes 559.  
— miasmatischen Ursprungs, acutes 559.  
Larynxödem als diagnostisches Merkmal von Nierenleiden 423.  
— bei Nierenleiden 560.  
Larynxpapillome beim Kind, Beitrag zum Studium der 339.  
—, über Behandlung der 561.  
Larynxphthise, Behandlung der, durch Anwendung und durch submucöses Einspritzen von Creosot 256.  
Larynxspiegel, desinficirbarer 563.  
Larynxstenose mit nervöser Complication 211.  
— bei einem Kinde, bedingt durch pseudoleukämische Schleimhaut-Infiltration 256.  
Larynxstenosen, Betrachtungen üb. 210.  
Larynxstörungen, neuromotorische 473.  
— bei Syringomyelitis, Bemerkungen über die 382.  
Larynx tuberculose, Behandlung der 209.  
— mit Krankengeschichten, Behandlung von 50.  
—, subglottische 383.  
Larynx tumoren, tuberculöse 474.  
Larynxvaricella 423.  
Larynxventrikeln, Fremdkörper (Goldstück) in den 384.  
Larynx-Verletzungen, Statistisches über 209.  
Lipo-myxo-fibrom der Mandel 377.  
Löffler'schen Bacillus, Fortbestehen des, im Nasenschleim bei einem seit 15 Monaten geheilten Kinde 336.  
—, Häufigkeit und Unschädlichkeit des, auf die Operationswunde nach Amygdalotomie 471.

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

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

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

**O**edema glottidis als erstes Symptom des Morbus Brightii bei Erwachsenen 253  
Oesophaguscarcinoms in die Aorta, Perforation eines 51.  
Ohrenleiden als Ursache gewisser Facialparalysen, welche man von einer Erkältung herleitet 49.  
Ohrgeräusch, ein Fall von objectiv wahrnehmbarem 58.  
Ohrtrumpete, Beiträge zur vergleichenden Anatomie der 53. 105.  
Operationen, allgemeine Technik der intranasalen 248.  
Orthoscopie, die, des Larynx 383.  
Ovariectomie, Einfluss der doppelseitigen, auf die Stimme 554.  
Ozaena, Bacteriologische Diagnose der 277.  
—, über, ihre Genese und ihre Behandlung mittelst interstitieller Electrolyse 515.

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

Pharyngomycosis lepto-thrīcia, zwei Fälle von Heilung der, mittelst wasserfreier Chromsäure 94.  
Pharynx, seltene Localisation im, bei Syphilis 410.  
Pharynxstricturen, zur Aetiologie der 94.  
Pharynx tuberculose, einige Bemerkungen über 466.  
Pharynxverengung in Folge syphilitischer Geschwüre 43.  
Phlegmone, die sublinguale, Ludwig'sche Angina 247.  
—, suprascervicale, und Ludwig'sche Angina 247.  
Phosphoralbumin in der Schilddrüse, über 97.  
Phthisis laryngea 46.  
Pityriasis rosacea durch Thyroidal-extract geheilt, ein Fall von 96.  
Pneumomycosis, ein Fall von, beim Menschen 387.  
Polyneuritis (puerperalis), Rachen- und Kehlkopfsymptome bei der 175.  
Polyp, der sogenannte blutende, der Nasenscheidewand 38. 289.  
—, Fall von subglottischem 103.  
Posticuslähmung, doppelseitige mit Tabes dorsalis 384.  
Posticusparalyse als erstes Symptom der Tabes 288.  
Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels, der sogenannte 46.  
Prophylaxis u. Behandlung der Bronchopneumonie nach wegen Larynxdiphtheritis ausgeführter Tracheotomie 337.  
— der Diphtherie durch Antitoxine 203.  
Pseudodiphtheritis u. Streptococcen 250.  
— mit Streptococcen, Bronchopneumonie, Tod 284.  
Pseudomembranen bei diphtheroiden Syphiliden, bacteriologische Untersuchungen der 417.  
Puls, paradoxaler bei Croup 558.  
Pyämie, ein Fall von, nach acuter Ohr-eiterung 512.  
—, die otogene 272.  
**R**achenmandel, über die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen 1.  
Recidive von Kropfkrebs in einer benachbarten Cervicaldrüse 421.  
— nach Entfernung von adenoiden Vegetationen 240.

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



- S**ängerknötchen, über die Behandlung der 97.
- , endolaryngeale Entfernung von 150.
- Salol, schlechte Folgen des, während einer acuten Amygdalitis verabreicht 281.
- Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten 371.
- Sarcom der Nase, behandelt mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus 38.
- der Nasenhöhlen; Ligatur der beiden Carotides externae; grosse Besserung 552.
- der Tonsille, zwei Fälle von 51.
- mit spindelförmigen Zellen unter den Stimmbändern 335.
- Schanker im Gesicht, harter 196.
- am Zahnfleisch 196.
- Scharlach und frühzeitige Angina diphtheritica 557.
- Scharlachfiebers, Uebertragung des, durch einen Brief 150.
- Schilddrüse, über Anomalien der Entwicklung der Schilddrüse 245.
- , über den therapeutischen Werth der des Schweines 284
- (Thyreoiditis, Strumitis), zur Aetiologie der acuten Entzündungen der 467.
- Schilddrüsenbehandlung beim gewöhnlichen Kropf 252.
- Schilddrüsenernährung auf das Wachsthum, über die Wirkung der 384.
- Schilddrüsenextract, Injectionen mit, über die Anwendung von bei 9 Fällen von Morbus Basedowii 467.
- Schleimdrüsen, über im hyperplastischen Epithel der Nasenschleimhaut 37.
- Schleimhautleisten, die, der Stimmlippen des Menschen 200.
- Schleimpolypen der Nasenhöhlen, zur Aetiologie der 195.
- der Stimmbänder, über den Ursprung und die Structur der sogenannten 201
- Schnupfens, Studie über die Aetiologie und die Pathogenese des käsigen 91.
- Scirrhus glandulae thyroideae mit zahlreichen Metastasen 467.
- Scleroms der Luftwege, eine noch nicht beobachtete Complication des 477.
- Septum-Abscesse, zur Behandlung der 464.
- Septumdeviationen, über Behandlung von, mittelst der Trephine und der Methode von Asch 239.
- Sequesters und eines Zahnes aus dem Nasenboden, Entfernen eines 90.
- aus den Nasenhöhlen, Extraction eines grossen 147.
- Serotherapie, übele Zufälle, welche der zur Last gelegt worden 202.
- Serum-Exanthem, über 470.
- Seruminjection, über die, nach hervorgebrachten üblen Folgen bei Anwesenheit von Streptococcen 380.
- Serumtherapie, die, der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin 285.
- der Therapie, zur 47.
- Sinusphlebitis, ein Fall von otitischer und metastatischer Pleuritis purulenta, durch Operation geheilt 393.
- Sitzungsbericht der New-Yorker Academy of Medicine 505.
- Spasmus glottidis nach Tracheotomie durch Tubage geheilt 564.
- Speiseröhre, Verletzung der 387.
- Spontanheilung, über, von Cholesteatomen und cholesteatomähnlichen Erkrankungen in den Hohlräumen des Schläfenbeines 275.
- Sprachgehör und generelles Tongehör und die Messung des letzteren durch das Gradenigo'sche Hörfeld 185.
- Staphylococcen, die, und die Otorrhoe 373.
- Staphylophie, Indicationen und Technik der 441.
- Staubes, Einfluss des, der Porzellanfabriken auf die Gesundheit der Arbeiter 337.
- Stecknadel, eine, in der Trachea 258.
- Stein, über einen, des Warthon'schen Ganges 418.
- Stenose, über angeborene, der Nasenhöhlen und des Nasen-Rachenraumes 375.
- Stirnhöhleneriterung, zur Diagnose und Therapie der chronischen 194.
- Stirnhöhlen-Entzündungen, Behandlung der chronischen eitrigen, mit breiter Eröffnung der vorderen Sinuswand und Drainage durch die Nasenhöhle 376.
- Stomatitis und Pharyngitis mycotica leptothricia bei einem Reconvalescenten von Pleuropneumonie 278.
- Streptococcen, die, des normalen und des kranken Mundes 248
- Streptococcusangina, über sogen. 469.

- Streptococcusinfection** 379.  
**Struma**, zur Aetiologie der 466.  
**Stummheit**, ein Fall von hysterischer 472.  
— — — — — mit Agraphie und systematischer Facialisparalyse 287.  
**Stummsein**, Behandlung des hysterischen, mittelst Aetherisation 555.  
**Stummsein**, hysterisches 250.  
—, über eine sogenannte Wunderheilung eines Falles von hysterischem 379.  
—, ein Fall von hysterischem, mit Erhaltung des Singvermögens 287.  
**Sulla tecnica operatoria degli accessi acuti intramastoidei in rapporto colla loro patologia** 513.  
**Supraclaviculardrüsenschwellung**, diagnostischer und prognostischer Werth der 51.  
**Symptomencomplex**, der Ménière'sche 84.  
**Syphilis**, Verwachsungen und Verengungen im Pharynx und Larynx bei der 43.  
**Syphilom** behandelten und geheilten Kranken, Vorstellung eines mit collossalem, an der rechten Larynx- und Halsseite sitzenden 208.
- T**  
**Tachycardie** durch Nasenpolypen hervorgerufen 278.  
**Tachycardie**, Fall von, durch Druck auf den rechten Pneumogastricus während des Verlaufs von Lungentuberculose mit Schwellung der Tracheobronchialdrüsen 425.  
**Tamarindenkorn** im rechten Bronchus; Section 559.  
**Taubheit**, die Ermittlung einseitiger completer 140.  
**Taubstummheit**-Statistik in Niederland 36.  
**Taubstummheit** durch Otitis interna, ein histologischer Beitrag zur 141.  
**Thyroidealkrebs**, über 283.  
**Thyroidectomie** mit nachfolgender Resection der Cartilago cricoidea und der fünf oberen Trachealringe 247.  
**Thyroiditis**, acute, mit Ausgang in Resolution 200.  
— mit Pneumococcen nach einer Pneumonie 246.  
**Thyrotomie**, über Indicationen, Ausführung und Folgen der 426.  
— wegen Larynxsarcom 211.  
**Tinnitus aurium**, die electriche Behandlung des 237.
- Tongrenze**, zur diagnostischen Verwerthung der oberen und unteren 139.  
**Tonsillen**, epileptiforme Krisen und Hypertrophie der 377.  
**Tonsillitis lacunaris**, die infectiöse Natur der 282.  
**Totalexstirpation** einer grossen endonasalen Geschwulst durch die Choane 196.  
**Toxine**, Eingangspforte der 203,  
**Trachealcantilen**, über 529.  
**Trachealcarcinom**, Beitrag zum primären 207.  
**Trachealdiphtheritis**, ein seltener Fall von 204.  
**Trachealecarteur**, neues 425.  
**Trachealkrebs**, primärer 495.  
**Trachealspeiseröhrenfistel** actinomycotischen Ursprunges 425.  
**Trachealstenosen** mittelst Electrolyse, über die Behandlung von 291.  
**Trachealstenosen**, klinische und pathologisch-anatomische Studie über primäre 259.  
**Tracheotomie** behufs Entfernung eines Fremdkörpers 47.  
— mit directem Luftenblasen in Fällen von Asphyxie bei allgemeiner Anästhesie 563.  
—, wann soll man bei Croup dieselbe ausführen? 418.  
— wegen Entzündung des laryngealen Zellgewebes, zwei Fälle von 563.  
— wegen Erstickungskropf 420.  
— wegen Fremdkörper in den oberen Luftwegen 410.  
**Tracheoscopie**, die, und die tracheoscopischen Operationen bei Tracheotomirten 386.  
**Tractionen** der Zunge bei Singultus 378.  
**Traumatische** Längswunde und Durchtrennung des rechten Stimmbandes durch einen schneidenden Fremdkörper 555.  
**Trigeminusneuralgie** und Nasenerkrankung 98.  
**Trommelfell**, Atlas der Beleuchtungsbilder des, im gesunden und kranken Zustande 369.  
**Tuberculin**, über den Werth des, bei der Diagnose der Tuberculose beim Rindvieh 426.  
**Tuberculose** der Aorta 206.  
**Tuberculose**, zwei bemerkenswerthe Fälle von, der obersten Athmungswege 239.

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

Tuberculose zu Diphtheritis, Verhalten der 204.

Tuberculose, acuto perforirende, des Gaumensegels 411.

Tuberculose der Glandula parotis 385.  
Tuberculose, larvirte, der drei Mandeln 279, 280.

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

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

Tumoren, blutende, der Nasenscheidewand, Beitrag zur Aetiologie der 288.

Typhus, pharyngeale Localisation des 381.

**U**lcus der Epiglottis, tuberculöses, mit Auskratzen und Milchsäure behandelt 291.

**V**egenerationen, soll man die adenoiden ohne Ausnahme operiren? 147.

—, adenoiden bei Taubstummen 429.

—, die tuberculösen adenoiden 551.

—, tuberculöse adenoiden 515.

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

Verengerung der Bronchien in Folge des Scleroms 255.

Verengerungen, die Behandlung von, des Kehlkopfs und der Luftröhre mit gläsernen Schornsteincandlen nach Mikulicz 254.

—, über, des Pharynxeinganges 517.

Verhandlungen des ersten österr. Otologentages 293.

Verwachsung, angeborene, der Nasenöffnungen 179.

Vögeldiphtheritis, menschliche und 381.  
Votolini und die Autoscopie des Kehlkopfes 269.

— und die Autoscopie der Luftwege 182.

**W**asserdampfes, über Wirkung des, als Hilfsmittel bei der Serotherapie bei Diphtherie 417.

Weisheitszahn, fehlerhafte Entwicklung eines 516.

Worttaubheit, über urämische 418.

Wucherungen, adenoide im Schlunde 151.

**Z**ähne, gemeinnützige Darstellung über Entstehung, Pflege und Erhaltung der 160.

Zahn am Eingang des rechten Nasenloches mit Reflexsymptomen 278.

Zunge, Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen 376.

Zungenbeingegend, schwere Verletzung der oberen linken 517.

Zungenfremdkörper, über einen 412.

Zungenmandel, über Abscesse der 96.

Zungenpapillitis, über 196.

Zungenpeoriasis 279.

Zungencontractionen, über rhythmische, gegen Asphyxie nach Tracheotomie 412.

## II. Namen-Register.

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

Behrens 506.  
Benda 200.  
Bensaude 246.  
Bergeat 52. 266. 483.  
Bergengrün 155. 256.  
Besançon 243. 469.  
Beverley 240.  
Bidon 419.  
Billot 557.  
Bing 68. 306.  
Birkett 211. 335.  
Blau 408.  
Bland Sutton 151.  
Bliss 198.  
Bloch 140.  
Blumenau 418.  
Boeckel 421.  
Booke 77. 78. 82.  
Boenninghaus 37.  
Boerger 553.  
Bogrow 467.  
Bonain 559.  
Bornay 426.  
Botey 94. 198.  
Boucheron 289.  
Boulay 338. 377. 464. 553.  
Eoulengier 278.  
Bourges 205. 377. 417.  
Bourowicz 383.  
Bouveret 149.  
Bowlby 250. 251.  
Braislin 278.  
Breton 284.  
Brieger 510.  
Brindel 209. 278. 414. 421.  
424. 426. 474. 517.  
Brissaud 199.  
Broeckaert 338.

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

Collier 98. 205.  
Compaired 209. 560.  
Conchon 421.  
Coosemans 550.  
Coradecchi 250. 381.  
Corradi 210. 335. 379. 387.  
Courmont 379.  
Cravy 97.  
Curtis 472.

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

**E**gger 554.  
Egidi 422.  
Ehlich 121.  
Eicat 375.  
Elliot 155.  
Ephraim 60.  
Ertler 515.  
Escat 412.  
Evans 563.  
Ewald 51.

**F**age 277.  
Falkenberg 95. 245.  
Ferras 154. 365.  
Ferrieri 422.  
Finlayson 287.  
Flatau 371.  
du Fougeray 276. 427.  
Fournier 412.  
Fränkel 38. 46. 211. 282.  
Frankenberger 430.

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

**G**aillard 206.  
Galeiani 101.  
Galippe 279.  
Gallez 286. 380.  
Galliard 200  
Gangolphe 420.  
Garel 199. 289. 518.  
de Gassicourt 202.  
Le Gendre 336.  
Gerber 241. 552.  
Geschelin 253.  
Ghika 556.  
Gioffredi 250. 555.  
Girode 51.  
Gleitsmann 41. 154. 209.  
239. 505.  
Glissau 410  
Glover 552.  
Goldschmidt 396.  
Gomperz 185. 307. 322.  
328. 329. 498.

Goodall 204.  
Goodwollie 461.  
Gornow 469.  
Gortinska 248.  
Gouguenheim 146. 413. 417.  
Goureau 468.  
Gradenigo 147. 185. 514.  
Grasset 150. 427.  
Gratia 381.  
Greidenberg 242.  
Greuner 208  
Griffin 244. 287.  
Gruber 21. 63. 67. 136.  
138. 161. 214. 232. 234.  
235. 261. 293. 303. 304.  
309. 310. 311. 319. 323.  
324. 330. 522. 525. 541.  
542. 460. 498. 502.

Guelpa 206.  
Guescheline 561.  
Guida 419.  
Guinard 147.  
Guinon 201.  
Guranowski 522.  
Guye 71. 72. 78.

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

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

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

Körner 82. 462.  
 Kohtowt 470.  
 Kossortow 249.  
 Krasnobajew 472.  
 Kraus 211.  
 Kreidel 137.  
 Krepuska 77. 82.  
 Kroll 26. 472.  
 Kümmler 254.

**L**  
 Labit 555  
 Laborde 384.  
 Lacoarret 424.  
 Laker 196.  
 Landouzy 558.  
 Langier 422.  
 Lannois 49.  
 Lanphear 51 553.  
 Lantin 374.  
 Lanz 284.  
 Laurens 242 559. 564.  
 Lavisé 421.  
 Lavrand 88. 195.  
 Ledermann 552.  
 Ledoux-Lebard 470.  
 Lefébure 425.  
 Legendre 100.  
 Legneu 385.  
 Lemaistre 337.  
 Lemarié 413.  
 Lemoine 336. 411.  
 Lépine 378.  
 Lermoyez 90. 197. 243. 373.  
 374. 513. 551.  
 Lesin 464.  
 Lévi 559.  
 Levrey 556. 564.  
 Levy 50.  
 Léwi 246.  
 Liaras 421.  
 Lichtenberg 33. 35. 513.  
 Lichtwitz 471.  
 Lichwitz 381. 555. 558.  
 Liebe 179.  
 Lindt 456.  
 Logucki 377.  
 Lublinski 423.  
 Luc 195. 207. 376. 468.  
 Lucatello 208.  
 Lunin 87.

**M**  
 Mackenzie 153. 254.  
 Macore 386  
 Malinowski 248.  
 Malutin 238.  
 Manchot 411.

Marfan 284. 423.  
 Marie 246. 252.  
 Marien 385.  
 Marsh 290.  
 Martin 258.  
 Martin-Durr 251.  
 Massei 47. 199.  
 Max 68. 236. 307. 308. 540.  
 Mayer 85. 86. 255.  
 Mayo 564.  
 Mendel 198. 207. 338. 378.  
 383. 474.  
 Merklen 338.  
 Meyer 248. 375. 457. 505.  
 506.  
 Michailow 291.  
 Michelsen 471.  
 Mitchell 560.  
 Moellinsky 463.  
 Moizard 201. 412. 416.  
 Molinié 424.  
 Moll 25. 26. 27. 28. 71.  
 74. 75.  
 Moncorgé 475.  
 Monnier 96. 375.  
 Monod 337.  
 Morf 458.  
 Morgan 153.  
 Morkotun 97.  
 Moty 516.  
 du Moncel 100.  
 Moure 378. 419.  
 Mouriez 410.  
 Moussons 337.  
 Mulford 240.  
 Mulhall 517  
 Mussy 252.  
 Mygind 43.

**N**  
 Nade 559.  
 Naught 252.  
 Navratil, von, 33.  
 Némai 77. 78. 79.  
 Neumann 45.  
 Newcomb 91.  
 Nicaise 409  
 Niehaus 458  
 Noltenius 447.  
 Noquet 87. 257. 340.  
 Norval 38.  
 Nunn 101.

**O**  
 Oertel 159.  
 Onodi 287. 428.  
 Ostmann 389.

**P**  
 Pacinoth 101.  
 Palazzolo 561.  
 Pausat 561.  
 Péan 49. 247.  
 Peck 150. 416.  
 Pel 25. 26. 288.  
 Percepiéd 468.  
 Périer 556. 562.  
 Perrin 101.  
 Perruchet 435.  
 Philippi 506.  
 Pieniasek 386.  
 Pierce 154.  
 Pinard 43.  
 Pinder 147.  
 Pitres 336.  
 Pluder 239.  
 Podack 552.  
 Pogrebinsky 207. 425.  
 Poli 98. 282.  
 Polieoktow 249. 469.  
 Politzer 22. 135 234. 235.  
 295. 305. 309. 310. 316.  
 324. 369. 498. 499. 502.  
 541. 544. 547.  
 Pollak 68. 234. 293. 326.  
 502.  
 Polo 552.  
 Polyák 78. 79.  
 Poncet 282. 283. 422. 425.  
 Poyet 97.  
 de Pradel 207.  
 Praetorius 160  
 Prieur 412.  
 Przedborski 350 399.  
 Ptocas 247.

**Q**  
 Quénu 259.

**R**  
 Bachet 260.  
 Radzich 102.  
 Rangé 90. 92. 473.  
 Reclus 92.  
 Redmer 275.  
 Reinhard 27. 29. 75.  
 Reintjes 23. 25.  
 Rendu 100. 466.  
 Reuter 242.  
 Reynier 259.  
 Revillod 204. 279.  
 Rice 48. 427. 560.  
 Richelot 423.  
 Ridola 258.  
 Ripault 204. 277.

- Ripaut 557.  
de Roaldès 384.  
Robinson 461. 462.  
Rocaz 337.  
Rochar d 411.  
Roemisch 98.  
Röpke 512.  
Rosenbaum 516.  
Rosenberg 465. 470.  
Rosenheim 46.  
Rosenthal 93. 556.  
de Rossi 288  
Rouffilange 201.  
Rousseaux 103.  
Roux 205.  
Rudolph 275.  
Rüddinger 518.  
Rupp 461.  
Rutten 208.
- S**acaze 414.  
Samgin 248.  
Sandfort 87. 90.  
Santi 410.  
Santucci 339.  
Sargnon 560.  
Scatchard 96.  
Schech 194. 548.  
Scheibe 141.  
Scheier 209.  
Schleicher 30.  
Schmiegelow 274. 376.  
Schroeder 409.  
Schroetter, von, 477. 522.  
Schwager 58.  
Schwendt 455.  
Secrétan 459.  
Semon 151. 244. 286. 335.  
Sendziak 238. 384.  
Scrapin 251.  
Serenin 90.  
Setschkarew 470.
- Sevestre 45. 202. 380.  
Shuttleworth 99.  
Siebenmann 456. 458.  
Siegel 197.  
Siethoft, ten. 73.  
Sikkel 69. 71.  
Simonis 285.  
Simpson 462. 506.  
    iraud 250.  
    Smith 462.  
v. Sokolowski 382.  
Sokolowsky 289.  
Sollier 287.  
Spencer 283.  
Spengler 291.  
Spicer 286. 287.  
Spira 308. 309.  
Spralling 88.  
Stetter 113.  
Stieda 38. 255.  
Stipanits 78. 79.  
Stocquart 200.  
Störck 385.  
Straight 240.  
Straus 86.  
Strazza 259.  
Swiatlowski 471.  
Symes 409.  
Symonds 291.  
Szenes 35. 78. 80.
- T**alamon 411.  
Terrier 475.  
Thibierge 202.  
Thiéry 563.  
Thomas 337. 379. 466.  
Thomson 37. 277.  
Thost 1. 165. 224. 529.  
Thouvenet 280.  
Tidey 149.  
Tillaux 44.  
Tissot 517.
- Toti 513. 561.  
Touchard 288.  
Treitel 187.  
Tochlenow 469.  
Tuffier 427.  
Turner 467.  
Tussau 245.
- U**rbantschitsch 65. 67. 84.  
    234. 235. 300. 301. 309.  
    319. 323. 497. 498. 499.  
    543. 544. 546.
- V**ariot 417. 558.  
Vedel 427.  
Vinogradski 562.  
Vulpius 148. 187.
- W**agenhäuser 141.  
Wagner 94. 206. 428.  
Waldow 88.  
Walter 465.  
Waring 92.  
Watson 278  
Weber 426.  
v Weismayr 477.  
Whrigt 461. 462. 506.  
Widal 248. 469.  
Williams 256.  
Winckler 91. 197.  
Wingrave 465.  
Winogradski 159.  
Wischnakow 244.  
Wolfenden 281.  
Wolff 42.
- Z**aufal 476. 549.  
Ziem 13. 132. 279.  
Zilgren 48.  
Zuckerhandl 53. 105.  
Zwaardemaker 31. 42. 70.  
    71. 73. 185. 236. 242. 277.  
Zwillinger 31. 76. 78. 80.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Welmze** (Leipzig), Dr. **Hepmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurass** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Ondi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schäppling** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störek** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

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

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

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3 1/2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.  
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, Januar 1896.

No. 1.

### I. Originalien.

#### Ueber die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen Rachenmandel.

Vortrag

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

Von

Dr. Arthur Thost, Hamburg.

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

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



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

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

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

Dagegen ist das erbliche Moment in die Augen springend.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich kann diesen Fällen aus eigener Erfahrung einen Fall beifügen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es gilt dies zunächst von den acuten Entzündungsprocessen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Fränkel theilt dieselbe Beobachtung mit.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obenan stehen die Lymphdrüsenanschwellungen.

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

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

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

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

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

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

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

Luschka fügt hinzu:

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

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

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

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

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

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



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

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

Ein sehr typisches Beispiel sah ich vor wenigen Wochen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ich stimme auch völlig mit der Bemerkung von Halbeis (Die

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beide Symptome schwinden sofort nach der Operation.

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

In zwei Fällen sah ich den Pavor nocturnus als Hauptsymptom

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

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

Nach der Operation schwanden sofort alle diese Erscheinungen.

Ganz ähnlich ist der zweite Fall.

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

Auch diese Erscheinungen schwanden völlig nach der Operation.

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

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

Die Zurückbildung der Rachenmandeln beginnt normaler Weise in der Pubertätszeit.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Ueber Fremdkörper in der Kieferhöhle.

Von  
C. Ziem.

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

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

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

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

Beobachtungen erwähnt, in denen diese Procedur „trotz Aufbietung aller Kraft“ nicht gelungen ist, während ähnliche Vorkommnisse mir mündlich auch von Augenzeugen derartiger, da oder dort unternommener Operationsversuche mitgeteilt worden sind. Denn dass hierbei und in Folge einer ungeeigneten Bewegung, sei es des Operateurs, sei es des gemarterten Kranken, das Instrument leicht abbrechen und in der Wandung des Sinus stecken bleiben kann, ist ohne Weiteres klar und thatsächlich auch vorgekommen. Um störende Reflexbewegungen Seitens des Kranken zu verhindern, kann man denselben natürlich ja narcotisiren und dann auch umfängliche Resectionen an den Wandungen der Kieferhöhle vornehmen; doch ist das für die grösste Uebersahl aller Fälle gänzlich unnöthig und man kommt mit der amerikanischen Bohrmaschine und an dieselbe angesetzten speerförmigen, bis zu 6 Mm. breiten oder auch noch breiteren Fraisen wohl immer aus unter Bethätigung des cito, tuto et jucunde, so dass ich bei mehr als 500 Anbohrungen der Kieferhöhle noch niemals narcotisirt oder ein Operationsinstrument abgebrochen habe. Drillbohrer, welche ich bis z. J. 1887 selbst benutzte, und Kurbelapparate, wie die von Collin, Ollier und anderen Autoren angegebenen, arbeiten natürlich wesentlich langsamer und haben auch eine viel unsicherere Führung als der Umlauf, der im Uebrigen ja auch eine so vielseitige Verwendung zulässt. Für unsere Zwecke ist der Umlauf mit Fussbetrieb<sup>2)</sup> z. Z. noch das Beste, will man aber etwas ganz Besonderes haben, zur Herabsetzung der Erschütterung der Gewebe, des in unserer bacterienstüchtigen Zeit zu wenig gewürdigten Traumatismus von Pirogoff, auf ein Minimum, so treibe man die Spirale des Umlaufs mit Wasserdruck, einer auf grossen Werften zum Durchlochen von Eisenplatten gebräuchlichen Einrichtung, die auf unserem Gebiete und überhaupt in der Chirurgie allerdings wohl in Frankreich, England, Oesterreich, Russland und Amerika und anderen reichen Ländern, aber wohl kaum in Deutschland oder nun gar in Westpreussen sich verlohnen dürfte. Zur Erweiterung einer gemachten Oeffnung setze man einfach eine breitere Fraise an den Umlauf an, meide dagegen den scharfen Löffel, der leicht abbrechen kann und in meinem eigenen Krankheitsfalle, und ohne Verschulden von meiner Seite, hierbei auch abgebrochen ist.

b. Was die Anwendung von Obturatoren oder Drainageröhren betrifft, die auch in Combe's Fall zu den beobachteten Zufällen Veranlassung gegeben, so kann ich meine schon früher geäusserte Ansicht über die gänzliche Unnöthigkeit derartiger Apparate in der Behandlung der Eiterungen der Kieferhöhle nur wiederholen<sup>3)</sup>: man sollte sich endlich davon überzeugen, dass ein Brotkrümchen oder eine Fleischfaser oder etwas Ähnliches, das beim Essen allenfalls einmal in die eröffnete Kieferhöhle hineingerathen wäre, Schaden doch unmöglich hervorbringen kann, wenn man eine Ausspülung des Sinus dann nachfolgen lässt. Bei mir selbst, wo eine etwas grössere Operationsöffnung

---

<sup>2)</sup> Mechaniker G. Miller, Berlin SO., Brückenstr. 10.

<sup>3)</sup> Therapeut. Monatshefte 1888, März und April; ev. vergl. auch meine inzwischen erschienenen ausführlicheren Darlegungen im Journal of Laryngology 189<sup>7</sup>, No. 11.

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

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

2) Was die Behandlung in die Kieferhöhle hineingerathener Fremdkörper anlangt, so hat Pirogoff Spontanentwicklung von Kugeln in die Nasen- oder Mundhöhle mehrfach gesehen und erklärt darum und weil er solche durch Trepanation oder ein anderes operatives Vorgehen niemals selbst entfernt habe, dass man mit der Entfernung von Fremdkörpern hier nicht zu eilen brauche<sup>5)</sup>. Aehnliche Fälle von langem Verweilen von Kugeln in der Kieferhöhle sind von Dupuytren<sup>6)</sup>, von Hyrtl<sup>7)</sup> u. a. A. erwähnt worden. Aber das sind ja offenbar ganz andere Verhältnisse als die hier zunächst in Betracht kommenden: dort gesunde, in der Fülle der Kraft verwundete Personen, hier an mehr oder weniger hochgradiger Eiterung oft seit Langem leidende; dort eine gesunde Schleimhaut der Kieferhöhle, hier eine mächtig veränderte. Das Verweilen der Fremdkörper in den letzteren Fällen muss daher auch zu viel schwereren Erscheinungen führen und ihre möglichst baldige Entfernung ist deshalb dringend geboten. Zu diesem Zwecke stehen unter Anderem die folgenden Verfahren zur Verfügung:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e. die breite Eröffnung des Sinus von der Fossa canina aus, ein Verfahren, das man natürlich nur als letztes Mittel anwenden wird<sup>8)</sup>.

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

---

## Echte und falsche Choanenverschlüsse.

Von

Dr. Egmont Baumgarten, Budapest.

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

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

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

---

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 26. November 1895.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Pollak.

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

die Versammlung einverstanden erklärt. Die Monographie wird der Gesellschaftsbibliothek eingereicht<sup>1)</sup>.

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

Spätnaht nach künstlicher Eröffnung des Warzenfortsatzes.

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

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

#### Abnormitäten am Schläfebeine.

##### 1) Abnormes Loch an der Schuppe des Schläfebeines.

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

---

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

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

2) Abnorme Spalte am Dache der Trommelhöhle.

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

Prof. Politzer: Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.

P. demonstrirt:

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

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

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

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

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

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

Arnheim, 9. Juni 1895.

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

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

### **Vorträge.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Herr Pel: Wie stellt Votr. die Prognose?

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. Schleicher: Demonstration eines galvanocaustischen Griffes mit Rheostat.

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

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

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

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

H. Burger.

(Schluss folgt.)

## Gesellschaft der ung. Ohren- und Kehlkopffärzte.

(XIII. Sitzung vom 17. October 1895.)

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

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

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

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

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

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

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

#### Discussion:

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

#### Discussion:

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

Hr. Lichtenberg beruft sich demgegenüber auf den Operationsbefund.

## II. Referate.

### a) Otologische:

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

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

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

Die Frequenz der Taubstummheit in Niederland beträgt 0.044 0/0. Die Männer überwiegen mit 1007 gegen 890 weibliche Taubstumme.

Bei der statistischen Bearbeitung sind die 355 Fälle, wo nähere Angaben fehlen, ausser Betracht gelassen. Auffallend ist, auch in dieser Statistik, die grosse Frequenz der jüdischen Taubstummen (10 0/0, während nur 2.2 0/0 der Bevölkerung jüdischer Rasse ist).

Unter den 1622 Taubstummen konnten 219 Mal (13.5 0/0) hereditäre Momente nachgewiesen werden. Bei diesen 219 Taubstummen bestand in 77 Fällen Consanguinität der Eltern, und verhältnissmässig viel häufiger bei den jüdischen als bei den anderen Taubstummen.

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

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

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

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

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

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

---

### b) Rhinologische:

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

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

---

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

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

Beschorner.

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

Krankengeschichte eines Falles von Angioma des Septum narium bei einem 22jährigen Mädchen, welches ihr Leiden — Nasenbluten — auf einen Fall vor 9 Monaten zurückführt. Die Entfernung des runden, röthlich braunen Tumors verursachte eine derartige Hämorrhagie, dass Patientin in ein Hospital gebracht und daselbst die Exstirpation vollendet wurde. Die wiederkehrenden Blutungen wurden schliesslich durch Cauterisationen gestillt, die microscopische Untersuchung ergab Fibroangiom.

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

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

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

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

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

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

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

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

Beschorner.

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

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

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

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

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

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

Beschorner.

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

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

M. Schm.

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

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

M. Schm.



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

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

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

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

Beschorner.

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

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

Beschorner.

### c) Pharyngo-laryngologische :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Beschorner.

**Das Fortbestehen der Bacillen bei von Diphtheritis geheilten Kindern.**

(Sur la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphtérie.) Von Dr. Sevestre. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 8 Février 1895 und Semaine médicale No. 8, 1895.)

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

Dr. P. K.

**Bemerkungen über einen Fall von Rundzellen-Sarcom, behandelt mit Erysipelas und Bacillus prodigiosus nach Excision desselben.**

(Notes on a case of round-celler sarcoma, treated by Erysipelas and prodigiosus toxines after excision.) Von Dr. F. T. Chamberlain. (Virginia Medical Monthly, June 1895.)

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

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

G-n.

**Experimentelle Untersuchungen über die feineren Functionen der Larynxmuskeln.**

(Recherches expérimentales sur le mécanisme intime des muscles du larynx.) Von Dr. Neumann. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

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

Dr. P. K.

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

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

Beschorner.

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

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

Dr. P. K.

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

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

Gorodecki.

**Tracheotomie behufs Entfernung eines Fremdkörpers, welcher 3½ Monate im linken Bronchus sich befunden hatte.** (Tracheotomy for the removal of a Foreignbody from the left bronchus of three and a half months stunding.) Von Dr. M<sup>c</sup>Caleb. (New-York. Polyclinic, July 1895.)

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

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

G—n.

---

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

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

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

Beschorner.

---

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

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

Dr. P. K.

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

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

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

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

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

---

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

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

---

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

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

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

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

Beschorner.

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

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

Dr. P. K.



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

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

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

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

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

G—n.

---

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

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

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

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

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

G—n.

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

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

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

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

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

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

Lanphear giebt die Literatur von 71 Fällen von Sarcom der Tonsillen. G—n.

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

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

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

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

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

Beschorner.

## INHALT.

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

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblenz).

Expeditiionsbureau: 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. B. Voltolini und  
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gempertz** (Wien), Dr. **Weinke** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (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. **Ondt** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **H. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Well** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

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

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

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

---

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

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

---

Jahrg. XXX.

Berlin, Februar 1896.

No. 2.

---

## I. Originalien.

### Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Ohrtrompete.

Von

Prof. Dr. E. **Zuckerlandl**, Wien.

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

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

*Phalangista vulpina* (Fig. 1 und 2).

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

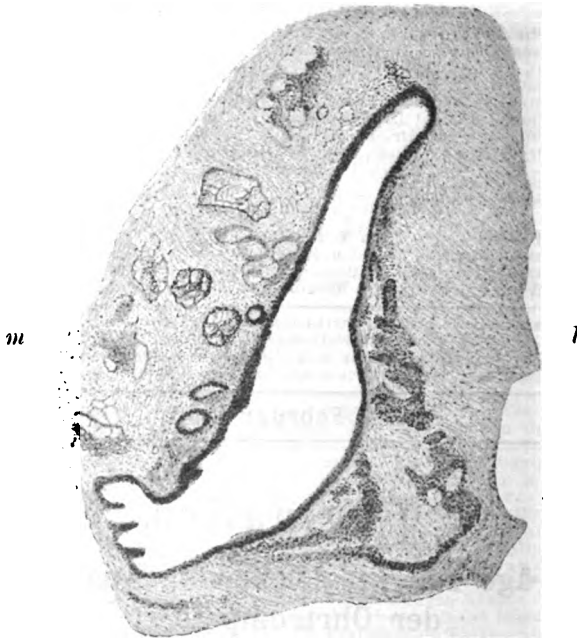


Fig. 1.

Phalangista. 1 — laterale, m — mediale Tubenplatte.



Fig. 2.

Phalangista. Ein Stück der medialen Tubenwand bei starker Vergrößerung.

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

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

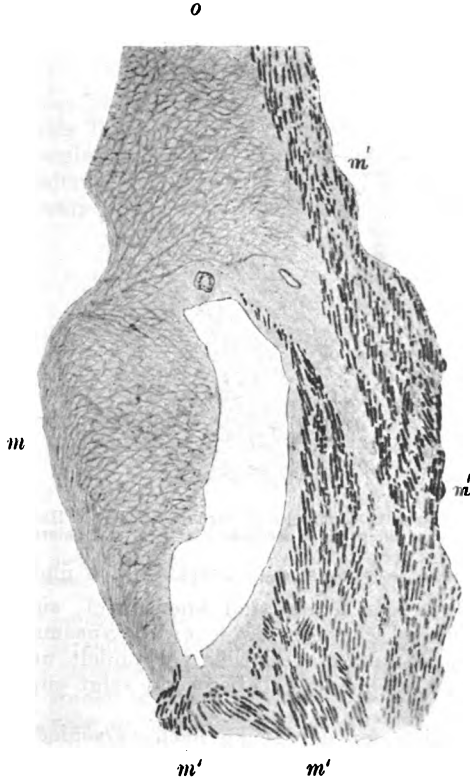


Fig. 3. Phascolarotus. Querschnitt durch die laterale Hälfte der Tube.  
o — oben, m — mediale Tubenplatte, m' — Muscularatur.

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

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

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

Epithel grossentheils abgefallen; das noch vorhandene ist cylindrisch.

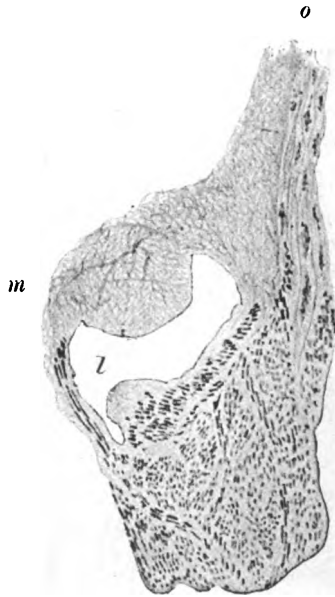


Fig. 4. Phascolarctus. Querschnitt durch die laterale Hälfte der Tuba.  
o — oben, m — mediale Platte, l — l. Leiste.

#### Phascolarctus cinereus (Fig. 3 und 4).

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

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

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

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

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

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

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

#### *Procyon lotor* (Fig. 5).

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



Fig. 5.

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

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



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

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

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

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

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

(Schluss folgt.)

---

## Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch.

Von

Dr. Schwager, Kaiserslautern.

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

Bei der Untersuchung ergab sich nun Folgendes:

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

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

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

Das Trommelfell zeigt, abgesehen von einer unbedeutenden Trübung und einer geringen Verkürzung des Lichtkegels, annähernd normale Verhältnisse. Die Hörweite für die Uhr beträgt  $\frac{60}{100}$ ; Lücken in

der Tonscala bestehen nicht: C<sub>1</sub> wird auf beiden Ohren gleichmässig percipirt; der Rinné'sche Versuch fällt beiderseits positiv aus. Luftverdünnung im äusseren Gehörgang, sowie das Politzer'sche und Valsalva'sche Verfahren üben keinerlei Einfluss auf die Stärke und Zahl der Geräusche aus. Irgend welche sichtbaren Bewegungen am Trommelfell finden nicht statt. Der Befund am rechten Trommelfell ist ungefähr der gleiche. Im rechten Ohr ist kein Geräusch hörbar.

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

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

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

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

Eine mit der obigen ganz ähnliche Beobachtung theilte Kaufmann<sup>1)</sup> aus der Klinik Gruber's mit; sie weicht von der meinigen nur insofern ab, als bei dem nervös veranlagten Jungen die Geräusche zeitweise von einem Ohr auf das andere übersprangen und zur Nacht-

<sup>1)</sup> Diese Monatsschrift 1894, No. 5, pag. 141.

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

## Ueber die directe Laryngoscopie (Autoscopie).

Von

Dr. A. Ephraim in Breslau.

Vor Kurzem<sup>1)</sup> hat Kirstein<sup>2)</sup> eine Methode angegeben, mittelst deren es gelingt, den Kehlkopf und die Trachea ohne Hilfe eines Spiegels oder einer auf dem Princip desselben beruhenden Vorrichtung zu besichtigen. Noch bevor man in der Lage gewesen war, sich über diese Methode ein Urtheil zu bilden, gab der Verfasser eine Aenderung derselben an<sup>3)</sup>, welche zweifellos als eine sehr erhebliche Verbesserung angesehen werden muss sowohl bezüglich der Belästigung, die dem Patienten erwächst, als auch bezüglich der Extensität des Ergebnisses. Bei dem ersten Verfahren musste die Untersuchung in liegender Stellung des Patienten bei hängendem, oder in sitzender Stellung bei ganz stark zurückgebogenem Kopfe vorgenommen werden; und auch so war der Anblick des gesammten Larynx nicht möglich. Da beide Uebelstände bei der neuen Methode in Wegfall kommen, auch Kirstein sich nunmehr ausschliesslich derselben zu bedienen scheint, so kann die ältere wohl als abgethan betrachtet werden. Ich habe daher lediglich die neuere in der letzten Zeit an einem grösseren Material in Anwendung gezogen; über die gemachten Beobachtungen sei mir gestattet, in Kurzem zu berichten.

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

1) Eingesendet im September 1895.

2) Berlin. klin. Wochenschrift 1895, 22.

3) Therap. Monatsh. 1895, Juli.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 28. Januar 1896.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Pollak.

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

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

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

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

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

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

### Coloboma auriculae, gelungene Plastik.

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

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

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

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

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

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

nicht die geringste Reactionserscheinung bemerklich machte, durch 8 Tage belassen. Als jetzt der Verband abgenommen wurde, waren die Wundränder überall verwachsen und die Stellung der Ohrmuschel nun derartig, dass der Winkel noch etwas geringer erschien, als auf der anderen Seite. Die Hefte wurden nunmehr entfernt und vorsichtshalber noch durch einige Tage ein entsprechender Verband belassen. Nunmehr ist in der Stellung der beiden Ohrmuscheln kein Unterschied wahrzunehmen und auch die Vereinigung der Spaltränder ist vollkommen gelungen<sup>1)</sup>.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Arnheim, 9. Juni 1895.

(Fortsetzung zu No. 1.)

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

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

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

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

B. Zwei Fälle von Rhinolith.

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

C. Ein Fremdkörper im Kehlkopf.

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

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

#### D. Congenitales Fibrom der Nase.

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

#### VIII. H. Zwaardemaker: A. Ueber Toynbee's Otopscop.

Z. hebt hervor, dass die Otopscope gewöhnlich aus Materialien, welche den Schall sehr schlecht leiten, angefertigt sind, so dass die Uebertragung des Schalles durch Wandleitung fast gänzlich wegfällt. Es ist die Luft, welche die Leitung besorgt. In Folge dessen ist die Grösse der Lichtung von wesentlichem Einfluss. Um dies zu zeigen, beschreibt Redner einen Versuch, wo die Hörzeit einer C<sup>2</sup>-Stimmgabel auf Klangboden durch ein weites und ein enges Otopscop bestimmt wurde. Diese Zeiten waren 65 resp. 53 Secunden. Es ist also gut, eine Lichtung zu wählen, welche derjenigen des äusseren Gehörganges entspricht. In der Regel wird ein Durchmesser von 6 Mm. zweckentsprechend sein. Dieser Durchmesser soll im ganzen cylindrischen Raum vorhanden sein, auch im auralen Abschnitt, wo derselbe gewöhnlich kleiner ist wie in der Cautchuc-Schlange. Beim Festhalten des Otopscopes sind nur ganz allmähliche Krümmungen gestattet. Hierzu ist nothwendig, dass Pat. das Instrument in der Richtung nach unten und hinten hält. Der Arzt soll dasselbe ziemlich tief in's Ohr einsetzen. Dies ist nur möglich, wenn die Wand dünn ist. Dann stellt sich das Otopscop von selbst in die Richtung des Gehörganges.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Einige seltenen Gehörsfelder.

Zuerst zeigt Votr. drei Gehörsfelder von Patienten mit Schädelbasisfractur. Zum Vergleiche werden Fälle von Labyrinthtaubheit nach Lues und nach Parotitis vorgelegt. Weiter Gehörsfelder von Sclerose, von mit Chininvergiftung complicirter Sclerose und von Labyrinthtaubheit nach Artillerie-Feuer. Das nächste Gehörsfeld ist von einem Falle von Retinitis pigmentosa, als Familienkrankheit aufgetreten. Hierbei eine auffällige Taubheit von eigenthümlicher Form. Die untere Grenze der Tonleiter wurde auf beiden Seiten bei E<sup>2</sup> (20 doppelte Schwingungen), die obere Grenze bis ais<sup>6</sup>, links bei a<sup>6</sup> gefunden. Dazwischen bestand eine für alle Töne ziemlich gleichmässige Herabsetzung der Hörschärfe. Das Gehörsfeld hat eine Oberfläche rechts von  $\frac{1}{3}$ , links von  $\frac{1}{4}$  der normalen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Discussion wird auf die nächste Versammlung verschoben.  
H. Burger.

## Gesellschaft der ung. Ohren- und Kehlköpferärzte.

(XIV. Sitzung vom 21. November 1895.)

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

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

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

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

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

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

#### Discussion:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Herr Stipanits: Entfernung der unteren Nasenmuschel.

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

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

#### Discussion:

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

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

3) Herr Némai: Kehlkopfnarben nach hochgradigen tuberculösen Destructionen.

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

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

#### Discussion:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Discussion:

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

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

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

## II. Kritiken.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Ausstattung des Buches ist eine glänzende. Gruber.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gomperz.

---

### III. Referate.

#### a) Rhinologische:

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

Operation, vollständige Heilung.

Dr. P. K.

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

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

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

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

Dr. P. K.

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

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

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

Dr. P. K.

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

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

Beschorner.

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

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

Dr. P. K.

**Zur Casuistik der Rhinolithen.** Von W. J. Lunin. (Medicinske Obozrenje No. 19, 1895.)

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

Gorodecki.

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

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

Dr. P. K.

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

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

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

Beschorner.

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

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

Dr. P. K.

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

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Beschorner.

---

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Beschorner.



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

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

Dr. P. K.

**Entfernen eines Sequesters und eines Zahnes aus dem Nasenboden.**

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

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

Dr. P. K.

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

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

Dr. P. K.

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

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

Gorodecki.

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

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

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

---

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

---

## b) Pharyngo-laryngologische:

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

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

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

Dr. P. K.

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

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

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

- 11) im hintern **Mediastinum** liegt die **Masse** zwischen **Speiseröhre** und **Wirbelsäule**, weiter unten zwischen **Speiseröhre** und **Aorta descendens**;
  - 12) die untere Grenze der **Masse** liegt am **IX.—X. Brustwirbel**;
  - 13) die **Masse** dringt nirgends aus dem **retrovisceralen** Raum in den **prävisceralen**, auch nicht aus einem **Mediastinum** in's andere, so dass **retrovisceraler** Raum und **hinteres Mediastinum** einen **zusammenhängenden** und von den **Nachbarräumen** fest abgegrenzten Raum darstellen.
- Gorodecki.

---

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

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

Beschorner.

---

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Gorodecki.

---

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

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

Dr. P. K.

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Beschorner.

---

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

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

Dr. P. K.

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

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

Dr. P. K.

---

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

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

Gorodecki.

---

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

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

Beschorner.



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

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

Beschorner.

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

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

Dr. P. K.

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

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

M. Schm.

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

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

M. Schm.

---

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

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

Gorodecki.

---

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

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

(Gorodecki.)

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

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

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

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

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

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

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

Gorodecki.

---

**Temperatursteigerungen nach Einspritzen von Diphtheritisserum.**

(Des modifications de la température consécutives aux injections de sérum antidiphthérique.) Von DDr. Rendu u. Legendre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 8 Mars 1895 und Semaine médicale No. 18, 1895.)

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beschorner.

**Fibrinöse Membranen auf tuberculösen Geschwüren des Kehlkopfes.**  
Von P. Radzich. (Medicinskoje Obosrenje No. 19, 1895.)

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

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

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

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

Gorodecki.

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

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

Dr. P. K.

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

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

Dr. P. K.

Notiz.

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

**I N H A L T.**

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

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 Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.

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

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Heschorner (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gemperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Ouedi (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. Störek (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

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

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

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

---

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

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

---

Jahrg. XXX.

Berlin, März 1896.

No. 3.

---

## I. Originalien.

### Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Ohrtrumpete.

Von.

Prof. Dr. E. Zuckerkandl, Wien.

(Schluss zu No. 2.)

Seehund (Fig. 6—8).

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

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



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

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



Fig. 6.

Seehund. Querschnitt der Tuba am Ostium pharyngeum.

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

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

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

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

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

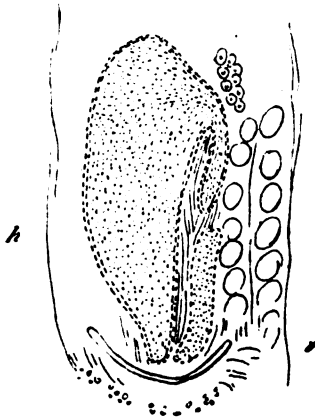


Fig. 7.  
Seehund. Querschnitt der Tuba mehr lateral.  
v - vorne. h - hinten.

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

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

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

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

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

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

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

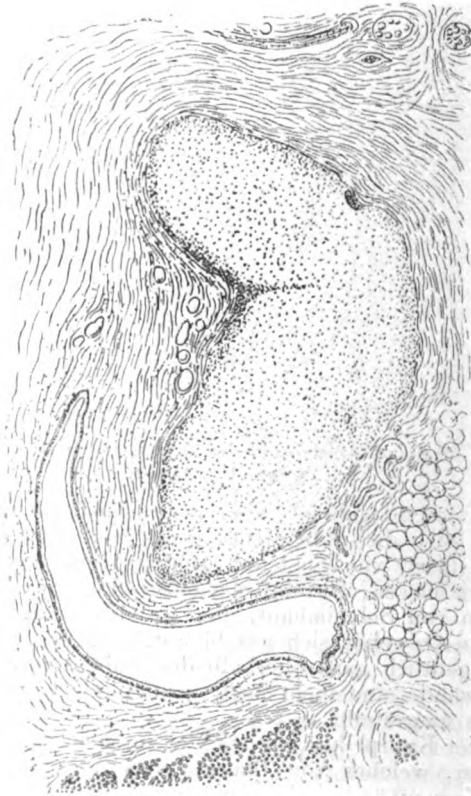


Fig. 8.

Seehund. Querschnitt der Tuba nahe dem Ostium tympanicum.

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

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

Die Schleimhaut der Tuba ist äusserst drüsenarm.

Das Epithel ist abgefallen.

#### Propithecus diadema (Fig. 9, a—d).

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

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

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

Betrachten wir nun einige der Querschnitte etwas näher.

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

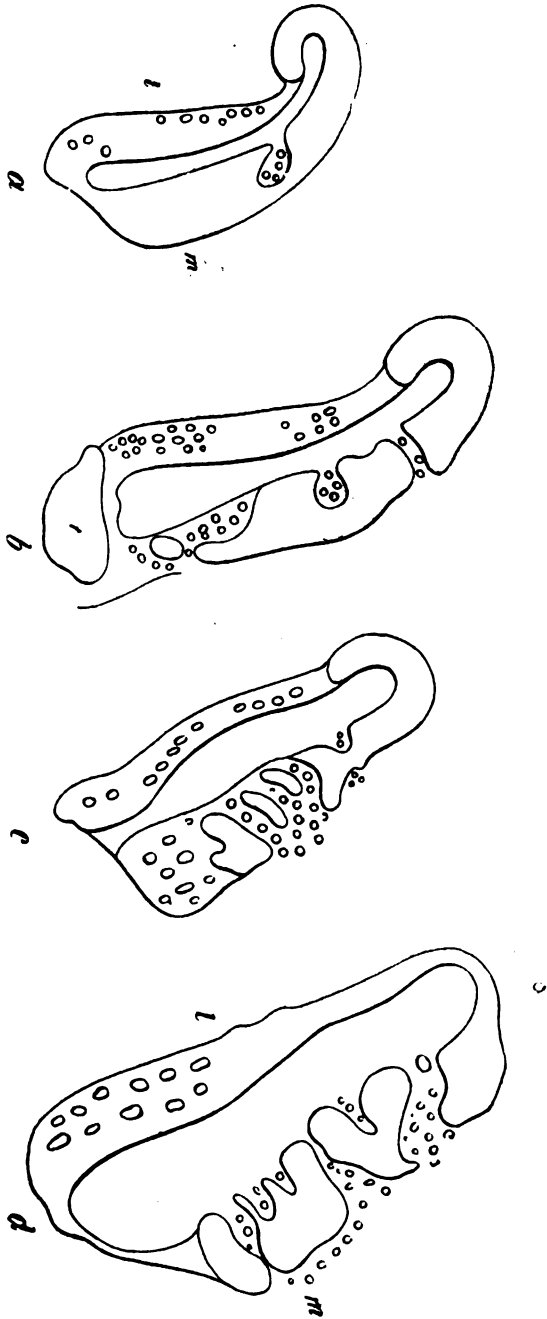
An anderen, mehr lateralwärts gelegenen Querschnitten beobachtet man, dass die Knorpelstücke bald an ihrer vorderen, bald an ihrer hinteren Seite unter einander zusammenhängen. Die Drüsen liegen bald in vorderen Nischen des Knorpels und hängen diesfalls mit den Drüsen der Schleimhaut zusammen, bald befinden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

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

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

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

Die laterale Tubenwand ist fibrös, in der seitlichen Hälfte dicker



[Fig. 9. Propithecus. Tubenquerschnitte. a\* und b lateral. c und d medial.]  
l — laterale, m — mediale Platte, t — basale Toiste.  
[ Die eingekreisten Ringe repräsentieren das Drüsenverhalten. (Schematisch.) ]

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

Die Schleimhaut ist dick und enthält viele Drüsen.

Epithel abgefallen.

Der Levator und Tensor palati repräsentiren sich ähnlich wie beim Menschen; letzterer besitzt keinen Ansatz am Processus pterygoideus.

#### *Simia troglodydes* (Fig. 10).

Die Tuba hat mit der des Menschen die grösste Aehnlichkeit. Nahe dem Ostium pharygeum ist die Einrollung des Tubenhakens noch nicht ausgesprochen, wohl aber im lateralen Antheile der Ohrtrompete. Hier bildet der Knorpel eine einheitliche, stark eingerollte

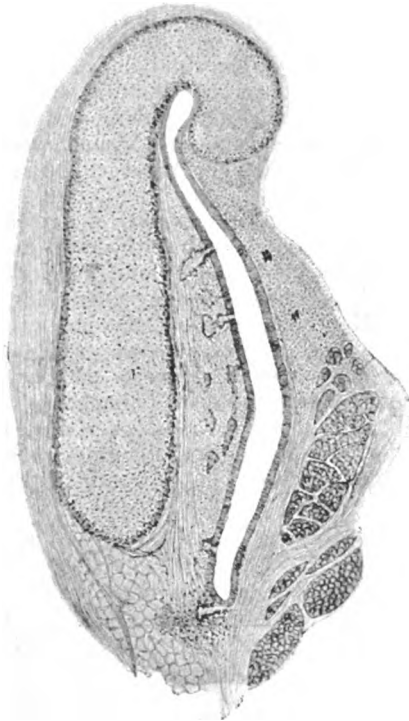


Fig. 10.

Platte, während medial der Haken durch eine drüsenhaltige Bindegewebsmasse von der medialen Tubenplatte abgetrennt ist. Die laterale Hälfte des Tubenbodens enthält ein Knorpelstäbchen. Dieses wie auch der übrige Knorpel ist hyalin, jedoch zeigt die Grundsubstanz eine asbestartige Zerklüftung.

Das Tubenlumen zeigt ein deutliches Sicherheitsröhrchen, dessen Schleimhautbegrenzung zart und drüsenlos ist. In der Hilfsspalte ist die Schleimhaut dick und drüsenreich, insbesondere an einer Stelle, wo die vom Haken getrennte mediale Tubenplatte stark verjüngt ist. Hier erstreckt sich überdies die Drüsenmasse bis unter den kaum gebogenen Haken. Schleimhaut an medialer Tubenwand und am Boden leicht gefaltet. An der lateralen Wand ist die Faltung oben nur angedeutet.

Die freie Schleimhautfläche trägt cylindrisches Flimmerepithel. —

Das Resumé der beschriebenen Details ergibt einige bemerkenswerthe Momente über die Structur der Tuba, das Verhalten des Knorpels zum Lumen und der Drüsen zu den Tubenwänden, die ich kurz zusammenfassen möchte.

Hinsichtlich der Structur der medialen Tubenwand zeigt sich, dass dieselbe ähnlich wie bei *Echidna* und *Macropus* auch bei *Phalangista* und *Phascolarctus* eine fibröse Beschaffenheit aufweist. Bei *Procyon* ist die mediale Tubenwand gleichfalls fibrös, doch treten in derselben auch schon Knorpelkerne auf. Beim Seehund, Schimpansen und bei *Propithecus* ist die mediale Tubenwand knorpelig.

Sehr auffallend ist die Form der Ohrtrumpete beim Seehund, indem im Gogensatze zu den Tuben der anderen Säugethiere der Tubenknorpel oberhalb des Lumens zu liegen kommt, was überdies in Folge seiner Grösse in einem auffallenden Missverhältnisse zur Kleinheit der Lichtung steht.

Das Gefüge der medialen Tubenwand ist bei einigen der beschriebenen Thiere (am schönsten bei *Propithecus*), kein homogenes, da Drüsenmassen derart reichlich die Wand durchwachsen, dass diese letztere förmlich in ein Fachwerk umgewandelt erscheint. Dieses Verhalten kehrt beim Menschen wieder, indem wir auch hier häufig Drüsenconglomerate antreffen, welche stellenweise den Knorpel seiner ganzen Dicke nach durchsetzen. Ich weise diesbezüglich nur auf einen Fall hin, in welchem in der medialen Tubenhälfte an einer Stelle der Haken durch einen drüsenhaltigen Spalt von der Platte getrennt ist und in welchem ferner durch Drüsen eine dem Lumen zunächst liegende Schichte der hinteren Tubenwand in Form einer dünnen Scheibe abgespalten wurde.

## VII. Jahresbericht vom 1. Januar 1895 bis 1. Januar 1896 aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund- Krankheiten.

Von  
Professor Dr. **Stetter**.

Im Jahre 1895 sind im Ganzen 1720 Kranke behandelt worden, und zwar:

855 Ohrenkranke,  
507 Nasen- und Halskranke,  
317 Zahn- und Mundkranke,  
41 an anderen Krankheiten Leidende.

Von diesen Patienten stammten

1137 aus Königsberg,  
457 aus Ostpreussen,  
22 aus Westpreussen, Pommern, Posen,  
104 aus Russland.

Bezüglich des Alters und des Geschlechtes der im Jahre 1895 behandelten Patienten ergaben sich folgende Tabellen:

### A. Ohrenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	11	7	18
1—10 Jahre	79	88	167
11—20    "	97	100	197
21—30    "	73	85	158
31—40    "	76	60	136
41—50    "	49	40	89
51—60    "	34	26	60
61—70 und darüber	9	21	30
	428	427	855

### B. Nasenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	2	0	2
1—10 Jahre	12	26	38
11—20    "	25	55	80
21—30    "	12	37	49
31—40    "	13	24	37
41—50    "	13	11	24
51—60    "	6	8	14
61—70 und darüber	3	5	8
	86	166	252



C. Halskranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	1	1	2
1—10 Jahre	28	23	51
11—20 „	18	35	53
21—30 „	20	44	64
31—40 „	30	19	49
41—50 „	10	12	22
51—60 „	2	8	10
61—70 „	1	3	4
	110	145	255

Wie in den früheren Jahresberichten, habe ich in der folgenden Tabelle alle seit dem 1. Januar 1889 behandelten **Ohrenkranken** nach ihrem Lebensalter zusammengestellt und daraus ergibt sich wiederum das grosse Uebergewicht der Patienten im jugendlichen Alter.

Tabelle

der vom 1. Januar 1889 bis zum 1. Januar 1896 behandelten Ohrenkranken:

Alter	männlich	weiblich	Summa
1 Jahr	82	59	141
1—10 Jahre	739	681	1420
11—20 „	935	586	1521
21—30 „	534	529	1063
31—40 „	407	320	727
41—50 „	347	273	620
51—60 „	225	201	426
61 und darüber	136	174	310
	3405	2823	6228.

Es standen also beinahe ebenso viel Kranke in dem Alter von 1—20 Jahren als in dem späteren Alter von 21—60 und darüber; es ist jedoch eine Verschiebung zu Gunsten der zwei ersten Alters-Decennien insofern zu beobachten, als die Summe der vier letzten Decennien um 64 grösser ist, als die der zwei ersten, während im vorigen Jahre die letztere ein Plus von 31 ergab. Es wäre eine erfreuliche Thatsache, wenn man aus diesen kleinen Anfängen darauf schliessen dürfte, dass dem jugendlichen Alter von Seiten der Eltern und pract. Aerzte mehr Sorgfalt entgegengebracht wird, wenn es sich im Anschluss an die betreffenden acuten Infectionskrankheiten um Erkrankungen des Ohres handelt. Es ist eine unleugbare Thatsache, dass die weitaus grösste Mehrzahl dieser Kinder an einer chronischen eitrigen Mittelohr-Entzündung leidet, und es wäre eine überaus erfreuliche Erscheinung, wenn diese chronischen Ohreiterungen immer seltener würden, dadurch dass die Hausärzte sofort bei Beginn, im acuten Stadium, die richtige Therapie einleiteten, ja wenn durch geeignete Desinfectionsmittel, durch Gurgelungen, Pinselungen, Insufflationen der Nasenrachenraum derartig gereinigt würde, dass von ihm aus eine Infection des Mittelohres nicht stattfinden und auf diese

Weise der schlimmste Feind — die Diphtheritis — unschädlich gemacht werden könnte! — Mit aufrichtiger Freude habe ich die Arbeit von Schwarz<sup>1)</sup> begrüsst, der den auch von mir in ausgedehntem Maasse angewendeten Sozodolpräparaten eine besonders günstige Heilwirkung gegen Diphtherie zuschreibt, und es ist mir in dieser Hinsicht besonders ein Fall im höchsten Grade lehrreich, in dem es sich um eine postdiphtherische, sehr profuse Mittelohreiterung handelte, welche unter Behandlung mit Solut. natr. sozodol. und Insufflationen von Pulv. natr. sozodol. in 3 Wochen glatt ausheilte. Das betreffende Kind (7 Jahre alt) hat seit 6½ Monaten seine Eiterung verloren, die allerdings nur sehr kleine Perforation im Trommelfell ist geheilt und die Hörfähigkeit vollständig wiedergekehrt. Ein einziger solcher Fall lehrt mehr wie tausend andere, in denen vielleicht nach monate- oder jahrelanger Behandlung durch alle möglichen Mittel eine Besserung erzielt wird insofern, als die Eiterung zum Stillstand gebracht wird. Dann hat aber das Mittelohr stets schon so sehr gelitten, dass die Function nie und nimmermehr zur Norm zurückkehrt. Wenn irgendwo in der medicamentösen Therapie das „Cito“ angebracht ist, so ist es hier bei der Heilung der acuten Mittelohreiterungen; da heisst es: womöglich heilen, ehe durch den Eiterungsprocess tiefergreifende Veränderungen an den Gebilden des Mittelohres hervorgebracht werden; Veränderungen, welche neuerdings die Indication zu einer eingreifenden Operation abgeben, wobei von vornherein auf Wiederherstellung des Gehörs verzichtet werden muss. — Warum soll es denn nicht möglich sein, die Erkrankungen des Mittelohres im Anschluss an die acuten Infections-Krankheiten zu vermeiden, insoweit ihre Entstehung auf eine directe Fortpflanzung der Entzündungs- und Eiterungserreger vom Nasenrachenraum aus festgestellt ist? Wenn es gelingt, den Löfflersehen Diphtheriebacillus im Nasenrachenraum durch das Natr. sozodolicum zu tödten, so kann er auch nicht mehr schädigend auf das Mittelohr einwirken und diese hierdurch bedingte schwere Folgeerkrankung wird ausbleiben müssen. Wenn sie aber dennoch eingetreten ist, so wird eine frühzeitige Paracentese des Trommelfells und sofortige energische Behandlung mit Sol. natr. sozodol. event. per tubam und vom äusseren Gehörgang aus schneller heilen, als es bisher möglich gewesen ist. Herr College Dr. Schwarz in Konstantinopel hatte die Güte, mir auf eine bezügliche Anfrage zu antworten, dass weder er, noch mehrere andere Collegen während oder nach der Diphtherie, welche mit Sozodol-Insufflationen behandelt worden war, Ohrerkrankungen in der Folge gesehen haben. Das ist jedenfalls eine sehr auffallende Thatsache; denn jeder Arzt, vor Allem jeder Ohren-Specialist weiss, wie gern sich eine acute eitrig Media an die Diphtheria faucium anschliesst, welche Gefahren für das Gehör, event. sogar für das Leben daraus erwachsen und wie schwer die Heilung derartiger eitrig Mittelohrentzündungen ist. Ich halte es daher für eine unerlässliche Pflicht des Arztes, gegebenen Falles sich nach den Vorschriften von Schwarz (l. c.) bei der Diphtherie-Behandlung zu richten und ebenso

<sup>1)</sup> Neue Vorschläge zur Prophylaxis und Therapie der Diphtherie. Wien. klin. Wochenschr. No. 48, 1896.

eine Soziodol-Behandlung einzuleiten, wenn eine postdiphtheritische Otitis media vorliegt.

Gleichfalls der gütigen Mittheilung des Herrn Collegen Schwarz verdanke ich die Nachricht, dass ein in Konstantinopel practicirender Ohrenarzt constatiren konnte, dass in den letzten Jahren mehrere postdiphtheritische Ohrerkrankungen in Behandlung kamen, bei denen das Soziodol keine Anwendung gefunden hatte.

Die genannten Thatsachen geben jedenfalls genügenden Grund zu der Ueberlegung, ob nicht das Soziodol hier prophylactisch wirkt, und es sollte um so mehr seine Anwendung niemals unterlassen werden, als es keinesfalls jemals schädigenden Einfluss auf den Organismus haben kann.

Nach dieser kurzen, aber wie ich glaube gerade im Anschluss an die eitrigen Ohrerkrankungen im kindlichen Alter practisch wichtigen Abschweifung auf das therapeutische Gebiet, kehre ich nun zum eigentlichen Jahresbericht zurück.

Die behandelten Krankheitsformen waren folgende:

A. Ohrenkrankheiten.

	R.	L.	D.	Sa.
Weichtheil-Abscesse der Muschel und hinter dem Ohre	3	2	—	5
Eczem der Muschel	4	8	1	13
Congenitales Katzenohr	1	—	—	1
Cerumen	48	34	28	110
Corpora aliena	14	9	—	23
Polyp des Gehörganges	3	2	—	5
Periostitis proc. mast.	9	3	—	12
Vulnus meat. aud. ext.	1	—	—	1
Otitis externa diffusa	46	27	5	78
Otitis externa circumscripta	21	21	3	45
Perforatio myring. traumatica	—	5	—	5
Obsolete Perforation	17	11	6	34
Myringit. acuta haemorrhagica	57	48	14	119
"    chron. desquamativa	8	8	1	17
"    "    purulenta, granul.	29	30	4	63
"    "    sicca	24	24	23	71
"    "    bullosa	2	—	—	2
Verkalkungen im Trommelfell	2	1	2	5
Sclerose der Mittelohrschleimhaut	7	17	24	48
Otitis med. catarrhalis	41	26	49	116
"    med. chron. purul. c. perfor. myringis	88	67	37	192
"    med. chron. purul. c. perfor. myringis et c. granul.	32	11	5	48
"    acuta	8	7	3	18
Tubencatarrh	2	5	4	11
Labyrinth-Leiden	3	6	12	21

B. Nasen-Krankheiten.

Eczema nasi . . . . .	21
Acne rosacea . . . . .	10
Furunkel . . . . .	4
Corpora aliena . . . . .	3
Congelatio . . . . .	1
Ulcus septi . . . . .	3
Schleimpolyphen . . . . .	17
Chondroma septi . . . . .	1
Hochgradige Septum-Scoliose . . . . .	30
Rhin. hypertrophicans (reine Schleimhaut-Hypertrophie) . . . . .	199
Rhin. atrophicans und Ozaena . . . . .	33
Rhin. catarrh. . . . .	78
Epistaxis . . . . .	12
Rhino-pharyngit. cat. . . . .	36.

C. Mund- und Hals-Krankheiten.

Tuberculöse Lymphdrüsen . . . . .	3
Furunkel . . . . .	4
Glossitis . . . . .	32
Tonsillar-Abscesse . . . . .	3
Tonsillen-Hypertrophie . . . . .	4
Angina tonsillaris . . . . .	60
Pharyngitis granulosa . . . . .	107
Laryngitis acuta und chronica . . . . .	113
Stimmband-Polypen . . . . .	4
Stimmband-Parese . . . . .	4

Ausserdem wurden an 317 Kranken 433 Zahnextractionen gemacht, so dass also im Ganzen

1720 Kranke

im Ambulatorium, und zwar meistens unentgeltlich, behandelt wurden.

Bezüglich der Wechselbeziehung zwischen dem Ambulatorium und den Aerzten, welche demselben Patienten überwiesen haben, ist derselbe Modus wie früher beibehalten worden, dass nämlich den betr. Aerzten stets ein kurzer Bericht über den Kranken bez. über Diagnose und Therapie erstattet wurde. — Wenn auch aus dieser Einrichtung sowohl mir wie dem protocollführenden Amanuensis eine grosse Mehrarbeit erwächst, so möchte ich doch im Interesse der Herren Collegen und der Kranken nicht davon abgehen; denn erstere müssen dadurch wenigstens etwas von der Ohrenheilkunde lernen, die sie vom Universitäts-Studium her nur vom Hörensagen kennen, und für die Kranken muss ein Nutzen daraus hervorgehen, weil sehr viele von ihnen nicht bis zum Ende der Kur in Behandlung des Ambulatoriums bleiben können. Es ist mir in dieser Hinsicht ein erfreuliches Zeichen für das Wachsthum des ärztlichen Interesses an den Ohrenkranken und somit auch an der Ohrenheilkunde überhaupt, dass sich die Zahl der ärztlichen Berichte über diese und jene Veränderungen im Krankheitsverlaufe der qu. Patienten von Jahr zu Jahr mehrt. Ebenso unbedingt,

wie ich jeden brieflichen Verkehr — bezüglich der Behandlung — mit dem Patienten grundsätzlich ablehne, eben so gern trete ich mit den behandelnden Aerzten in Correspondenz und freue mich, wenn ich Directiven für die Behandlung geben kann, selbstverständlich aber nur dann, wenn ich den Kranken wenigstens ein Mal vorher selbst gesehen habe.

Es wurden im Ambulatorium folgende

Operationen

ausgeführt:

Abscess-Eröffnungen am äusseren Ohre . . . . .	6
Ohr-Polypen-Extraction . . . . .	5
Muschel-Plastik (Katzenohr <sup>2</sup> ) . . . . .	1
Wilde'sche Incisionen . . . . .	9
Ecrasement des Antrum mast. . . . .	4
Necrosis ossis petrosi, Necrotomie . . . . .	1
Nasendpolypen-Extraction . . . . .	17
Cauterisationen:	
bei Schleimhaut - Hypertrophie der Nasen-	
muscheln . . . . .	28
bei Pharyngit. granulosa . . . . .	62
Ecrasement adenoider Vegetationen im Nasen-	
rachenraum . . . . .	15
Sarcom der Schädelbasis, Exstirpation mit Spal-	
tung der Nase . . . . .	1
Teleangiectasien septi, Cauterisation . . . . .	4
Scoliosis septi, Excision eines dreieckigen Stückes	1
Cavernoma nasi, Exstirpation . . . . .	1
Tonsillotomie . . . . .	4
Lymphomata colli, Exstirpation . . . . .	1
Tonsillar-Abscesse . . . . .	3
Tumor am Zungengrunde, Cauterisation . . . . .	1
Halsabscesse . . . . .	2
Ulcus (Carcinom?) der Wangenschleimhaut (Ex-	
stirpation . . . . .	1
Empyema antr. Highmori . . . . .	1
Necrosis mandibulae, Necrotomie . . . . .	1

169.

Im Anschlusse an die Operationstabelle seien mir einige nähere Erläuterungen gestattet.

Wie durch meine Erfahrungen in den früheren Jahren, so bin ich auch in diesem Jahre wieder von der Nützlichkeit der Wilde'schen Incision bei Entzündungen in der Regio mastoidea überzeugt worden. Bei den neun Kranken, bei denen die genannte Incision gemacht wurde, handelte es sich um eine Periostitis auf dem Proc. mastoideus im Anschluss an eine chronische Otitis media purulenta. In fünf Fällen war Fluctuation nachzuweisen und es entleerte sich dementsprechend Eiter aus der Incisionswunde, der Knochen erwies sich aber durchaus gesund,

<sup>2</sup>) Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 39, pag. 101.

so dass ich mich nicht genöthigt sah, das Antrum mastoideum zu eröffnen. Zugleich mit der Incisionswunde heilte auch die eitrige Mittelohrentzündung aus. — Das Ecrasement des Antr. mastoideum machte ich vier Mal, weil zwei Mal eine Knochenfistel in das Antrum hineinführte und zwei Mal sich der Knochen nach Entfernung des Periostes auffallend blau und wenigstens anscheinend etwas elastisch zeigte. Nachdem hier durch einen Meisselschlag die dünne Corticalis durchtrennt war, entleerte sich in beiden Fällen relativ viel Eiter. Auch bei diesen Patienten heilte die Otitis media zugleich mit der Incisions- resp. Trepanations-Wunde. Alle die zuletzt genannten Operirten stellen sich mir auf meinen ausdrücklichen Wunsch von Zeit zu Zeit wieder einmal vor, damit ich kontrolliren kann, ob die Eiterung aus dem Ohre nicht etwa wieder eingetreten ist und um Hörprüfungen vornehmen zu können. Sie sind bis jetzt (März 1896) bis auf eine meist nur sehr geringe Gehörsschwäche geheilt geblieben. Ich kann demnach von meiner im vorjährigen Jahresbericht<sup>3)</sup> ausgesprochenen Ansicht nichts zurücknehmen, dass man die Wilde'sche Incision zu sehr unterschätzt und dass die Bereitwilligkeit, die Warzenzellen und den Schädel resp. das Mittelohr zu eröffnen, eine zu grosse ist<sup>4)</sup>. Die Wilde'sche Incision muss bei allen Periostitiden des Proc. mastoid. in Folge von acuter oder chronischer Mittelohrentzündung jeder Zeit der erste operative Eingriff sein.

Hinsichtlich der Operationen im Nasenrachenraum verdient besondere Erwähnung eine 52jährige Patientin mit einem weichen Riesenzellensarcom, das, von der Schädelbasis ausgehend, in die Choanen hineingewuchert war und neben heftigen Blutungen sehr starke Athembeschwerden hervorrief. Bei der Digital-Untersuchung vom Nasenrachenraum aus fiel sofort die sehr weiche Consistenz auf. Der Finger gelangte ohne jeden Druck in ein schwammiges, ungeheuer leicht zerdrückbares, sehr blutreiches Gewebe. Es ergab sich daraus, dass man es nicht mit einem der gewöhnlichen Fibrosarcome zu thun haben könne, die aus der Flügelgaumengrube stammen und zu deren Entfernung von Langenbeck die osteoplastische Oberkieferresection angegeben hat, sondern es war mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Tumor breitbasig auf der Basis cranii aufsässe und ein ganz weiches, sehr blutreiches Myxosarcom sein müsse. Dass man von den natürlichen Nasenöffnungen aus dem Tumor nicht würde ausreichend beikommen können, war von vornherein klar, daher spaltete ich die Nasenöffnungen nach oben bis zur knöchernen Nase mit dem Messer und diese selbst mit der Knochenzange, liess die Nasenflügel weit auseinander halten. Der Finger gelangte nun leicht bis zur Basis des Tumors auf der unteren Fläche des Keilbeines. Bei überhängendem Kopfe ging ich nun rasch mit einem grossen scharfen Löffel ein und schabte die Geschwulst möglichst radical vom Keilbein ab. Die enorm starke Blutung erforderte ein sehr schnelles Operiren, und als ich nichts mehr von Geschwulstmassen fühlen konnte, tamponirte ich das ganze Operationsgebiet fest

<sup>3)</sup> Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1895, No. 4.

<sup>4)</sup> V. Lange, Langenbeck's Archiv, Bd. 47.

mit Jodoformgaze, deren Enden ich theils zum Munde, theils zu den Nasenöffnungen herausführte, nachdem die Wundränder hier wieder vereinigt waren. Am fünften Tage post operationem entfernte ich die Tampons, ohne dass eine Nachblutung eintrat. Drei Wochen nach der Operation reiste Patientin nach Hause, sie ist aber, wie ich erfahren habe, etwa ein halbes Jahr darauf gestorben — angeblich an einer Lungenentzündung — wohl Lungenmetastasen. Die Operation war für mich als Chirurgen noch insofern besonders interessant, als ich klar daraus entnehmen konnte, dass man Geschwülste, welche von der Basis des Keilbeines ausgehen, sehr gut radical entfernen kann, wenn man nur die Nasenbeine osteoplastisch reseziert; denn oft genug wird man es mit compacteren Tumoren zu thun haben, deren radicale Entfernung eo ipso leichter gelingt, als so weicher Sarcome, wie es in dem in Rede stehenden Falle vorlag. Ich glaube nicht, dass mich hier eine osteoplastische Oberkieferresection besser zum Ziele geführt hätte. Da die Kranke bis zu ihrem Tode aber nicht mehr über Beschwerden von Seiten der Nasenathmung geklagt hat, so glaube ich auch annehmen zu dürfen, dass die Operation in der That eine radicale gewesen ist: denn sonst hätte in einem halben Jahre in loco operationis sicher ein Recidiv auftreten und wieder zu den alten Beschwerden führen müssen.

Das Eracement der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum habe ich entweder mit dem Finger oder mit dem Sichelmesser gemacht. Nur ausnahmsweise habe ich dabei die Chloroform-Narcose angewendet und bei hängendem Kopfe operirt. — Die hinterher manchmal recht kräftige Blutung stand in allen Fällen von selbst in kurzer Zeit, zur Reinigung des Nasenrachenraums und als Adstringens lasse ich jetzt etwa 2-3 Wochen lang eine 1procentige Lösung von Zinc. sozodol. durch die Nase in den Nasenrachenraum stäuben, was sich alle Kinder sehr gern gefallen lassen, manche sogar gern selbst ausführen. Nur bei grösseren, ganz wilden und ungeberdigen Kindern ziehe ich die Narcose in Anwendung.

Im nächsten Jahresberichte werde ich Erfahrungen über die Behandlung der adenoiden Vegetationen mit starken Resorcinlösungen mittheilen können.

In der Art der Cauterisation der Schleimhauthypertrophie der Nasenmuschel habe ich mein Verfahren gegen früher geändert, und wie ich glaube, in empfehlenswerther Weise.

Ich habe die Flächen-Cauterisation ganz verlassen und die stichförmige an ihre Stelle gesetzt. Um die mehr weniger ausgedehnte Zerstörung der Schleimhaut zu vermeiden und um eine event. mögliche Verwachsung der Wundflächen der cauterisirten Muschel mit der durch die Glühhitze an einer circumscribten Stelle zu Grunde gegangenen Septumschleimhaut ganz sicher zu vermeiden, habe ich besonders bei sehr stark verdickten Schleimhäuten mit einem spitzen Brenner einen Canal parallel der Muschel-Knorpel-Fläche zwischen dieser und der dicken Schleimhaut gebrannt, dadurch die Schleimhaut selbst geschont und durch die spätere Narbencontractur doch eine Erweiterung des Nasenganges erreicht. Es ist bei dieser Operations-Methode auch nicht nöthwendig, einen Tampon hinterher in die Nase einzulegen, um die Bildung einer Verwachsung mit der Septumschleimhaut zu verhindern.

Der in der Operationstabelle aufgeführte Fall eines Tumors am Zungenrunde war ein breitbasig aufsitzendes Papillom, welches anscheinend von einer Papilla circumvallata ausgegangen war und eine pilzförmige Wucherung darstellte, welche von einem dunkelrothen Wall umgeben war. Im Laufe der Jahre habe ich mehr und mehr auf die hyperplastischen Veränderungen achten gelernt, welche in der Region der Papillae circumvallatae nicht selten auftreten und als der einzige sichtbare Grund für einen fortwährenden Hustenreiz aufzufinden waren.

Fast immer erstrecken sich diese Hyperplasien bis zur Epiglottis herab und umgeben als mehr weniger dicke Wülste das Ligamentum glosso-epiglotticum medium. Einzelne derselben, die in der vorderen Region des hinteren Zungenabschnittes lagen und als isolirte, mehrere Millimeter hohe Geschwülstchen die Umgebung überragten, habe ich direct mit der Scheere abgeschnitten.

Was schliesslich noch die Behandlung der Krankheiten des Ohres anlangt, so bin ich auch im verflossenen Berichtsjahre ein treuer Anhänger der Sozodol-Präparate geblieben. Ueber die Behandlung der Myringitis chronica sicca mit Acid. sozodol. habe ich mich an anderer Stelle<sup>5)</sup> ausführlich ausgesprochen, aber auch bei eitrigem Otitiden ist wie bisher das Natr. und Kalium sozodolicum in Anwendung gezogen worden. Gegen Granulationen hat sich das Hydrargyrum sozodol. ausgezeichnet bewährt, das allerdings wegen der mit seiner Anwendung verbundenen heftigen Schmerzen nur in beschränktem Maasse in Gebrauch gekommen ist.

---

Aus der III. medicinischen Klinik des Herrn Professor  
von Schrötter.

## **Primäres Carcinom an der Bifurcation der Trachea.**

Von

**Dr. Karl Ehlich.**

Mit zwei Abbildungen.

Die bisher veröffentlichten Fälle von primärem Carcinom der Trachea sind so wenig zahlreich, dass es mir nicht unangemessen erscheint, die casuistische Literatur über diesen Gegenstand um einen Fall zu bereichern, der auf der III. med. Klinik durch längere Zeit in Beobachtung und Behandlung stand.

### **Anamnese.**

A. G., 65 Jahre alt, Bildhauer, Vater des Patienten starb an Cholera, die Mutter in hohem Alter an Altersschwäche.

Eine Schwester starb an einer dem Patienten unbekanntem Krankheit, eine andere lebt und ist gesund.

Sechs Kinder des Patienten starben in früher Jugend, vier leben und sind gesund.

---

<sup>5)</sup> Klin. Vorträge a. d. Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie, Bd. I, Heft 6.



Patient selbst ist nach seiner Angabe früher niemals ernstlich krank gewesen.

Erst vor zwei Jahren im Winter erkrankte er mit Husten und Heiserkeit an einem Kehlkopfcatarrh, der sich nach sechswöchentlicher Behandlung etwas besserte, jedoch hustete Patient späterhin immer noch, wenn auch im Sommer die Beschwerden abnahmen. Dabei war sein Kräftezustand vollkommen unversehrt, so dass Patient ohne jede Mühe seiner Beschäftigung nachgehen konnte.

Im nächsten Winter nahm der Husten wieder zu, wobei weisser Schleim ausgeworfen wurde. Im Februar wurde die Stimme etwas tonloser, wenn sich Patient nicht sehr zum Lautreden anstrebte. Seit dieser Zeit bemerkte er, dass er beim Stiegensteigen und anderen körperlichen Anstrengungen etwas kurzathmig wurde, seit drei Monaten sei beim Athemholen ein Geräusch vorhanden. Da sich dieser Zustand langsam, aber stetig verschlechtert, sucht Patient die Ambulanz auf. Er bekommt Jodnatrium ordinirt, nach dessen Gebrauch der Husten und Auswurf leichter von statten gegangen sein soll. Diese Besserung dauert jedoch nicht lange an, und sollen in der letzten Zeit die ausgehusteten Schleimklumpen auch mit Blut gemengt gewesen sein, und hierzu kommt noch, dass Schlingbeschwerden auftreten, indem feste Speisen nach Angabe des Patienten im Halse stecken bleiben und erst nach Einnahme von Flüssigkeit herabgeschwemmt werden, worauf Patient, wie er sich ausdrückt, wieder Luft bekommt. Zum Zwecke der Linderung dieses Zustandes sucht Patient Ende Juli 1895 das Spital auf.

Lues wird gezeugnet und sind keine objectiven Anhaltspunkte für dieselbe vorhanden.

Status praesens vom 31. Juli 1895.

Patient ist mittelgross, von mässig entwickeltem Knochenbau, mittelmässiger Muskulatur, geringem Unterhautfettgewebe. Körpergewicht 53 kg. Die Haut ist von normaler Farbe, das Gesicht gebräunt. Cyanose nicht bemerkbar.

Oedeme bestehen nicht.

Die Haut ist von normaler Feuchtigkeit, ihre Temperatur nicht erhöht.

Kopf mesocephal, die sichtbaren Schleimhäute von normaler Farbe.

Zunge feucht, nicht belegt, wird gerade vorgestreckt.

Pupillen etwas weit, beiderseits gleich, reagiren träge auf Licht-einfall und Accomodation.

Hals mässig lang, von normaler Breite, keine Struma, keine abnormen Pulsationen. Halsgruben mässig tief. In der Nackengegend, links deutlicher als rechts, Gruppen von Lymphdrüsen, von denen keine Bohnengrösse erreicht.

Thorax entsprechend lang und breit, gut gewölbt; Athmung tief, erschwert, findet mit Zuhilfenahme aller Auxiliarmuskeln statt, von einem lauten und längeren inspiratorischen und einem kürzeren expiratorischen Stenosengeräusche begleitet, vorwiegend abdominal.

Herzstoss weder sicht- noch tastbar.

Herzdämpfung verkleinert, und zwar beginnt sie am unteren Rande der IV. Rippe, überragt den linken Sternalrand nicht nach rechts, und

begrenzt sich ungefähr einen Querfinger innerhalb der Mamillarlinie im V. I.-C.-R. Herztöne an allen Östien rein und scharf begrenzt. Ueber der Aorta der zweite Ton accentuirt.

Puls rhythmisch, etwas frequent, normal gespannt.

Das Arterienrohr etwas rigid, gut gefüllt.

Die rechte Radialis etwas weicher, schlechter gefüllt, der Pulschlag findet in beiden Radiales gleichzeitig statt.

Percussion der Lungen. Links vorn und rückwärts heller, voller Schall in den normalen Grenzen. Nach rechts vom rechten Sternalrande von der Clavicula bis zur III. R. eine etwa zwei Querfinger breite Zone etwas gedämpften Schalles, im Uebrigen normaler Lungenschall. Die Auscultation der Lungen ergiebt verschärftes Vesiculärathmen mit Pfeifen und Giemen. Daneben über beiden Lungen die stenotischen Geräusche hörbar, die das Athmungsgeräusch beim tiefen Athmen verdecken.

Abdomen etwas über dem Niveau des Thorax nirgends druckempfindlich, keine Resistenz wahrnehmbar.

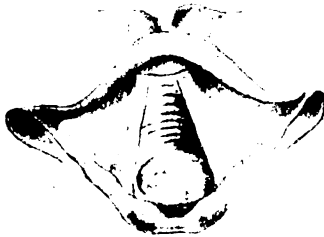
Die Leberdämpfung beginnt am unteren Rande der V. R. und überragt den Rippenbogen nicht.

Die Milz nicht vergrößert.

Im Harn, der von ganz normalem Aussehen ist, spec. Gew. 1018, keine pathologischen Bestandtheile.

Patient gewöhnt sich sehr leicht an die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel. Der tracheoscopische Befund, von Professor von Schrötter bei Sonnenlicht aufgenommen, lautet:

Larynx in Bezug auf Form und Motilität vollständig normal. Die Bifurcation der Trachea erscheint durch einen Tumor verbreitert, und zwar derart, dass vom Lumen des rechten und linken Bronchus ein ganz kleiner Spalt sichtbar ist. Der Tumor besteht aus zwei Theilen, die sich in der Frontalebene treffen, und von denen der an der hinteren Trachealwand ausgehende in den linken Bronchus hinein einen Fortsatz sendet. Die Schleimhaut der Trachea ist oberhalb des Tumors



Figur 1.

blässgelblich. Der Tumor selbst ist intensiv geröthet, auf seiner Oberfläche sieht man feine Gefässverzweigungen. Die Figur 1 zeigt das tracheoscopische Bild von Herrn Dr. R. Heller nach der Natur aufgenommen.

In den nächsten Tagen klagt Patient über Schlingbeschwerden

und Husten. Der Auswurf ist schleimig und mit reichlichen Luftblasen durchsetzt.

Der Kräftezustand des Patienten ist ziemlich gut. Untertags hustet Pat. beinahe gar nicht, die Athmung auch in der Ruhe erschwert und geräuschvoll.

Es wird eine Arsen-Medication mit Solut. Fowleri begonnen.

Das Befinden des Patienten bleibt ziemlich gleich. Der Husten macht nur mitunter eine interne Anwendung von Morphium nothwendig.

Das tracheoscopische Bild ändert sich nicht.

Nach einem Monate, am 1. September, ist das Gewicht dasselbe wie bei der Aufnahme, 53 kg. Die Arsen-Medication wird fortgesetzt. Am 5. September hustet Patient in der Nacht zum ersten Male etwas Blut aus, das dem Schleime beigemischt ist.

Auch in diesem Monate zeigt sich keine Veränderung im objectiven Befunde der Trachea sowohl, als auch der übrigen Organe.

Am 20. September ist das Körpergewicht 52,5 kg.

Am 1. October bekommt Pat einen Anfall von heftiger Athemnoth mit Erstickungsgefühl. Eine Morphiuminjection, sowie Inhalation mit Ol. juniperi verschafft ihm Erleichterung.

Die Differenz der Radialpulse, die schon oben erwähnt wurde, ist deutlicher geworden.

Das Sternum, sowie beiderseits eine Zone von 1½ cm daneben bis zum II. I.-C.-R. schnell gedämpft. Schmerzhaftigkeit daselbst besteht nicht.

Das tracheoscopische Bild ist im Allgemeinen dasselbe. Der rechte Bronchus ist auf einen schmalen Schlitz verengt, der linke ist bedeutend weiter.

Die Athembeschwerden nehmen zu.

Das Sputum ist oft blutig tingirt, stark eitrig, zähe. Die microscopische Untersuchung desselben ergiebt keine specifischen Geschwulstelemente.

Am 11. October wieder ein heftiger stenotischer Anfall, der durch beinahe eine Viertelstunde anhält. Morphium-Injection.

Das tracheoscopische Bild hat sich insofern geändert, als die beiden Wülste, die in der Gegend der Bifurcation von vorn und hinten kommend sich in der Mitte begegnen, viel deutlicher hervortreten und eine gut wahrnehmbare Niveaudifferenz erkennen lassen. Die Furche, welche durch ihr Zusammentreten gebildet wird, ist viel schärfer ausgesprochen, aber so wie früher frontal gestellt.

Durch den Tumor wird das Lumen des rechten Bronchus zum grössten Theile verlegt, desgleichen sieht man den Tumor in das Lumen des linken Bronchus sich vorwölben und hineinragen. Das Lumen des linken Bronchus ist weiter, als das des rechten. Die Farbe der Tumorzwülste jetzt düster roth, Ulcerationen auf denselben nicht sichtbar. Eine Pulsation ist an den Tumoren nicht wahrnehmbar. Die übrige Trachealschleimhaut etwas röther, als in der Norm.

Larynxbefund vollkommen normal.

Patient spricht in einer hohen Flüsterstimme.

Der Auswurf in den letzten Tagen sehr reichlich, eitrig, zeitweilig

mit blutigen Beimengungen, enthält keine Tuberkelbacillen, auch sind Tumorelemente nicht nachweisbar.

Der Kräftezustand des Patienten verschlechtert sich, Pat. kann kaum einige Schritte gehen. Die Athemnoth ist hochgradig.

Körpergewicht am 11. October 50,5 kg.

21. October. Patient verfällt zusehends. Trotz reichlicher Morphiumdarreichung subcutan kann Pat. infolge der Athemnoth nur wenig schlafen. Auswurf reichlich, vom früheren Aussehen. Der Trachealtumor, dessen Gestalt sich nicht geändert hat, ist mit blutigem Schleime bedeckt, und an der Trachealwand bemerkt man kleine Stellen, von denen aus Blutung erfolgt. Gewicht 49 kg.

23. October. Pat., der bisher fieberlos war, hat heute eine Morgentemperatur von 38,6.

Ueber dem linken Unterlappen rückwärts eine geringe Dämpfung. Stechende Schmerzen in dieser Gegend.

Abendtemperatur 38,8. Die Dämpfung hat an Ausdehnung und Intensität zugenommen und einen tympanitischen Beiklang.

24. October. Die Dämpfung intensiver, in den unteren Partien derselben Bronchialathmen. Auswurf reichlich, blutig, in demselben grosse Mengen von Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcen.

25. October. Die Dämpfung ganz ausgesprochen, über derselben lautes Bronchialathmen, im Inspirium nach dem Stenosengeräusche sehr scharfes Knistern. Temperatur afebril, dabei der Puls sehr frequent, gespannt.

27. October. Der Zustand des Patienten sehr schlecht. Die Pneumonie besteht in derselben Ausdehnung fort.

30. October. Tentamen suicidii durch mehrere Stiche in die linke Brustseite. Aus einer der Stichwunden im IV. I.-C.-R. erfolgt eine starke Blutung, die durch einen Compressionsverband gestillt wird. Es tritt Hautemphysem der linken Brustseite auf. Keine Symptome von Pneumothorax.

Patient hustet eine grössere Menge ganz reinen Blutes aus.

Patient wird ziemlich schnell sehr blass, der Puls klein und frequent, kalter Schweiss auf der Stirne. Somnolenz.

In der Nacht auf den 31. October ist Pat. sehr unruhig, wirft sich hin und her.

Am 31. October erfolgt nach längerer Agone mit lautem Trachealrasseln der Exitus letalis.

Die klinische Diagnose lautete: Tumor tracheae et mediastini. Pneumonia lab. inf. sinistr. Arteriosclerose. Vulnus scissum pulmon.

Die pathologisch-anatomische Diagnose von Professor Weichselbaum war:

Constringirendes, derbes Carcinom (Scirrhus) an der Bifurcation der Trachea, auf die beiden Bronchi und die Muskulatur des Oesophagus übergreifend, mit hochgradiger Stenose der Trachea und der beiden Bronchi und Perforation in den Oesophagus.

Pneumonie des linken unteren Lungenlappens, umschriebene Pleuritis und beginnende Pneumonie des rechten Unterlappens.

Trübe Schwellung der Leber und Nieren.

Geringer acuter Milztumor.

Zwei penetrirende Brustwunden der linken Seite mit Verletzung der linken Lunge, des Herzbeutels und der linken Herzhälfte, und consecutiver Hämorrhagie in den Herzbeutel und in die linke Pleurahöhle, und Hautemphysem.

Obductionsprotocoll.

Körper mittelgross, kräftig gebaut, mager. Hals schlank, Thorax gut gewölbt, auf seiner linken Hälfte in der Umgebung der Brustwarze fünf lineare, in schräger Richtung gestellte, etwas über 1 Ctm. lange Continuitätsbrennungen der Haut mit vertrocknetem Grunde. In der genannten Ausdehnung fühlt man bei Druck ein Knistern. Das Unterhautbindegewebe daselbst, sowie das Bindegewebe zwischen den grossen und kleinen Brustmuskeln von geronnenem Blute durchsetzt. Im V. I.-C.-R. der linken Seite, drei Querfinger nach aussen von der Mittellinie, eine lineare, quer verlaufende, die Zwischenrippenmuskulatur und die Pleura durchsetzende Continuitätstrennung, welche in die linke Brusthöhle geht. Die linke Lunge ist an den meisten Stellen, auch an der Stelle der Continuitätstrennung, der Pleura angewachsen. An dieser Stelle ist die Oberfläche des linken Oberlappens mit locker geronnenem, schwarzrothen Blute bedeckt, ferner finden sich grössere, dunkelrothe Blutklumpen zwischen der Basis dieser Lunge und dem Zwerchfell. Die linke Lunge ist an ihrer medialen Fläche zum grossen Theile mit dem Herzbeutel verwachsen, und nahe einer solchen Verwachsungsstelle findet man, entsprechend der zuvor beschriebenen Continuitätstrennung der Pleura, eine quer verlaufende, in den Herzbeutel eindringende, scharfrandige, spitzwinklige Continuitätstrennung des Pericards. Im Herzbeutel selbst theils flüssiges, theils geronnenes schwarzflockiges Blut. An der Vorderfläche des linken Ventrikels, zwei Querfinger oberhalb der Spitze und unmittelbar nach aussen vom Sulcus longit. ant. findet sich ebenfalls eine querverlaufende, kaum 1 Ctm. lange, lineare Continuitätstrennung des Epicards und der oberen Schichten des Myocards. Gegenüber der Continuitätstrennung des Herzbeutels findet sich an der medialen Fläche des linken oberen Lungenlappens ebenfalls eine lineare, aber etwas kürzere Continuitätstrennung der Pleura, welche sich in einen Wundcanal fortsetzt, der in schiefer Richtung nach oben und aussen die Substanz des linken oberen Lungenlappens durchsetzt und an der Vorderfläche dieses Lappens mit einer ebenfalls linearen Continuitätstrennung endet. Der Wundcanal ist durch ein schwarzes Coagulum vollständig verstopft. Im IV. I.-C.-R. der linken Seite findet sich ebenfalls eine die Zwischenrippenmuskulatur und die Pleura durchsetzende lineare Wunde. Der linke Herzventrikel contrahirt. Im rechten Ventrikel und in den Vorhöfen sind lockere Blut- und Faserstoffgerinnungen. Das Herzfleisch etwas leicht zerreiblich und blassbraun. Die Klappen zeigen ausser leichten Verdickungen keine Veränderung.

Die Aorta ascendens ist in geringem Grade gleichmässig erweitert. Ihre Intima nur an einzelnen Stellen leicht verdickt und gelblich gefärbt. Die rechte Lunge ist im Bereiche ihres Oberlappens stellenweise angewachsen. Entsprechend der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Oberlappens ist die Pleura mattglänzend, von sehr zarten Fibringerinnungen bedeckt. Dieser Stelle entsprechend sind die

hintersten Partien dieses Lappens verdichtet, und von einer reichlichen schaumigen Flüssigkeit durchsetzt. Stellenweise erscheint die Schnittfläche dieser Lungenpartie selbst feinkörnig, nahezu luftleer und rothbraun. Die übrigen Partien der rechten Lunge sind lufthaltig, die Randpartien leicht gedunsen, emphysematös. Der Unterlappen der linken Lunge, welcher mit der Costalpleura vollständig verwachsen ist, erscheint in seiner ganzen Ausdehnung leberähnlich hart, luftleer, auf der Schnittfläche fein granulirt, graubraun.

Die Bronchialverästelungen in diesem Lappen, selbst die grösseren, enthalten weiche, gelbe, zum Theile mit Eiter gemengte Fibrinpfropfe. Die Schilddrüse klein, feinkörnig, rothbraun. Die Schleimhaut des Larynx dünn und mit Ausnahme der Epiglottis gut incirt.

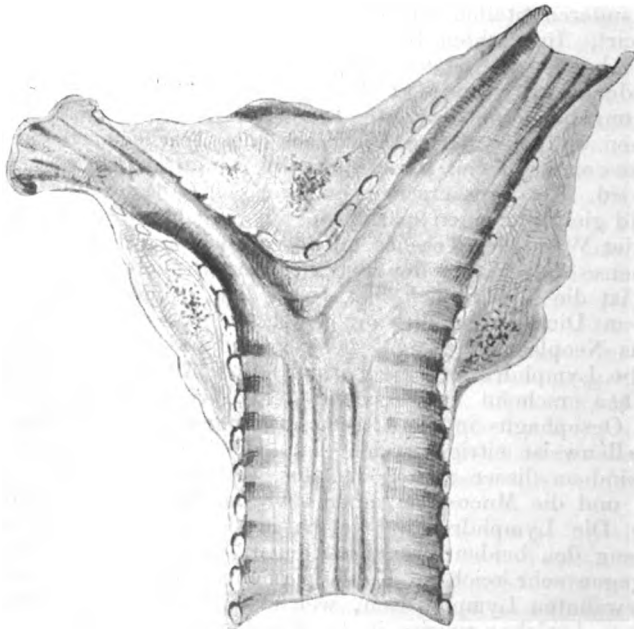
Die Trachea ist an der Bifurcationsstelle stark verengert. Die Verengung wird bewirkt durch ein flaches Neoplasma, welches nicht allein an der Bifurcationsstelle sitzt, sondern auch in beide abgehende Bronchi sich fortsetzt, und zwar in beiden in einer Längenausdehnung von 2 cm.

Das Neoplasma substituirt nicht blos die Schleimhaut, sondern theilweise auch die übrigen Theile der Wand der Trachea, beziehungsweise der Bronchi. An den peripheren Partien überragt das Neoplasma das Niveau der angrenzenden Schleimhaut nur um einige Millimeter, und in den centralen Partien ist es sogar etwas vertieft. Die Schleimhaut ist im Bereiche des Neoplasma stellenweise sehr dünn, so dass letzteres an diesen Stellen mit weisser Farbe durchschimmert. An den anderen Stellen ist die Schleimhaut noch etwas dicker und stark incirt. Im rechten Bronchus erstreckt sich das Neoplasma auch bis zum Abgange des ersten Astes von demselben.

An der Vorderwand der Trachea, entsprechend der Bifurcation, ist das umgebende mediastinale Bindegewebe mit der Trachea innig verwachsen und sehr derb. Die Wand der Trachea erreicht daselbst eine Dicke von fast 1 cm, wobei sie theilweise durch das Neoplasma substituirt wird. Letzteres erscheint auf der Schnittfläche sehr derb, grauweiss, und giebt nur einen spärlichen, milchigen Saft. Auch die übrigen Partien der Wand der Trachea an der Stelle der Bifurcation sind verdickt, ebenso die Wände der angrenzenden Bronchi. Im Bereiche der Trachea ist die Wand noch fast 1 cm dick, nimmt aber gegen die Bronchi an Dicke allmählig ab. Auch hier ist die Wandverdickung durch das Neoplasma bedingt, in welchem daselbst auch pigmentirte, sehr derbe Lymphdrüsen eingebettet sind. An der hinteren Fläche der Trachea erscheint entsprechend der Bifurcation auch die Muscularis des Oesophagus in die Aftermasse umgewandelt, welche aber daselbst stellenweise eitrig erweicht ist. Die Schleimhaut und die Submucosa sind an dieser Stelle ödematös, von der Muscularis etwas abgehoben, und die Mucosa an einer etwa hanfkorngrossen Stelle durchbrochen. Die Lymphdrüsen, welche in der Gegend der Bifurcation und entlang den beiden Bronchen liegen, erscheinen nicht umgewandelt, dagegen sehr reich an Kohlenpigment, ausgenommen jene schon früher erwähnten Lymphdrüsen, welche mit der Trachealwand innig verwachsen, beziehungsweise in das Neoplasma eingebettet sind. Oberhalb des Neoplasma ist die Schleimhaut an der hinteren Wand der

Trachea in mehrere schmale Längswülste gelegt, und diesen entsprechend etwas verdickt. Desgleichen zeigt die Schleimhaut der beiden Bronchien unterhalb des Neoplasma mehrere dicht nebeneinanderliegende, schmale Längswülste, in deren Bereich sie ebenfalls verdickt ist. Diese Längswülste sind zwar auch noch weiter abwärts zu verfolgen, nehmen aber an Dicke und Breite ab. Die Lymphdrüsen am Halse sind nicht verändert. Die Leber etwas stärker convex, ihre Consistenz in geringem Grade vermindert, ihre Structur stellenweise un- deutlich, grösstentheils hellbraun, und an einzelnen oberflächlich ge- legenen Stellen gelblich gefärbt. Die Gallenblase ist hochgradig ge- schrumpft und enthält in ihrer Höhle eine dickliche eitrige Flüssigkeit. Die Wand der Gallenblase ist stark verdickt, der Ductus cystic. aber durchgängig. Die Milz ist leicht vergrössert, die Pulpa etwas weicher und chocoladebraun. Das Stroma deutlich sichtbar. Magen und Darmcanal zeigen keine Veränderung. Beide Nieren ziemlich gross, ihre Oberfläche an den meisten Stellen leicht granulirt, die Rinde relativ schmal, weich, graugelblich; die Marksubstanz ebenfalls blasser.

In Figur II sieht man die Trachea und die beiden Bronchien von vorn aufgeschnitten und sind die Grenzen des Tumors, sowie die Ver- engerung der Trachea und der Bronchien in der Abbildung sehr gut erkennbar. Auch diese Zeichnung verdanke ich der Güte des Herrn Dr. R. Heller, wofür ich ihm meinen besten Dank ausspreche.



Figur II.

Aus der vorangegangenen Krankengeschichte ergibt es sich, dass ein 65 Jahre alter Mann, der bis dahin immer gesund gewesen sein soll, vor zwei Jahren mit leichteren Symptomen eines Catarrhes der oberen Luftwege erkrankte, dass sich bei ihm vor einem Jahre allmählich Athembeschwerden einstellten, die im Anfange nur bei körperlichen Anstrengungen, später auch in der Ruhe sein Leiden bildeten. Die Athemnoth nimmt in der Zeit seines dreimonatlichen Spitalaufenthaltes rasch zu, Patient hustet häufig und magert sichtlich ab. Es stellen sich Anfälle von Husten mit Erstickungsgefühl ein, der Kranke kommt ganz von Kräften und während einer intercurrirenden Pneumonie macht er seinem Leben ein Ende. Die schon im Beginne seines Spitalaufenthaltes auf Grund des Kehlkopfspiegelbefundes gestellte Diagnose: Verengung der Trachea durch eine an der Bifurcationsstelle sitzende Neubildung, wird durch die Autopsie bestätigt.

Dies ist in grossen Zügen der Inhalt der Krankengeschichte, den ich der Besprechung der einzelnen Symptome vorausschicke. Der Beginn des Leidens mit allmählig zunehmender Athemnoth, die im weiteren Verlaufe sehr hohe Grade erreichen kann, sowie das Auftreten von Erstickungsanfällen, wenn die Krankheit ihrem Ende naht, ist allen bisher beschriebenen Fällen gemeinsam, und ist die Ursache nicht zweifelhaft. Bezüglich der Erstickungsanfälle ist zu bemerken, dass dieselben durch eine Verlegung des ohnehin schon eng bemessenen Lumens der Luftwege durch zähes Secret zu Stande kommen, und direct zum Ende führen können, wie in einem Falle von Oestreich beschrieben ist. Inhalationen mit *Ol. junip. et terebinth.* brachten in unserem Falle immer etwas Erleichterung. Dem langsamen Zustandekommen der Stenose ist es zuzuschreiben, dass zuletzt durch Angewöhnung an ein sehr geringes Sauerstoffquantum Verengerungen der Trachea vertragen werden, die mit dem Fortbestande des Lebens nicht vereinbar scheinen. So ging in unserem Falle die Athmung durch einen ganz schmalen Spalt im rechten Bronchus und durch ein gewiss auf ein Viertel der normalen Weite reducirtes Lumen des linken Bronchus vor sich.

Die Athmungsfrequenz war erhöht, doch überschritt sie niemals die Zahl von 32 Athemzügen in der Minute und hält sich gewöhnlich zwischen 24 und 26 Athemzügen. Dieses Verhalten ist ungewöhnlich, indem in der Regel bei Stenosen der grösseren Luftwege die Athmungsfrequenz etwas vermindert sein soll.

Die Dyspnoe war vorwiegend inspiratorisch.

Die Stimme war schon bei der Aufnahme des Patienten beim gewöhnlichen Sprechen ziemlich hoch, tonlos, eine Flüsterstimme. Bei angestregtem Sprechen gewann sie Anfangs noch etwas Klang, späterhin blieb sie auch dann tonlos.

Der Husten nahm mit der fortschreitenden Krankheit zu. Der Auswurf, immer sehr reichlich, war zuerst schleimig-eitrig, späterhin rein eitrig und mit Blut untermengt und zeigte endlich die rostbraune Farbe eines pneumonischen Sputum.

Auch bei wiederholter sorgfältiger Untersuchung, zu der ja das Ergebnis der Tracheoscopie aufforderte, wurden keine Elemente, die eine histologische Diagnose ermöglicht hätten, aufgefunden, was durch den Mangel von Excrescenzen oder exulcerirten



Stellen erklärlich ist. Im Uebrigen ist es, wie ich aus der Literatur ersehe, auch bei exulcerirten Carcinomen bisher nicht gelungen, im Sputum die charakteristischen Elemente zu finden.

Von Gerhardt<sup>1)</sup> und von Oestreich<sup>2)</sup>, bei dem auch eine vollständige Literaturangabe der bisher publicirten Fälle von primärem Trachealkrebs zu finden ist, wird darauf hingewiesen, dass das Auftreten des Hustens mit Auswurf vor dem Beginne der Stenosenerscheinungen für die Diagnose Lues spricht, während ein Verhalten, wie in unserem Falle, bei Carcinom, besonders wenn es exulcerirt, häufig vorkommt.

Schlingbeschwerden waren in meinem Falle ebenfalls vorhanden. Sie traten erst in dem dritten Monate vor dem Exitus auf und bestanden in Schmerzen beim Schlucken fester Speisen. Von einer Sondirung des Oesophagus wurde abgesehen, da das zu erhoffende diagnostische Resultat zu der Gefahr der Perforation in einem zu grossen Missverhältnisse stand. Ein Steckenbleiben von Bissen kam niemals vor, entsprechend dem anatomischen Befunde, der keine Stenose des Oesophagus, sondern nur eine Perforation der Neubildung in demselben ergab. Das ziemlich späte Auftreten von Schlingbeschwerden kann differentialdiagnostisch insofern verwendet werden, als dadurch ein primäres Oesophaguscarcinom unwahrscheinlich gemacht wird. Bezüglich der Differentialdiagnose in unserem Falle ist zu bemerken, dass bei den ausserordentlich günstigen tracheoscopischen Verhältnissen mein Chef, Herr Professor von Schrötter, gleich im Beginne die Diagnose auf eine maligne Neubildung der Trachea stellte, wobei Anfangs die Entscheidung Sarcom oder Carcinom offen bleiben musste.

Wenn in unserem Falle die Erhebung des tracheoscopischen Befundes aus irgend einem Grunde nicht möglich gewesen wäre, dann hätte sich bei dem Vorhandensein der Dämpfung über dem Sternum, sowie bei der deutlichen Verschiedenheit des Radialpulses ein Aneurysma der Aorta als Ursache der Trachealstenose schwer ausschliessen lassen, wie ja denn in der That sich bei der Section eine Erweiterung der Aorta fand, die aber nicht so hochgradig war, um irgend welche Compressionserscheinungen hervorzubringen. Als es sich im späteren Verlaufe bei oft wiederholten Untersuchungen herausstellte, dass der Tumor sich so gut wie gar nicht änderte, jedenfalls nicht ein Wachsthum zeigte, das einem Sarcom zukommen müsste, dabei die Cachexie sehr in den Vordergrund der Symptome trat, entschied man sich für die Diagnose Carcinom der Trachea.

Sarcom wurde, wie gesagt, wegen des langsamen Wachsthums, Aneurysma, eine Diagnose, die sehr nahe lag, aus der Gestalt und der fehlenden Pulsation des Tumors ausgeschlossen. Gegen ein übergreifendes primäres Oesophaguscarcinom sprach die geringe Intensität und das späte Auftreten der Schlingbeschwerden. Ein comprimirender Lymphdrüsentumor, von den mediastinalen Lymphdrüsen ausgehend,

<sup>1)</sup> Gerhardt, Fall von Trachealkrebs. Deutsche med. Wochenschr. XIII, pag. 1024, 1887.

<sup>2)</sup> Oestreich, Der primäre Trachealkrebs. Zeitschrift für klinische Medicin XXVIII, No. 23, 1895 (vollständige Literaturangabe).

war ebenfalls mit der circumscribten Gestalt und der Lage des Tumors nicht vereinbar.

Metastasen konnten auch bei der Section nicht nachgewiesen werden, nicht einmal die zunächst gelegenen Mediastinaldrüsen, mit Ausnahme derjenigen, die im Winkel zwischen den Hauptbronchien liegen und in die Neubildung einbezogen erscheinen, zeigten ein abnormes Verhalten.

Wie ich aus der diesbezüglichen Literatur ersehe, ist die Diagnose auf primäres Carcinom der Trachea intra vitam bisher nur in zwei Fällen von Schrötter<sup>3)</sup>, und in je einem Falle von Fischer<sup>4)</sup> und Gerhardt<sup>5)</sup> gestellt worden, und es wäre somit unser Fall als der fünfte dieser Art einzureihen, wenn man vom Falle II bei Oestreich absieht, von dem kein Obductionsbefund vorliegt.

Herr Professor Weichselbaum hatte die besondere Liebenswürdigkeit, die diesbezüglichen histologischen Präparate durchzusehen, wofür ich ihm hiermit meinen ergebensten Dank ausspreche. Er konnte aus diesen Präparaten Folgendes feststellen: Das Neoplasma erweist sich bei der microscopischen Untersuchung als ein zellarmes, derbes Carcinom (Scirrhus), das heisst, es besteht aus kleinen, schmalen, nicht selten spaltenförmigen Alveolen mit kleinen Krebszellen und sehr reichlichem, nur mässig zellreichen fibrösen Stroma. Das Carcinom sitzt nicht nur in der Schleimhaut, sondern breitet sich vorzugsweise in der Submucosa und den tieferen Schichten aus. Als Ausgangspunkt des Carcinoms können mit grosser Wahrscheinlichkeit die Schleimdrüsen angesehen werden. Wenn auch an den verschiedenen Schnitten keine Stellen gefunden werden konnten, die in vollkommen überzeugender Weise für die erwähnte Entstehungsart sprechen, so fanden sich doch solche Stellen, in denen von den Schleimdrüsen blos die Ausführungsgänge oder Reste derselben erhalten waren, während die Acini theilweise oder ganz durch Krebsalveolen substituirt erscheinen. Diese Partien ragen deutlich über das Niveau derjenigen Partien hervor, in denen die Schleimdrüsen noch vollständig erhalten sind.

Hierzu bemerke ich, dass nach den einschlägigen Literaturangaben die fibrösen Carcinome der Trachea seltener sind, als die medullaren Formen.

Zum Schlusse erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor von Schrötter, für die Förderung dieser Arbeit durch seine Rathschläge meinen besten Dank ausspreche.

---

<sup>3)</sup> Schrötter, Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 9. November 1877. Laryngologische Mittheilungen, 1871, pag. 86.

<sup>4)</sup> Fischer, Beiträge zur Casuistik der Trachealstenosen durch maligne Neoplasmen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1882, No. 12.

<sup>5)</sup> l. c.

## Zur Autoscopie des Kehlkopfes.

Von C. Ziem.

The river of Lethe runs as well above  
ground as below. Bacon.

In seinen interessanten Arbeiten über Autoscopie der tieferen Theile des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre<sup>1)</sup>, d. h. also die directe Besichtigung dieser Theile ohne Hilfe eines Spiegels, hat Herr College Kirstein offenbar übersehen, dass ein in mehrfacher Beziehung ähnliches, allerdings nicht in gleichem Maasse ausgebildetes Verfahren schon im Jahre 1865 von Voltolini angegeben und, im Gegensatz zu gelegentlichen Notizen früherer Autoren, in systematischer Weise geübt worden ist. Nach Voltolini wird die Zunge mittelst eines Tuches weit aus dem Munde hervorgezogen und dann mit einem knieförmigen, so tief als möglich abwärts gleitenden Spatel hinunter gedrückt, so dass bei der so hervorgerufenen Würgebewegung der Kehldeckel in die Höhe steigt und in einer Reihe von Fällen nun sammt den Lig. aryepiglottic. und den Aryknorpeln deutlich übersehen werden kann. Noch wirksamer sei es, durch den Spatel oder das Operationsinstrument selbst die Würgebewegung hervorzurufen, während man mit dem aussen zu beiden Seiten des Kehlkopfs aufgesetzten Mittel- und Ringfinger der linken Hand den Kehlkopf nach oben hebt, bei gleichzeitiger Fixation der Zunge mittelst des Daumens und Zeigefingers derselben Hand. In dieser Weise hat Voltolini bei einer alten Dame eine tief im Pharynx sitzende, am Eingange des Oesophagus festgespiessete und mit dem oberen Ende gegen den Kehldeckel hin gerichtete Gräte wahrgenommen und mittelst einer langen Pincette, ohne Spiegel, entfernt; so hat er ferner bei einem 12jährigen, tracheotomirten Knaben sogar die Intubation der Glottis vor Aerzten demonstrirt, indem bei Reizung des Zungengrundes mittelst einer Sonde der Kehldeckel und der contrahirte Eingang des Kehlkopfs zum Vorschein gekommen ist, so dass man mit der Sonde nun in letzteren eingehen und die Sonde dann von aussen her in der Luftröhre erblicken konnte. Auch erhält man nach Voltolini manchmal eine noch deutlichere Ansicht vom Eingange des Kehlkopfes, wenn man den Kehldeckel mittelst eines Stäbchens (V.'s Kehldeckelstäbchen) nach vorn umbiegt, und V. zweifelt nicht, dass man in manchen Fällen der Art, nach Gewöhnung des Kranken an den Reiz, noch tiefer in den Kehlkopf wird hineinblicken können, sowie dass das Verfahren besonders auch in der Kinderpraxis von Werth sei<sup>2)</sup>. Im Jahre 1879 hat Voltolini sein Verfahren nochmals besprochen und dasselbe auch zur Ausführung seiner Schwammoperation empfohlen, indem man nach Sichtbarmachen des Kehldeckels in der angegebenen Weise mit dem an dessen Rückfläche angelegten Schwamm nur in den Kehlkopf hineinzugleiten brauche<sup>3)</sup>. Ob er das mit Anwendung des Kehldeckelstäbchens verbundene Verfahren in den letzten Jahren seines Lebens, durch Anwen-

<sup>1)</sup> Vergl. bes. dessen zusammenfassende Darstellung. Berlin, O. Colblentz, 1896.

<sup>2)</sup> Galvanocaustik. 1872, S. 71.

<sup>3)</sup> Rhinoscopie, S. 143.

dung von Cocain oder in anderer Weise noch weiter ausgebildet hat, ist mir nicht bekannt.

Wenn nun Kirstein selbst erwähnt, dass es neuerdings häufig vorkomme, dass schon bei der gewöhnlichen Pharyngoscopie, beim Niederdrücken der Zunge mit einem, etwa dem Fränkel'schen, Spatel sofort „die ganzen Aryknorpel und ein Stück der Stimmbänder, manchmal gleich die Bifurcation“ zu sehen seien, „was früher nie geschehen sei“: so ergibt sich hieraus wohl mit Bestimmtheit, dass er Voltolini's Verfahren zum Sichtbarmachen der Aryknorpel bez. des contrahirten Kehlkopfeinganges nicht gekannt hat. Obschon also das von Kirstein ausgebildete Verfahren von dem Voltolini's in mehrfacher Beziehung abweicht, besonders auch darin, dass bei dem ersteren die Zunge nicht aus dem Munde herausgezogen und eine Würgebewegung nicht absichtlich hervorgerufen, das Nachvorndrücken des Zungengrundes hier auch in zweckmässigerer Weise und mit geeigneteren Spateln vorgenommen wird, während das Anheben des Kehlkopfes von aussen her, und zwar „zur Vergrösserung des autoscopischen Gesichtsfeldes“ manchmal auch von Kirstein angewendet wird: so ist das Problem, Theile des Kehlkopfes ohne Spiegel zu besichtigen, doch bereits von Voltolini nicht nur in Angriff genommen, sondern sogar schon bis zu dem Grade gelöst worden, dass selbst intralaryngeale Eingriffe in dieser Weise möglich gewesen sind. Selbstverständlich sollen die Verdienste Kirstein's um weitere Vervollkommnung der Autoscopie hiermit nicht geschmälert werden: aber in der Entstehungsgeschichte derselben darf neben der auch von Kirstein angeführten, im Jahre 1869 mitgetheilten Beobachtung Tobold's von directer Laryngoscopie der Name Voltolini's künftig nicht mehr fehlen.

Zur Würdigung der Verdienste des Letzteren auch auf diesem Gebiete sollten die vorstehenden Zeilen etwas beitragen, während durch Berücksichtigung der nun folgenden Bemerkungen die für eine Reihe von Fällen sicherlich werthvolle Methode Kirstein's vielleicht noch etwas vervollkommnet und vereinfacht werden kann. Allerdings wird oft genug, die Zeit und dem Orte nach, die Anwendung der electricischen Stirnlampe Kirstein's unerlässlich sein: dennoch sollte, wenn irgend möglich, auch bei diesem Verfahren das direct auffallende Sonnenlicht wieder mehr zur Geltung kommen. Und zwar aus zwei Gründen. Sowohl deshalb, weil dasselbe vermöge seiner stärkeren Intensität ein grösseres Gebiet auf einmal erleuchtet und daher auch hier ein übersichtlicheres Gesamtbild gewähren wird, als auch deshalb, weil man das directe Sonnenlicht, im Gegensatze zu jeder anderen Lichtquelle, auf den zu Untersuchenden in verschieden starkem Winkel auffallen lassen kann, je nach der Tageszeit, zu der man untersucht, so dass wenigstens ein Theil der von Kirstein eingehender gewürdigten, aus anatomischen Gründen, wie besonders Verschiedenheiten in der Grösse des Halses, der Weite der Mundhöhle, der Dicke der Zunge, der Gestaltung der Epiglottis, der Autoscopie so und so oft entgegenstehenden Schwierigkeiten bei directem Sonnenlichte wohl noch zu überwinden sein dürfte. In dieser Hinsicht sei erwähnt, dass in den Jahren 1880–1882, während meines Aufenthaltes in Alexandrien, in meiner am Ende einer Strasse belegenen Wohnung, deren nach Süden sowie nach Westen gerichtete

Fenster einen freien, durch Nachbarhäuser nicht gehemmten Blick über weithin sich ausdehnende Gärten und Palmenhaine gestatteteten, laryngoscopische und rhinopharyngoscopische Untersuchungen bei direct auffallendem Sonnenlichte an dem nach Süden sehenden Fenster oft nur mit Schwierigkeit oder nur bei stärkerer Neigung des Kopfes des Kranken nach hinten oder auch selbst dann nicht gelungen sind, in den späteren Nachmittagsstunden aber, bei tieferem Stande der Sonne und bei deren dann in das nach Westen gerichtete Fenster in breitem Strom sich ergießendem Lichte mit überraschendster und erfreulichster Einfachheit von Statten gegangen sind. Natürlich kann man ja, bei hohem Stande der Sonne, von Süden her einfallendes Licht durch einen Spiegel reflectiren, doch hat die Untersuchung dann sofort etwas Steifes und Gebanntes und für alle derartigen Untersuchungen, auch für das Voltolini'sche und Kirstein'sche Verfahren, giebt es wohl kein schöneres und wirksameres, kein den Untersucher weniger störendes, kein idealeres Licht, als das von Westen her direct auffallende Sonnenlicht. Voltolini's Untersuchungszimmer in Breslau war nach Süden gelegen, so dass im Hochsommer, bei hohem Stande der Sonne, auch er des reflectirten Lichtes sich bedienen musste: doch würde ein nach Westen gerichtetes Fenster einen grösseren Theil des Jahres über eine noch bessere und bequemere Beleuchtung ihm gewährt haben, ein Mangel, auf den es, zum Theil wenigstens, vielleicht zurückzuführen ist, dass Voltolini sein Verfahren nicht zu der Vollendung geführt hat, zu der es nun von Kirstein emporgehoben worden ist. Freilich wird die Beschaffung einer solchen nach Westen sehenden und in ihrem Ausblicke durch gegenüberstehende Gebäude nicht behinderten Wohnung Schwierigkeiten oft genug bereiten, doch dürfte der Besitz einer solchen erst den ganzen Werth der Autoscopie, besonders auch in operativer Hinsicht, zur Geltung kommen lassen.

Danzig, den 27. Januar 1896.

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 25. Februar 1896.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Kaufmann.

### Demonstrationen:

I. Dr. Kaufmann: Ein Fall von perisinuösem Abscesse mit Pyämie, geheilt durch Operation.

Ein 12jähriges Mädchen, seit Jahren ohrenleidend, bekam am 22. Januar d. J. plötzlich Schüttelfrost von angeblich halbstündiger Dauer, in den zwei darauf folgenden Tagen wieder Schüttelfröste, am 24. Tage angeblich Bewusstlosigkeit mit Erbrechen. Schlaflosigkeit, intensiver Kopfschmerz mit Schwindelgefühl.

Bei der am 25. Januar erfolgten Aufnahme in die Klinik des Prof. Politzer war Pat. somnolent, Temperatur 38,5, wiederholtes Erbrechen. Innere Organe normal: Seitens der Hirnnerven keine Erscheinungen. Rechtes Ohr gesund.

Linkes Ohr: Gehörgang mit dickflüssigem übelriechenden Eiter gefüllt, sehr eng, von Mittelohrgebilden nichts erkennbar. Weichteile des Warzenfortsatzes normal, jedoch an der Spitze etwas druckempfindlich, ebenso die Gegend knapp unterhalb des Warzenfortsatzes. Hörweite nicht eruirbar.

Bei der sofort vorgenommenen Operation (Radicaloperation) zeigte sich der Warzenfortsatz hyperämisch, in geringer Tiefe schon reichlich Eiter und durchfeuchtete schmutzig-graugrüne Cholesteatommassen. Nach Ausräumung der im Attic und im Mittelohre befindlichen weichen Granulationen und Cholesteatommassen (Gehörknöchelchen nicht sichtbar) wird der Sinus in seinem ganzen Verlaufe im Schläfebeine freigelegt. In der Umgebung des Sinus reichlich dickflüssiger Eiter, die Sinuswand etwas missfarbig, im Sinus jedoch deutlich flüssiges Blut nachweisbar. Deshalb wird die Eröffnung des Sinus nicht ausgeführt. Plastik der hinteren Gehörgangswand. Jodoformgaze-Verband.

Am nächstfolgenden Tage noch Temperatur 37,9, kein Schüttelfrost. Seither normale Temperatur. Normaler Wundverlauf.

II. Doctent Dr. Gomperz stellt eine 23jähr., sonst wohlgebildete Patientin mit einer angeborenen Abnormität an den pharyngealen Tubenostien und Divertikelbildung am Rachendach vor.

An beiden Tubenostien, welche besonders rechts stark in den Nasenrachenraum vorspringen, verjüngt sich der obere Abschnitt des Wulstes, längs des äusseren Choanenrandes hinlaufend, kegelförmig, und weiter, am Rachendach fortlaufend, zu einer Leiste von 2 Mmtr. Breite; die beiden Leisten verschmelzen bei ihrem fast ganz symmetrischen Verlauf am Rachendach und bilden einen Bogen, der in seiner ganzen Ausdehnung so aussieht, als bestände er aus denselben Geweben, wie der Tubenwulst; auch erweist er sich als ebenso derb. Er springt 3—4 Mmtr. weit über das Niveau der Schleimhaut vor, so dass er einerseits die Choanen überdacht, andererseits die Bildung einer seichten Aushöhlung an der oberen Rachenwand von der Ausdehnung eines 10 Pfennig-Stückes begünstigt; daselbst zeigt sich die Schleimhaut glatt, ziemlich dünn, mit mehreren schlitzförmigen, scharfrandigen, in die Tiefe führenden Oeffnungen, von denen die eine, 4 Mmtr. lange, bis 2 Mmtr. breite, in der Medianlinie steht. Ein operativer Eingriff, sowie Lues waren nicht vorausgegangen. (Die genaueren Mittheilungen über diesen Fall sollen nach der Verfertigung einer Abbildung in dieser Monatsschrift erfolgen.)

III. Prof. Politzer: Ueber Knochendefecte in der äusseren Atticwand.

Man hat die nach der totalen Zerstörung der Membr. Shrapnelli entstehenden Lückenbildungen im Attic auf die Entblössung des Knochens von seiner ernährenden Periostlage zu erklären versucht. Dies könnte allenfalls für die untere, zugeschärfte, dünne Knochenwand des Margo tymp. angenommen werden, keineswegs aber von der höhergelegenen dicken Atticwand, die von den Knochengefässen der oberen Gehörgangswand versorgt wird. Die von Walb vertretene Ansicht, dass eine primäre, eitrig Otitis des Margo tymp. die Ursache eitrig Entzündungen im Attic und ihrer Ausgänge in Caries der Atticwand

sein könne, ist durch nichts erwiesen. P. ist vielmehr der Ansicht, dass nach Blosslegung des Randes der Incisura Rivini bei der septischen Eiterung, die hier die Regel ist, die Entzündungserreger und Fäulnisscoccen in die Knochenräume eindringen und zum Zerfalle der Knochengewebe führen. Je länger die Eiterung dauert, in desto grösserem Umfange schmilzt der Knochen ein. Die Ausheilung des Eiterprocesses kann daher einmal mit einem kleinen, ein andermal mit einem colossalen Knochendefecte im Attic abschliessen.

P. demonstriert mehrere hierauf bezügliche Präparate seiner Sammlung:

1) das Präparat einer 75jährigen Pfründnerin. Trommelfell intact. Membr. Shrapnelli zerstört. Oberhalb des Proc. brevis ein erbsengrosser Knochendefect in der äusseren Atticwand, durch den ein vom Gehörgange eingewandertes Cholesteatom sich hinter dem Hammeramboskörper in die Trommelhöhle hineinschiebt. In der Tiefe des Attic ist eine verästigte Bindegewebsmembran sichtbar:

2) das Präparat einer 88jährigen Pfründnerin. Hintere Trommelfellhälfte zerstört, die vordere, verdickte, mit dem Hammergriff zusammenhängende Trommelfellhälfte mit der inneren Trommelhöhlenwand in Contact. Ueber dem Proc. brevis ein grosser, zackiger Knochendefect, der sich auf einen Theil der hinteren Gehörgangswand ausdehnt und das Antrum mastoid. blosslegt. Im Attic und Antrum eingewanderte schmutzig-weisse Cholesteatommassen. Ost. tym. tubae durch Bindegewebe verschlossen;

3) das Präparat eines unbekanntes Individuums (zufälliger Befund) mit grubigen Einziehungen des mit der inneren Trommelhöhlenwand verwachsenen Trommelfells. Ausgedehnter Knochendefect im äusseren Attic, durch den der freiliegende Hammerkopf sichtbar ist. Aehnliche Befunde, bei welchen der Amboskörper fehlt, sind auch von Gruber und Gomperz verzeichnet worden:

4) ein Präparat mit starker Verdickung und Pigmentirung des Trommelfells. Knochendefect in der Atticwand. Zerstörung des Ambos und des Hammerkopfes, der am Hammerhalse abgesetzt erscheint:

5) Präparat eines Phthisikers mit cariöser Zerstörung der Atticwand und des Tegmen tymp. Multipler Durchbruch der Dura mater und Exitus lethalis durch Meningitis;

6) decalcirte Durchschnitte durch die Trommelhöhle. Von einem an acuter Pleuresie verstorbenen 13jährigen Mädchen. Zerstörung der Membr. Shrapnelli mit einem Theile der Atticwand. Verwachsung des Hammerkopf mit dem Tegmen tymp. und Adhärenz des Trommelfells mit der inneren Trommelhöhlenwand, wie sie auch von Hartmann bei Perforation der Membr. Shrapnelli beobachtet wurde.

#### Discussion:

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass er bereits vor einigen Jahren in der „Wiener allgemeinen medicinischen Zeitung“ einen Aufsatz über die secundären Ausweitungen („Ectasien“) im Schläfebeine publicirte, in welchem er die Theorie über das Zustandekommen derselben entwickelte. Speciell macht er darauf aufmerksam, dass am oberen Theile des inneren Randes vom äusseren Gehörgange das Trommelfell sein Gewebe direct von den Weichtheilen des Gehörganges

bezieht, dass an dieser Stelle kein *Annulus cartilagineus* sich befinde, die *Trommelfellgefässe* mächtiger sind, einerseits also das Gewebe, weil bluthaltiger, auch zu stärkeren Entzündungen disponirt ist und andererseits der Knochen nicht, wie an anderen Stellen des inneren Randes vom äusseren Gehörgange, durch den *Annulus cartilagineus* geschützt ist, daher auch leichter durch die Eiterung zerstört werden kann. Ein disponirendes Moment für die Infection am Antrum sei auch darin gegeben, dass der zur Bildung des Warzenfortsatzes bestimmte Theil der Schuppe mehr diploetische Substanz enthält und in den schon unmittelbar nach der Geburt nachweisbaren Zellenräumen gerade in diesem Theile die Infection durch eingelagerte Microben leichter stattfinden könne, wodurch eine Einschmelzung des Knochens hier um so leichter geschehe.

IV. Dr. Alois Kreidl, Assistent am physiologischen Institut des Prof. Exner, demonstirt eine Katze, bei welcher er vor einem Jahre beide *Nervi acustici* nach einer Modification der Ewald'schen Methode zerstört hatte. Die Operation geschah in der Weise, dass nach freigelegter *Bulla* mittelst Paquelins die *Acustici* vom *Foramen rotundum* aus im *Meatus acusticus internus* gleichzeitig mit dem *N. facialis* zerstört wurden. Wenn der *Acusticus* zerstört ist, zeigt sich noch während der Operation Abfliessen von *Liquor cerebrospinalis* und horizontaler *Nystagmus*.

Nach einem Jahre zeigt das Thier noch folgende Symptome, die der Vortragende demonstirt: breitspuriger, hörbarer Gang, beständige Bewegungen des Kopfes, Ungeschicklichkeit beim Ergreifen der Nahrung, Ungeschicklichkeit beim Springen, verschiedene Gleichgewichtsstörungen. Fehlen der galvanischen Reaction.

Dr. Kreidl ist der Ansicht, dass diese Störungen auf einen Ausfall der Gleichgewichtsorgane im inneren Ohre zurückzuführen sind.

An diese Demonstration knüpfte sich eine Discussion, an welcher sich die Herren Politzer, Gruber und Kreidl theilnahmen.

Dr. Ferdinand Alt: Sectionsbefund eines Falles von *Morbus Ménièrei* (*Leukämie*).

A. berichtet über eine gemeinsam mit Herrn Dr. Friedrich Pineles ausgeführte Arbeit. Ein 66jähriger Tagelöhner, der bis zum Winter 1894 nie ernstlich krank war und zu dieser Zeit über Kopfschmerz, Schwäche und hochgradige Mattigkeit zu klagen begann, wurde im Juni 1895 unter heftigem Schwindel und Ohrensausen bewusstlos und hatte, als er zu sich kam, das Gehör nahezu vollständig verloren. Ein totaler Verlust des Hörvermögens soll erst nach etwa 14 Tagen aufgetreten sein. Seither war Patient bettlägerig, wurde noch häufig von Schwindelanfällen befallen und suchte im Juli 1895 die I. medicinische Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses auf.

Dasselbst wurde hochgradige *Leucämia myelo-lienalis chronica* diagnosticirt (2600000 rote auf 600050 weisse Blutkörperchen, circa 1 : 4, zahlreiche mononucleäre, grosse Leukocyten, Markzellen neben Lymphocyten, vereinzelt kernhaltige rote Blutkörperchen, colossaler Milztumor, sehr grosse Leber, ausgebreitete Hämatome). Die Ohrenuntersuchung ergab: *Trommelfell* beiderseits stark retrahirt, getrübt, *Lichtreflex* verzogen. *Stimmgabel C<sub>2</sub>* wird vom Scheitel aus nicht percipirt. Vor



dem linken Ohre und vom linken Warzenfortsatze aus wird C<sub>2</sub>, C<sub>1</sub> und C nicht gehört, vor dem rechten Ohre wurden nur die sehr stark angeschlagenen Stimmgabeln C<sub>2</sub>, C<sub>1</sub> und C hochgradig verkürzt gehört, vom Knochen aus nicht percipirt. Sehr laute Sprache nur in unmittelbarer Nähe des rechten Ohres, links complete Taubheit. Stromstärken von 15—20 M.-A. sind nicht im Stande, beim Patienten Schwindel zu erzeugen.

Am 8. September 1895 trat der Exitus lethalis ein. Die Section ergab: Myelo-lienale Leukämie mit vereiterten leukämischen Hämatomen. Die beiden Schläfenbeine und der Hirnstamm wurden von A. und P. zur näheren Untersuchung übernommen.

Der Hirnstamm und der Nervus acusticus, nach der Weigert-Pal'schen Methode behandelt, bieten folgende Veränderungen dar: Im intramedullaren Verlaufe des Acusticus, sowohl in der lateralen, als in der medialen Acusticus-Wurzel, an zahlreichen Stellen theils kleinere, theils äusserst mächtige leukämische, kleinzellige Infiltrate. Namentlich zeigt sich die Austrittsstelle des Acusticus, dort wo die beiden Wurzeln zusammenstossen, stark infiltrirt, die Pia leicht verdickt und kleinzellig infiltrirt. An den Acusticusfasern ist stellenweise eine leichte Degeneration wahrnehmbar. Die Acusticuskerne, die hintere Vierhügelgegend, Kleinhirn zeigen keine pathologischen Veränderungen. Blutungen oder Reste von Blutungen sind nirgends nachweisbar.

Mittelohr völlig intact, Labyrinthbefund (Dr. Kaufmann) negativ (controlirt durch die Herren Prof. Gruber, Politzer und Weichselbaum): von den bisher beschriebenen leukämischen Veränderungen des Labyrinthes nichts nachweisbar, feinste Veränderungen können wegen etwas stärkerer Entkalkung der Präparate nicht absolut ausgeschlossen werden. In den bisher veröffentlichten Fällen betrafen die pathologischen Veränderungen entweder das Labyrinth (Poltzer, Steinbrügge zwei Fälle, Lannois, Wagenhäuser) oder das Mittelohr (Gradenigo). Von Veränderungen des Acusticus ist in keinem dieser Sectionsbefunde die Rede und wohl hauptsächlich deshalb, weil eine Untersuchung des Acusticus, bezw. des Hirnstammes unterblieb. In diesem Falle wird demnach zuerst eine leukämische Infiltration des Acusticus nachgewiesen.

Da ferner in der ganzen Literatur kein Fall einer isolirten Acusticusaffection verzeichnet ist, die Morbus Ménièrei bedingt hätte, könnte dieser Fall als die erste diesbezügliche Beobachtung verzeichnet werden. Dass Ströme von 15—20 M.-A. beim Patienten galvanischen Schwindel nicht erzeugten, wäre wohl im Sinne der Pollak'schen Versuche, als Ausfallserscheinung durch Läsion des Coordinationsapparates zu deuten.

#### Discussion:

Prof. Gruber weist darauf hin, dass in den zahlreichen von ihm untersuchten Präparaten, die ihm von dem Vortragenden vorgelegt wurden, nirgends eine Spur des Corti'schen Organes vorhanden sei. So viele Präparate er auch während seiner langjährigen Thätigkeit zu untersuchen Gelegenheit hatte, wenn das Labyrinth überhaupt entwickelt war, zeigte sich doch immer an den microscopischen Präparaten mindestens eine Spur des Corti'schen Organes. In diesen Präparaten aber ist dasselbe wie wegrasirt, nirgends auch nur eine Andeutung davon, während sonst in dem Gehäuse des Labyrinthes Ab-

normitäten nicht nachweisbar sind. Auf Gruber mache die Sache den Eindruck, als ob bei der Entkalkung das Cortische Organ verloren gegangen wäre, und er möchte davor warnen, aus diesem Befunde zu schliessen, dass die leukämische Infiltration in dem betreffenden Falle bloß den Acusticus und nicht auch die Labyrinthgebilde betraf. Der Befund im Acusticus sei jedenfalls von hohem Interesse.

Alt erwidert, dass er das Hauptgewicht auf die leukämische Infiltration des Acusticus lege und die Frage, ob diese allein den Ménière'schen Symptomencomplex hervorgerufen hätte, als nur nebensächlich berücksichtigt habe.

---

## Eingesendet.

Die verehrliche Redaction

ersuche ich sehr ergebenst um Aufnahme der folgenden Bemerkung zu dem in No. 2 Ihrer Monatsschrift veröffentlichten Aufsatz von A. Ephraim. Den citirten Ausdruck „revolutionärer Process“ habe ich 15 Zeilen später dahin erläutert, dass „die Alleinherrschaft des Kehlkopfspiegels ernstlich bedroht“ ist. Ueber die Ausdehnung des dem Autoscope zukommenden Herrschaftsantheiles ist in diesem Satze nichts präjudicirt. — Nebenbei bemerkt, habe ich den Aufsatz, auf welchem Ephraim's Arbeit basirt, längst ausser Cours gesetzt (in dem Abschnitte „Literatur meiner Monographie: Die Autoscopie des Kehlkopfes und der Luftröhre“) — ein Umstand, der zur Zeit der Abfassung der Ephraim'schen Arbeit nicht vorausgesehen werden konnte, den ich aber jetzt, zur Zeit der Publication, hervorzuheben Anlass habe.

Berlin, 17. März 1896.

Dr. Alfred Kirstein.

---

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Zur diagnostischen Verwerthung der oberen und unteren Tongrenze, sowie des Rinne'schen und Schwabach'schen Versuches.** Von G. Brunner in Zürich. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXVII, 3, 4)

B. bringt verschiedene kritische Bemerkungen vor, welche sich ihm bei der Verwerthung der functionellen Prüfungsmethoden, deren Werth er durchaus anerkennt, aufgedrängt haben. Zunächst ist derselbe der Ansicht, dass es sich bei der Knochenleitung nur zum kleinsten Theil um die Massenschwingungen des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, hervorgerufen durch Reflex von den Wandungen des äusseren Gehörganges an dessen Luftsäule, handle, vielmehr fast lediglich um die Molecularschwingungen der Schädelknochen, des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. Hierfür spricht ihm u. A. die Beobachtung, dass in Fällen von starker Trommelfellanspannung ein Stimmgabelton, welcher bei Luftleitung um einen halben bis ganzen Ton und noch mehr erhöht wahrgenommen wurde, durch Knochenleitung richtig gehört wurde, hier also eine wesentliche Betheiligung der Luftleitung in

obigem Sinne auszuschliessen ist. — Die Verstärkung der Knochenleitung bei Erkrankungen des äusseren und mittleren Ohres erklärt B. ausschliesslich durch Mitschwingen (Resonanz), die Bezold'sche Annahme einer vermehrten Spannung im schalleitenden Apparat reiche, wie Bezold ja auch selbst betont, nicht für alle Fälle aus. — Hinsichtlich der diagnostischen Bedeutung der oberen Tongrenze weist B. darauf hin, dass auch Affectionen im schalleitenden Apparate im Stande sind, die obere Grenze herabzusetzen, jedoch möchte er bei grösseren Differenzen (1,5 und mehr des Galton-Pfeifchens) allemal eine Erkrankung des schallempfindenden Apparates annehmen. Wiederholt fand sich nach Vornahme der Luftdouche die obere Tongrenze erhöht, seltener heruntergedrückt, in einem Fall von beiderseitiger Obturation durch Cerumen ziemlich starke Herabsetzung, die sich nach der Ausspritzung alsbald verlor. Auch bei der acuten Otitis media beobachtete B. in einem Falle einen ziemlich bedeutenden Defect an der oberen Grenze, der sich mit der fortschreitenden Heilung allmählig ausglich. — In Uebereinstimmung mit Bezold ist B. ferner auch bezüglich der diagnostischen Bedeutung der unteren Tongrenze, indem er einen zusammenhängenden Defect daselbst, insofern derselbe nur für die Luftleitung besteht, auf eine Störung des schalleitenden Apparates bezieht; dagegen hebt er hervor, dass nicht umgekehrt jede derartige Störung einen Ausfall an der unteren Tongrenze bedinge, wie dies Bezold behauptete. Letzterer hat jedoch in seiner jüngsten Auseinandersetzung über den Gegenstand (Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde, pag. 89) selbst schon gewisse bestimmte Einschränkungen in dieser Hinsicht gemacht, welche an betreffender Stelle nachzulesen sind.

Beim Rinne'schen Versuche weist B. auf im Uebrigen bekannte Abweichungen hin, die theils ihre Deutung als Mischformen von Erkrankung des schalleitenden und -percipirenden Apparates finden dürften, theils einer Erklärung noch nicht zugänglich sind. Die Angabe Bezold's, dass trotz intacter Schalleitung — R. bei einseitiger hochgradiger Schwerhörigkeit vorkommen könne, glaubt B. dahin ergänzen zu dürfen, dass ihm in den angeführten Fällen auf Grund einzelner Umstände gleichwohl ein Schluss auf Alterationen im Mittelohr, die eine Verstärkung der Knochenleitung zur Folge hatten, berechtigt erscheine.

Keller.

**Die Ermittlung einseitiger completer Taubheit.** Von Dr. Bloch in Freiburg i. B. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXVII, 3, 4.)

Zur Ermittlung einseitiger totaler Taubheit empfiehlt Bl. die Anwendung des binauralen Hörschlauches, ohne aber dieser Methode, wie irgend einer anderen, eine volle Sicherheit für alle Fälle zusprechen zu können. Auf das gläserne oder metallene Verbindungsstück eines gegabelten Hörschlauches, dessen beide langen Enden von hinten her in die beiden Gehörgänge des zu Untersuchenden eingesetzt werden, wird eine schwingende Stimmgabel aufgesetzt. Verschliesst man nun möglichst geräuschlos den zum total tauben Ohre führenden Schlauch, so wird der Ton im anderen Ohre lauter gehört, weil die ganze Schallmasse dorthin geleitet wird; besteht aber noch ein Rest von Gehör-

vermögen auf dem schwerhörigen Ohre, so wird beim Hören durch beide Schlauchenden der Ton binaural als subjectives Hörfeld in den Kopf hinein verlegt, beim Verschluss des zum erkrankten Ohre gehörigen Schlauches aber wird der Ton leiser und im gesunden Ohre selbst vernommen, beim Oeffnen des Schlauches aber wieder stärker und im Kopfe. Es entsteht nämlich bei dem hier vorhandenen Hörrest durch das Hören mit beiden Ohren eine binaurale Schallverstärkung, welche beim einseitigen Verschluss und dadurch bedingtem monauralen Hören, wesentlich abgeschwächt wird. Einige Fälle illustriren den Werth des Versuches. Keller.

### **Ein histologischer Beitrag zur Taubstummheit durch Otitis interna.**

Von A. Scheibe in München. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde XXVII, 2.)

Bei einem an Scharlachdiphtheritis verstorbenen 8 $\frac{1}{2}$  jährigen Taubstummenschüler ergab die Section der Gehörorgane neben frischer, mit der letzten Erkrankung im Zusammenhang stehender Entzündung der Mittelohrschleimhaut die Residuen alter abgelaufener beiderseitiger Labyrinthentzündung, und zwar in übereinstimmender Weise mit anderen bekannten Fällen: Neubildung von Bindegewebe und Knochengewebe besonders im Anfangstheil der Paukentreppe an der Einmündung des Aquaeduct. cochleae, sowie in den Bogengängen, weniger in der Schnecke und im Vorhof. In letzterem zeigt sich das Periost auf der Stapesfussplatte stark hypertrophirt bis zur Fixation des Steigbügels. An der Dura keine Veränderung, nur eine Verdickung an der unteren Wand des Meatus audit. internus. — Der Autor nimmt auch für diesen Fall nicht eine primäre Otitis int. an, sondern eine Fortleitung der Entzündung von einer Meningitis, wahrscheinlich durch den Aquaed. cochleae in's Labyrinth. Als wahrscheinliche Form der Meningitis wird, wie fast stets, auch hier die Cerebrospinalmeningitis angenommen. Die Angabe, dass Schultze in seinem bekannten Falle (Virchow's Archiv 119, 1) es unentschieden lasse, ob eine Meningitis oder eine der Poliomyelitis acuta gleichzusetzende cerebrale Erkrankung der Labyrinthaffection zu Grunde liege, dürfte dahin zu ergänzen sein, dass auch Schultze eine leichte, durch den Krankheitserreger der Poliomyelitis bedingte Meningitis annimmt und sich nur, in Uebereinstimmung mit Voltolini, gegen die übliche Annahme einer sporadischen Form der epidemischen Cerebrospinalmeningitis ausspricht, insofern der Beweis für eine solche Annahme in sehr vielen Fällen nicht erbracht sei. Keller.

### **Labyrinthbefund eines Falles von Taubheit bei Leukämie.** Von Prof. Dr. Wagenhäuser. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIV, X.)

Der Fall betraf eine 35jährige Fabrikarbeiterin mit lienaler Leukämie, welche ungefähr 10 Monate nach dem Beginne der Krankheit, 8 Monate vor dem Tode beiderseits ertaubte. Die Section ergab: Aeusseres und mittleres Ohr normal.

Der Entkalkung leistete ein elfenbeinharter Knochenkern von ca. 3 Mmtr. Durchmesser, der sich durch die ganze Pyramide hinzog, hartnäckigen Widerstand.

Die histologische Untersuchung ergab beiderseits Extravasate, aus

rothen und weissen Blutkörperchen bestehend, in den Schnecken: solche Extravasate fanden sich auch im Vorhof, daneben aber schon neugebildetes Bindegewebe.

In den Bogengängen zeigten sich nebst Bindegewebsneubildung schon neugebildete Knochenmassen. Als Ursache dieser Veränderungen nimmt W. Hämorrhagie in's Labyrinth an. Gomperz.

**Das Epithel der Cristae und Maculae acusticae.** (Aus dem anatomischen Institut in Göttingen.) Von Dr. Otto Kaiser. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII, XIV.)

Der Autor hat die Untersuchungen Retzius' über die Nervenendstellen der Ampullen und Bläschen des Labyrinthes einer Nachprüfung unterzogen, unter Benutzung der von Golgi eingeführten Methode der Erzeugung von Chromsilber in den Objecten.

Als Resultate dieser neueren Forschungen enthält die Arbeit eine genauere Beschreibung der Limitans, eine mit Hilfe der Chromsilberfärbung gewonnene, sehr schöne Darstellung der Epithelzellen, der Hüllen der Haarzellen und des Saftlückensystems, schliesslich die Behauptung, dass die Axencylinder der Acusticusfasern sich nicht in einzelne Fibrillen auflösen, wie Retzius es darstellte, sondern sich nur kelchförmig um die Haarzelle ausbreiten; der nervöse Kelch bestehe aus derselben hyalinen Grundsubstanz, wie der Axencylinder, in welche jene Granula eingelagert sind, die Retzius für Fibrillenquerschnitte ansieht. Gomperz.

**Geschichte und Autopsie zweier tödtlich verlaufenen otitischen Hirnkrankheiten.** Von H. Knapp, New-York. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVII, 1.)

K. bespricht zunächst einen Fall von chronischer Mittelohreiterung, welcher bis auf die letzten Stunden vor dem Tode, wo die Temperatur auf 40,7° C. stieg, fieberlos verlaufen war und ausser starken Kopfschmerzen und Schlagsucht während der letzten Wochen keine sonstigen Allgemeinstörungen hervorgerufen hatte. Die Section ergab einen ausserordentlich grossen Schläfelappenabscess von 8 Ctm. Länge und 6,5 Ctm. Höhe. Die Invasion war von der Paukenhöhle aus durch das Tegmen tymp. erfolgt.

In einem zweiten, einen 24jährigen Mann betreffenden Falle von acuter linksseitiger Mittelohreiterung (jedoch vielleicht ein acutes Recidiv einer früheren Otitis med. purul.), bei welchem trotz wiederholter eingreifender Operationen am Warzenfortsatz und Freilegung der erkrankten Mittelohrräume die Krankheitserscheinungen Seitens des Gehirns nicht nachliessen und auch wiederholte Craniotomie keinen Abscess nachweisen konnte, fand sich ein solcher auch bei der Section nicht, dagegen eitrige Leptomeningitis der Vorderlappen bis zur Mitte der Grosshirnconvexität; Basis und Rest der Grosshirnoberfläche frei. Interessant war ausserdem der Nachweis eines Senkungsabscesses von der Paukenhöhle aus entlang dem Semicanal pro tens. tymp. nach dem Nasenrachenraum hin, welcher während des Lebens nur Röthung der linken Gaumensegelhälfte und mässige Halsbeschwerden hervorgerufen hatte, welche auf einen Catarrh zurückgeführt wurden. K. ver-

muthet, dass die Leptomeningitis von diesem otitischen Retropharyngeal-Abscess aus entstanden sei, dadurch, dass die Eitererreger auf irgend einem Wege, am wahrscheinlichsten der Hypophysis cerebri entlang, in die Schädelhöhle gelangt seien. Die Möglichkeit einer derartigen Entstehungsweise einer eitrigen Hirnhautentzündung ex otitide verdient künftighin, wie Verf. betont, berücksichtigt zu werden in Fällen, wo die Untersuchung des Paukendaches oder der inneren Felsenbeinfläche keinen Defect nachweisen lässt.

Keller.

**Bericht über die in den beiden Etatsjahren 1890/91 und 1891/92 in der Poliklinik für Ohrenheilkunde zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle.** Von Prof. Bürkner. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band XXXIV, Heft XV.)

Es wurden 2357 Kranke behandelt mit 54,9 pCt. Heilungen und 19,4 pCt. Besserungen.

55,6 pCt. waren Erwachsene, 44,4 pCt. Kinder. 60,1 pCt. männlich, 39,9 pCt. weiblich.

Das äussere Ohr war in 21,6 pCt., das mittlere mit dem Trommelfell in 71,1 pCt., das innere in 2,7 pCt. betheilig. In der Operationstabelle fällt die grosse Zahl der Paracentesen auf.

Was die Resultate bei der Erprobung der neueren Medicamente betrifft, so lobt B. besonders das Jodtrichlorid in  $\frac{1}{5}$  proc. Lösung als energisches Antisepticum. Weniger befriedigte das neutrale borsaure Natron, ebensowenig Lysol, Naphthol und Wasserstoffsuperoxyd. Das Pyoktanin wird verworfen.

Gomperz.

**Jahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen (August 1894—1895).** Von Dr. R. Dreyfuss in Strassburg i. Els.

A. Ohr.

1) Aurnhammer, Rud., Ueber einen seltenen Fall congenitaler Knorpelreste am Halse mit Auricularanhang vor dem rechten Ohr und linksseitiger Ohrfistel. München 1894.

2) Bache, Arthur, Ueber das Ohrcholesteatom. Berlin 1895.

3) Benedikt, M., Ueber Fremdkörper im Ohr. Strassburg 1894.

4) Camerer, Rud., Ueber Fremdkörper, welche die Tuba Eustachii durchdringen. Tübingen 1894.

5) Doehne, Fr., Ueber künstlich erzeugten Nystagmus horizontalis und rotatorius bei Normalen und Taubstummen. Würzburg 1895.

6) Frankenstein, Selmar, Ueber periauriculäre Entzündungen und Abscessbildungen bei Otitis media purulenta. Königsberg 1895.

7) Gräf, Hans, Erysipelas bei Otitis. Jena 1894.

8) Laqueur, W., Zur Syphilis des äusseren Ohres. Würzburg 1894.

9) Levi, Herrmann, Ueber Meningitis serosa im Gefolge chronischer Ohrentzündungen. Freiburg 1894.

10) Liebe, O., Die an der Universitäts-Ohrenklinik in Halle während des letzten Decenniums beobachteten Fälle von Erysipelas. Halle 1894.

11) Okonogi, S., Ueber Labyrinthkrankung und deren Symptomencomplex bei hereditärer Spätsyphilis. Tübingen 1894.

12) Reinhardt, Ernst, Die chirurgische Eröffnung der Mittelohrräume. Greifswald 1895.

13) Sauberschwarz, Ed., Interferenzversuche mit Vocalklängen. Tübingen 1895.

14) Schmidt, W., Die Betheiligung des Felsenbeins, besonders des Ohres, bei Basisfracturen. Marburg 1894.

15) Strehl, Hans, Der galvanische Schwindel in seinen Beziehungen zum inneren Ohr. Königsberg 1895.

16) Weygandt, Fr., Percussion und Auscultation des Ohres. Marburg 1895.

Nicht zugänglich:

17) Friedländer, Max, Die Betheiligung des rechten und des linken Ohres an den verschiedenen Ohrenkrankheiten. Leipzig 1894.

18) Kruschewsky, Paul, Statistische Beiträge zur Pathologie des Gehörorgans. Leipzig 1895.

19) Seidler, Otto, Ueber die Nachbehandlung des operirten Felsenbeincholesteatoms. Leipzig 1894.

\* \* \*

Von den physiologischen Arbeiten lässt sich die gründliche Untersuchung von Sauberschwarz (13) kaum erschöpfend referiren. Der Autor schliesst im Allgemeinen aus seinen Versuchen, dass für die Vocalklänge gewisse in ihnen enthaltene Töne von bestimmter Höhe charakteristisch sind, mögen diese nun durch Resonanz verstärkte harmonische Obertöne oder irgend welche harmonische oder unharmonische, selbstständige Mundtöne sein. Dieses Merkmal hat aber nicht für alle Vocale die gleiche Bedeutung; es spielen noch andere Momente mit, so z. B. das Stärkeverhältniss des Grundtons zu einem oder mehreren seiner Obertöne oder das Stärkeverhältniss verschiedener Obertöne zu einander.

Strehl (15) kommt auf Grund von Experimenten an labyrinthlosen Fröschen und Tauben, an Taubstummen und normalen Menschen zu dem Schluss, dass die unter dem Namen „galvanischer Schwindel“ bekannten Kopf- und Augenbewegungen bei querer Durchleitung eines constanten Stromes durch den Kopf zu dem inneren Ohr in keiner directen Beziehung stehen und glaubt dies dadurch bewiesen zu haben, dass 1) Frösche und Tauben ohne Labyrinth exact auf den galvanischen Strom reagieren, 2) dadurch, dass er den Wahrscheinlichkeitsbeweis Pollak's an Taubstummen für die Betheiligung des Labyrinths am galvanischem Schwindel nicht bestätigen kann, und 3) dadurch, dass auch 6,4 pCt. der gesunden Menschen keinen galvanischen Schwindel zeigen.

Die Untersuchungen Doehne's (5) ergaben nichts Neues. Von 86 Taubstummen zeigten 41 und von 60 Normalen 3 keinen Nystagmus bei Drehbewegungen. Um die Frage zu fördern, hätte es vor Allem einer Ohrenuntersuchung der Taubstummen und entsprechender Classification bedurft, die unterlassen wurde.

Zur Diagnostik liegt die Arbeit von Weygandt (16) aus der Marburger Ohrenklinik vor. Nach ihm ist 1) die Percussion des Warzenfortsatzes für die frühzeitige Erkennung einer Entzündung

dieses Knochens nicht zu verwerthen, 2) die Auscultation vom Warzenfortsatze hat für die Diagnose von Ohrenerkrankungen im Allgemeinen keinerlei practischen Werth, da die Resultate zu unsicher sind. 3) Jan-kau's Methode (Deutsche med. Woch. 1891 und 1892) ist theils unzuverlässig, theils überflüssig.

Bache's (2) Studie ist eine literarische Zusammenstellung ohne Material zur Klärung der Frage. Benedikt (3) giebt eine fleissige, erschöpfende Darstellung des Capitels und einen Ueberblick über die in der Strassburger Ohrenklinik in den Jahren 1876—1894 constatirten 154 Fälle (1,02 pCt. der gesammten Krankenzahl). — In dem von Camerer (4) beschriebenen Fall handelte es sich um einen  $4\frac{1}{2}$  Ctm. langen Strohalm, der einem 4jährigen Knaben durch den Mund in die Tube resp. Pauke gewandert war und nach  $1\frac{1}{2}$  jähriger Eiterung durch den Gehörgang entfernt wurde.

Okonogi (11) bringt eine erschöpfende Darstellung und Casuistik von 7 Fällen.

Levi (9) berichtet über einen interessanten Fall von Meningitis serosa nach Schneckenearies in Folge chronischer Ohreiterung und bespricht die Symptomatologie der erstgenannten Affection.

Aus der Poliklinik von Stetter (Königsberg) berichtet Frankenstein (6) über 19 Fälle von periostalem Abscess des Warzenfortsatzes nach Otitis media purulenta, die sämmtlich nach Wilde'scher Incision heilten, und zeigt hiermit die segensreichen Erfolge dieser nicht mehr „fashionablen“ Encheirese.

Nach einer übersichtlichen Zusammenstellung der verschiedenen Operationsmethoden schildert Reinhardt (12) aus der Poliklinik von Krzywicki (Königsberg) 10 Aufmeisselungen, die dem unbefangenen Beobachter zum Theil nicht den Eindruck ihrer strikten Indicirung machen. Vor Allem fehlen Angaben, in wie weit den einzelnen Fällen Versuche mit conservativer Behandlung vorausgingen.

## b) Rhinologische:

**Untersuchungen über die Pathogenese des Heuasthma.** (Recherches pathogéniques sur le rhume des foins.) Von Dr. Joal. (Presse méd. u. Annales de la société medico-chirurgicale de liège No. 8—9, 1895.)

Das Heuasthma ist als einfacher Nasenreflex zu betrachten. Arthritismus, Neurasthenie, Empfindlichkeit der Nasenmucosa sind prädisponirende Momente. Die Kranken zeigen regelmässige Zeichen von schlechter Ernährung und von Neurasthenie. Vasomotorische Störungen in der Schneider'schen Membran, welche anfallsweise auftreten, erklären die Paroxysmen des Heufiebers; ausser den Anfällen bemerkt man oft nichts Auffälliges an der Nasenmucosa, wenn nicht eine grosse Reizbarkeit. Die bestimmenden Localreize sind Licht, Gerüche, Staub; einen besonderen Einfluss kann man den Pollenarten nicht zuschreiben, ebensowenig bestimmten Microorganismen. Wenn das sogenannte Heuasthma immer an bestimmte Zeiten gebunden ist, so kommt dies daher, daß immer zu derselben Zeit eben bestimmte Gerüche, Staubformen, Luftreize und Hitze auftreten.

Dr. P. K.



**Perforationen der Nasensehewand.** (Perforations de la cloison du nez.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Hôpital Laribonière, clinique laryngologique de semaine médicale No. 48, 1895.)

Betreffen meist das Septum cartilagineum und sind gewöhnlich von Allgemeinleiden, besonders von Syphilis, abhängig; aber es giebt eine selbstständige Form, welche man die „catarrhalische“ nennen kann; sie wurde zuerst von Zuckerkanndl beschrieben und rührt von keiner Diathese her. Sie kommt an der hervorragendsten Stelle verkrümmter Scheidewände vor, beginnt mit sich oft wiederholenden Blutungen und Schorfbildungen, ist wenigstens centimeterhoch, mit abgerissenen Rändern versehen und wird nur zufällig entdeckt. Es besteht keine Nasendeformation dabei, wodurch sie sich von Syphilis unterscheidet. Sie entwickelt sich langsam, ohne Wissen des Kranken und wird zufällig entdeckt, wenn Patient wegen eines sonstigen Halsleidens den Arzt consultirt. Bei Syphilis hingegen entwickelt sich die Perforation rasch und geht öfters auf das Knochengestüst über. Nasendouchen von lauwarmem Salzwasser und Borvaselin werden mit Erfolg angewandt.

Dr. P. K.

**Eine Vorlesung über die Behandlung der adenoiden Geschwülste im Nasenrachenraum.** (A lecture on the treatment of adenoid growths in the nasopharynx.) Von Thomas Barr, M. D., Glasgow. (Lanc., 14. Sept. 1895.)

Nachdem Verf. in einem früheren Vortrage die bekannten Symptome der adenoiden Geschwülste und ihre Folgen auseinandergesetzt, kommt er in dieser Vorlesung auf die Behandlung zu sprechen. Er betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Operation, bespricht dann die Frage der Anästhesie, in Bezug auf welche er dem Chloroform den Vorzug giebt. Augenscheinlich ist ihm der Bromäther noch unbekannt, denn ein grösserer Theil der Einwürfe gegen die Anästhesie überhaupt und gegen einzelne Mittel hätten wegfallen können, wenn er den Bromäther benutzte. Die Bromäthernarcose giebt genügend Zeit, drei Mandeln in einer Sitzung wegzunehmen, ein Verfahren, das Ref. fast regelmässig anwendet, wenn die Kinder nicht zu schwächlich sind. Allerdings ist dazu nöthig, dass man die Gaumenmandeln blutlos, d. h. mit Galvanocaustik operirt. Verf. gebraucht in den letzten Jahren immer die Gottstein'sche Cürette und ist sehr zufrieden mit ihr. Er scheint häufiger stärkere Blutungen zu erleben, nach den umständlichen Vorbereitungen zu der Operation zu schliessen. Seitdem Ref. eine nicht zu scharfe Cürette benutzt, kommen ihm stärkere Blutungen kaum mehr vor, trotz zahlreicher Fälle, die er zu operiren hat. Mit Recht betont Verf. die Wichtigkeit der Nachbehandlung, sowohl unmittelbar nach der Operation als auch dann, wenn die Mundathmung nachher nicht von selbst eintritt. Es muss in dem Falle nachgesehen werden, ob die ganze Geschwulst entfernt ist oder ob in der Nase nicht eine Veränderung besteht, welche die Nasenathmung beeinträchtigt. In manchen Fällen muss man das Schliessen des Mundes während der Nacht durch Uebungen am Tage oder durch Bandagen erzielen. Neu war Ref. das Zukleben der Lippen mit Heftpflaster.

M. Schm.

**Soll man die adenoiden Vegetationen ohne Ausnahme operiren?**  
(Doit-on toujours opérer les végétations adénoïdes?) Von Dr. Hermet. (Journal de clinique et de thérapeutique infantiles und Annales des maladies de l'oreille et de larynx No. 9, 1895.)

Verf. hatte eine grosse Zahl solcher Patienten, wo aus irgend einem Grunde nicht operirt werden konnte und sie befanden sich später gar nicht schlecht dabei. Um nun in's Klare zu kommen, operirte Verf. von 103 kleinen Patienten nur diejenigen, welche Ohrenleiden, Kopfschmerzen, schlechte Körperentwicklung und geistige Trägheit zeigten und diese wurden rasch gebessert. Verf. kommt nun zu folgenden Schlussfolgerungen, indem er die Patienten in zwei Categorien theilt: 1) in solche, welche ohne Verzug operirt werden müssen, 2) in solche, wo man abwarten kann, bis obengenannte Symptome eintreten. Das Abwarten bewahrt die Patienten oft vor der Operation, welche ja nicht so ganz ungefährlich ist (Blutungen, Meningitis, Cocain- und Bromäthylvergiftung); im Alter von 18 Jahren vergehen die adenoiden Vegetationen oft ja gewöhnlich von selbst. Dr. P. K.

**Ein Fall von Nasenstein.** (Sur un cas de rhinolithé.) Von Dr. Gradenigo. (Académie royale de médecine de Turin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1895.)

Gewöhnliche Symptome der organischen Fremdkörper in der Nase bei einer 30jährigen Frau. Der Kern des Steines zeigte sich als Kirschenkern, die Hülle bestand aus Carbonaten, phosphorsaurer Magnesia und etwas Eisen. Pat. erinnerte sich nicht, wann der Kirschkern in die Nase gedrungen war. Dr. P. K.

**Extraction eines grossen Sequester aus den Nasenhöhlen.** (Extraction d'un volumineux sequestre des fosses nasales, operation de Rouge.) Von Dr. Aimé Guinard. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1895.)

Man wendet die Operation nach Rouge nicht oft genug zu obigem Zwecke an. Sie hinterlässt keine Narbe; sie giebt zwar ungeheure Blutungen, welche leicht gestillt werden und bei abhängendem Kopfe das Chloroformiren nicht hindern; sie eröffnet einen sehr grossen Zugang zu den Nasenhöhlen und erlaubt den Sinus maxillaris genau zu untersuchen. Dr. P. K.

**Ein Fall von Empyem des Antrum Highmorel von 7jähriger Dauer.** (A case of empyema of the antrum of Highmore of seven years duration.) Von George Pinder, M. D., Nottingham. (Lancet, 19. October 1895.)

Ausser Kopfschmerzen litt der Kranke auch an Nausea und Herzklopfen. Er wurde durch Eröffnung und Ausspülung des Antrum rasch geheilt. M. Schm.

**Einige Punkte, welche die Aetiologie und die Behandlung des postnasalen Catarrh betreffen, nebst Bemerkungen über die Hygiene der Athemorgane.** (Some points regarding the etiology and treatment of postnasal catarrh with remarks on the hygiene of the respiratory organs.) Von W. Freudenthal, M. D., New-York. (Journ. of the amer. med. Association, 9. November 1895.)

Verf. hat die Versuche von Aschenbrandt, Kayser und Bloch nachgemacht und spricht sich an der Hand derselben für die Ansicht der ersteren beiden Autoren aus, nämlich dass die Luft mit 500 Gramm Wasser pro Tag vollkommen gesättigt werde, glaubt aber, die Einschränkung machen zu müssen, dass ein Theil der Feuchtigkeit der durchstreichenden Luft von der Schleimhaut des Cavum geliefert werde. Er stützt diese seine Ansicht durch einen Versuch bei einem mit erheblicher Rachemandel versehenen Knaben, der vor der Operation nur 57,6 Gramm Feuchtigkeitzufuhr in 24 Stunden zeigte und nachher beinahe normal 342,7. In einem zweiten Falle, bei dem durch galvanocaustische Aetzungen die Nasenschleimhaut vier Jahre zuvor erheblich zerstört worden war, hatte der Mann nur 167 Gramm Zufuhr, bei einem Mann, der jedes Jahr an Heufieber litt, betrug sie 299 Gramm. Führt er ganz trockne Luft zu, so war die Wasserabgabe in der Nase um so grösser, bis zur normalen Sättigung. Er untersuchte sodann verschiedene geheizte Räumlichkeiten und fand, was man ja schon lange ungefähr weiss, dass die Luftfeuchtigkeit im Zimmer bei der in Amerika üblichen Dampf- und Ofenheizung nur 19 bis 40 Grad betrug, gegen 85 und 95 im Sommer und Freien. Verf. geht dann näher auf die Entstehung des retronasalen Catarrhs durch die Erschöpfung der Nasenschleimhaut an Feuchtigkeit ein und sucht auszuführen, dass diese dadurch, dass sie als Reiz wirkt, eine Schwellung des Schwellgewebes verursacht, in Folge deren sich dann die Absonderung der Flüssigkeiten in dem Nasopharynx vermindere, so dass es so zur Bildung von Krusten komme. Die Versuche, diese zu entfernen, bringen nun wieder einen Reizzustand hervor, der sich schliesslich als retronasaler Catarrh geltend mache. Er spricht für eine bessere Construction der Heizanlagen, bei denen der Zufuhr von Feuchtigkeit mehr Beachtung geschenkt werden solle. Er macht sich dann mit Recht lustig über die jetzt immer mehr zunehmende Angst, sich zu erkälten, während die Ursache von vielen Erkrankungen doch nur der Mangel an frischer Luft sei. Er verurtheilt die Art zu leben am Ende des neunzehnten Jahrhunderts als eine ungesunde, weil von Männern, Frauen und bei der Kindererziehung zu wenig Werth auf den Genuss frischer Luft gelegt werde. Er tadelt auch nach der Ansicht des Referenten mit Recht eine allzuwarme Kleidung, besonders das Tragen von Unterkleidern, und schreibt die Erfolge des Pfarrers Kneipp der Verminderung an Kleidung zu und der Abhärtung. Er ist auch für das Barfussgehen eingenommen.

M. Schm.

**Technische Bemerkungen zur Galvanocaustik.** Beschreibung eines neuen Nasenbrenners. Von Dr. Walther Vulpius in Erfurt. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII. XV.)

Die technischen Bemerkungen beziehen sich auf die Maassnahmen,

um in der Batterie, an den Schnüren, am Handgriff und den Brennern möglichst wenig Stromwiderstand zu haben.

Der neue Brenner stellt eine ca. 2,5 Ctm. lange, 0,4 Mmtr. dicke Platinschlinge dar, welche die freien, nach dem Handgriff zu convergirenden, 11 Ctm. langen Schenkel von sprödem Kupfer- oder Silberdraht verbindet, welche in entsprechender Weise in den Handgriff eingeschaltet werden. Mit diesem Instrument gelingt es leicht, selbst sehr flach aufsitzende Wucherungen von der Unterlage in Form eines zusammenhängenden Streifens abzuschälen. Gomperz.

### c) Pharyngo-laryngologische:

#### **Fall von progressiver Muskelatrophie; myopathische Zungenatrophie.**

(Myopathie atrophique progressive; Atrophie linguale myopathique.) Von Dr. M. L. Bouveret. (Lyon médical, September 1895 und Semaine médicale No. 50, 1895.)

In diesem Falle waren Muskelgruppen atrophirt, welche, den Autoren gemäß, nie bei dieser Krankheit atrophiren sollen. Von den Kopfmuskeln sollen nur die vom Nervus facialis innervirten bei der progressiven Muskelatrophie mit ergriffen werden, während in diesem Falle die Kau-, Augenlider-, Zungen-, Pharynx- und Gaumensegelmuskeln nicht alle, wie es gemäss den classischen Schilderungen sein soll, verschont blieben. Patient konnte die Augenlider nicht ganz öffnen (der Dichter Heinrich Heine musste die oberen Augenlider mit den Fingern in die Höhe heben, wenn er Jemandem in's Gesicht sehen wollte; er war mit demselben Leiden behaftet. Ref.) und zeigte Zungenatrophie; die fibrilläre Muskelcontraction fehlte, ein Beweis, dass die Zunge wirklich atrophisch und nicht durch Labioglosso-Laryngealaffection gelähmt war.

Dr. P. K.

#### **Septische Mandelentzündung eine acute spezifische Erkrankung.**

(Septic tonsillitis an acute specific disease.) Von Stuart A. Tudey, M. D., Florenz. (Lancet, 14. December 1895.)

Verf. vertheidigt die Existenzberechtigung der Krankheit als ebenbürtig mit den anderen infectiösen Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Mumps etc. Er hat sie häufig in den verschiedenen Kurorten der Schweiz beobachtet, wo sie am Genfer See unter dem Namen „weisser Hals des See's“ und in Pontresina als „Pontresinalhals“ bekannt ist. Die Beschreibung, die er davon giebt, lässt vermuthen, dass es sich um das handelt, was wir Angina lacunaris zu nennen gewohnt sind, die wohl in vielen Fällen eine nicht sehr virulente Diphtherie darstellt. Uebertragungen will er freilich nicht gesehen haben. Er schreibt die Ursache schlechten Drainageverhältnissen zu. Er möchte auch einige Formen von septischer Pneumonie und Pleuritis hierher rechnen. Bacteriologische Angaben fehlen.

M. Schm.

**Uebertragung des Scharlachfiebers durch einen Brief.** (De la transmission de la scarlatine par l'intermédiaire d'une lettre.) Von Dr. Grasset. (Annales d'hygiène publique, Août 1895, und Semaine médicale No. 48, 1895.)

Der allbekannte, von Dr. Sanné erzählte Fall ist folgender: Eine ältere Dame mit ihrer Tochter, welche die Bretagne bewohnten, erhielten einen Brief aus Deutschland, in welchem die Schreiberin mittheilt, dass sie eben Scharlach überstanden habe und daß sie sich so reichlich abschuppe, dass sie von Zeit zu Zeit ihr Briefpapier abschütteln musste, um die Schuppen zu entfernen. In dem von der Dame mit ihrer Tochter bewohnten Orte war kein einziger Fall von Scharlach. Nach einigen Tagen bekamen Beide Scharlach und die Mutter starb.

Einen ähnlichen Fall erzählt nun Grasset: Ein 9jähriges Kind erkrankte an Scharlach; in der Reconvalescenz schrieb es an seine 40 Km. entfernt wohnenden Eltern, welche ein Söhnchen von zwei Jahren bei sich hatten; im letzteren Orte war gar kein Scharlachfall. Das 9jährige Kind legte als Curiosum einen grossen Epidermislappen in den Brief, mit welchem Brief und Lappen das 2jährige Söhnchen spielte; nach 6½ Tagen erkrankte letzteres an schwerem Scharlach.

Dr. P. K.

**Die Uebertragung von Diphtherie durch Nichtleidende.** (The transmission of diphtheria by nonsufferers.) Von Herbert Peck, Ormskirk. (Lancet, 14. December 1895.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine sehr interessante Verbreitungsreihe der Diphtherie zu beobachten, die ganz mit den neueren Forschungen stimmt. In einem Hause A. erkrankte ein Mann an typischer Diphtherie im October. Am 26. December begann ein anderer Mann in dessen Hause zu arbeiten; am 21. Januar und am 6. Februar erkrankten des letzteren Kinder an Diphtherie und starben, während der Vater kein Zeichen der Krankheit darbot. Ein weiteres Kind erkrankt in demselben Hause am 16. Februar. Der Bruder dieser drei Schwestern kommt nur zum Begräbniss und Sonntags zum Wechseln des Hemdes in das Zimmer, in dem seine Schwestern krank waren. Er erkrankt nicht, es lassen sich aber in seinem Halse zahlreiche Diphtheriebacillen nachweisen. Er arbeitet in dem Hause C. In demselben schläft ein 18jähriger Mann in dem gleichen Zimmer, erkrankt am 26. Februar, man findet bei ihm ebenfalls zahlreiche Diphtheriebacillen. Er geht heim in das Haus D. und am 3. und 12. März erkrankten seine beiden Geschwister, das eine derselben zeigt ebenfalls reichliche Bacillen, das andere wurde nicht darauf untersucht.

M. Schm.

**Endolaryngeale Entfernung von Sängerknötchen.** (Endolaryngeal removal of „Singer's“ nodule.) Von Bark, Liverpool. (Lancet, 21. Dec. 1895.)

Bark stellte in der Liverpool medical Institution zwei Sänger vor, denen er mit sehr gutem Erfolg für das Singen je ein Knötchen von der Stimmlippe entfernt hatte.

M. Schm.

**Adenoide Wucherungen im Schlunde.** (Adenoid growths in the pharynx.) Von Sir William B. Dalby, London. (Lanc., 30. Nov. 1895.)

Verf. ist grosser Anhänger des Fingernagels mit und ohne Stahlansatz auch als Nachbehandlung nach dem Gebrauch des Ringmessers. Er giebt dem Kranken bei der Operation eine nach vorn übergebogene Stellung zur Vermeidung des Einathmens von Blut. Die Wucherungen sollen sich nach der Pubertät immer vollständig zurückbilden, worin Ref. dem Verf. nicht beistimmen kann. Bei jüngeren Kindern finde man öfter ein Wiedererwachen des Wachstums der Wucherungen nach einem Zwischenraum von mehreren Jahren. Verf. wundert sich, dass einer über 60 Jahre alten Kranken wegen subacutem Mittelohr-catarrrh der Pharynx gekratzt werden sollte. Ref. hat in höherem Alter Fälle gesehen, in denen noch so viel des adenoiden Gewebes übrig war, um Gelegenheit zu Eiterungen aus den ebenfalls noch vorhandenen Recessus zu geben, und in solchen Fällen hält Ref. es für ganz gerechtfertigt und am schnellsten heilend, wenn man die Recessus wegkratzt.

M. Schm.

**Ueber einen Fall einer medianen Halsfistel.** (On a case of median cervical fistula.) Von J. Bland Sutton, London. (Lancet, 9. November 1895.)

Es handelte sich um einen persistirenden Ductus thyroideus. Verf. schnitt ihn ganz heraus. Er bildet den Fall und die microscopischen Befunde ab. Das Epithel in dem Gange war Flimmerepithel.

M. Schm.

**Die sensorischen Halsneurosen der klimakterischen Periode.** (The sensory throat neuroses of the climacteric period.) Von Prof. F. Semon, London. (Brit. med. Journ., 5. Januar 1895.)

Verf. macht zuerst auf die mannigfachen bekannten Beziehungen zwischen Geschlechtsorganen und Hals aufmerksam, auf die Unbestimmtheit der Localisation im Halse, zu der er ein an sich erlebtes Beispiel hinzufügt (er fühlte einen Knochen, der hinter dem Velum stak, im rechten Sinus pyriformis), und kommt dann auf die im Titel genannten Beschwerden, die sich immer zwischen dem 38. und 55. Jahre finden. Sie tragen den Character der Parästhesie oder der Neuralgie, welche Form einen sehr unangenehmen Grad erreichen kann. In den letzten Jahren tritt sie auch als Cancerphobie auf. Sie gehen mitunter dem Wechsel in der Periode voraus. Die Prognose ist absolut günstig, die Beschwerden verschwinden, wenn sich der Organismus einmal an den neuen Stand der Dinge gewöhnt hat. Bei der Diagnose muss man natürlich zunächst andere mögliche Ursachen der parästhetischen Gefühle ausschliessen können, aber man muss auch nicht in jeder geringen Veränderung des Halses die Ursache der Beschwerden finden wollen. Die Behandlung ist eine psychische: nützlich sind, wenn sonst indicirt, milde Curen in Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Aix les Bains und Vichy (Refer. möchte die kühlen Thermen, wie Schlangenbad, Wildbad etc. hinzufügen, von deren Gebrauch er grossen Nutzen gesehen hat).

M. Schm.

**Ueber die wahrscheinliche pathologische Einheit der verschiedenen innerlichen und äusserlichen acuten septischen Formen von Entzündung, bisher beschrieben als acutes Oedem des Kehlkopfes, ödematöse Laryngitis, Erysipel des Schlundes und Kehlkopfes, Phlegmone des Schlundes und Kehlkopfes, und Angina Ludovici.** (On the probable pathological identity of the various forms of acute septic inflammations of the throat and neck hitherto described as acute oedema of the larynx, oedematous laryngitis, erysipelas of the pharynx and larynx, phlegmon of the pharynx and larynx and angina Ludovici.) Von Prof. F. Semon, London. (Med. chir. Transact., Vol. 78, 1895.)

Verf. hatte die glückliche Gelegenheit, eine Reihe von 14 hierher gehörenden Fällen zu beobachten, von den leichtesten Formen, über deren septische Natur man zweifelhaft hätte sein können, bis zu den schwersten, in wenigen Stunden tödtenden. Er kommt durch genaue Kritik der einzelnen Fälle zu einem Krankheitsbilde, das er, wie folgt, schildert. Acute septische Entzündungen des Halses können durch verschiedene Mikroorganismen hervorgerufen werden und wechseln in Bezug auf die primäre Localisation, Ausdehnung und die Complicationen je nach der verschiedenen Virulenz und wahrscheinlich je nach der Menge der eingewanderten pathogenen Factoren. Sie befallen vorher gesunde Personen beider Geschlechter und aller Alter. Der Beginn der Krankheit ist meist sehr plötzlich und durch einen Frost mit nachfolgender rascher Steigerung der Temperatur bezeichnet. Der Verlauf des Fiebers hängt jedoch in jedem einzelnen Falle von der Virulenz ab. Der Puls ist fast immer sehr frequent und weich; die Beschwerden steigern sich im Halse rasch zur Aphagie. Die objectiven Symptome hängen von der Localisation und der Ausdehnung des Processes ab. In der grossen Majorität der Fälle beginnt die Krankheit an den Mandeln und im Schlunde, dem natürlichen Portal für den Eintritt der Mikroorganismen. In einigen Fällen ist es der Kehlkopf und besonders der Kehldeckel, in welchem sich die Erkrankung zuerst zeigt. Die frühzeitige ödematöse Schwellung und die grellrothe Farbe unterscheiden die Krankheit im Beginn von einer einfachen Angina. Die Exsudation in das Gewebe ist meistens von serösem Charakter, Uebergang in eitrige führt fast immer zum Tode. Die Krankheit verbreitet sich mitunter sehr rasch auf die serösen Häute des Körpers oder auch auf das Centralnervensystem. Endlich kann sich die Krankheit auch zuerst im Zellgewebe der Haut des Halses lokalisiren, die bisher sog. Angina Ludovici. Verf. widerlegt sodann die möglichen Einwürfe gegen seine Ansicht in Bezug auf die Identität der verschiedenen Processe; erstens, dass die septische Natur der leichteren Fälle nicht bewiesen, was nur fortgesetzte bacterielle Untersuchungen thun könnten. Aus der verschiedenen Localisation könne man zweitens auch keine Gegengründe ableiten, es sei dabei wie bei der Diphtherie, die dieselbe Krankheit bleibe, einerlei, wo sie sich ansiedle. Wenn sie im Larynx durch entzündliche und andere Erkrankungen mit Unterbrechung der Epitheldecke einen günstigeren Boden als im Pharynx finde, so siedle Diphtherie sich auch manchmal dort primär an. Auch die Tuberculose finde häufig genug ihre Eingangspforte in den Tonsillen. Merkwürdig sei in den Fällen, in denen die Erkrankung im Pharynx begonnen hat, die

Neigung, sich nach unten auszubreiten. Nase und Nasopharynx wären in des Verf.'s Fällen immer unbetheiligt gewesen, das sei aber keine allgemeine Regel. Die Verschiedenheit des Fiebers könne auch keinen Gegengrund geben, da es von der Ausbreitung, der Virulenz und dem Character des Processes abhängt. Auch die einmal ödematöse, das andere Mal eitrige Entzündung beweise nichts gegen des Verf.'s Ansicht, seitdem Jordan nachgewiesen, dass der Streptococcus erysipelatis Fehleisen's mit dem Streptococcus pyogenes identisch ist, und nicht nur dieses, sondern auch, dass Entzündung und Eiterung von den verschiedensten Microorganismen hervorgerufen werden kann, und dass die Intensität des Processes wahrscheinlich von der Menge der eingeführten septischen Kokken und von dem Zustand der Gewebe abhängig ist.

M. Schm.

**Ein mit antidiphtherischem Serum behandelter Fall von Diphtherie.**

(A case of diphtheria treated by antidiphtheric serum.) Von W. A. Holmes, M. D., Barrow in Furness. (Lanc., 7. Dec. 1895.)

Ein fast 6jähriges Mädchen, das, mit zwei Injectionen behandelt, Anfangs sehr gut gedieh und am 16. Tage nachher anscheinend an Herzparalyse starb. (Warum Verf. in der Ueberschrift einmal richtig Diphtherie sagt und dann diphtheritic ist unklar. Der Ausdruck Diphtheritis sollte doch jetzt vermieden werden. Ref.)

M. Schm.

**Fall eines während 46 Tagen in dem linken Bronchus eingeklebt gewesenen Fremdkörpers; Operation; Heilung.**

(A case of foreign body impacted for 46 days in the left bronchus; operation; recovery.) Von John H. Morgan, London. (Lanc., 28. Sept. 1895.)

Der Fall betraf ein fast 9 Jahre altes Mädchen: nach der Tracheotomie konnte ein ziemlich tief in dem Bronchus steckendes Stück eines Pflaumenkerns mit der Zange gefasst und herausbefördert werden.

M. Schm.

**Ein Fall von cystischer Geschwulst des Kehlkopfes.** (A case of cystic tumour of the larynx.) Von G. Hunter Mackenzie, M. D., Edinburgh. (Lancet, 7. Dec. 1895.)

Einjährige Heiserkeit bei einem 67 Jahre alten Manne, der zuletzt auch grosse Athemnoth hatte. Die Cyste wurde mit der Zange operirt. Nachher zeigte sich, dass die Stimm- und Taschenlippe durch den lange (?) anhaltenden Druck ganz verschwunden waren (? Ref.). Verf. hat 3 Jahre vorher eine Cyste des Kehlkopfes bei einer Frau von 80 Jahren beobachtet. Multiplicität der Fälle!

M. Schm.

**Neurasthenie des Larynx.** (Neurasthénie laryngée.) Von Dr. Castex. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 13, 1894.)

Verf. versteht hierbei eine nervöse Aphonie, wo das Laryngoscop bloß eine leichte Abspannung der Stimmbänder erkennen lässt ohne Asymmetrie; diese Amyosthenie ist durch Willenskraft zu heilen. Ein heftiger unerwarteter Stoss auf's Epigastrium bringt ebenfalls oft Heilung. Charcot wandte übrigens diesen Stoss gegen den hysterischen Schlucker an.

Dr. P. K.



**Fall von Kehlkopfblutung, eine Hämoptyse vortäuschend.** (*Un cas d'hémorrhagie laryngée simulant une hémoptysie.*) Von Dr. Ferras in Luchon. (*Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, Heft 4, pag. 232, 1895.*)

20jähriges Mädchen mit Amenorrhoe, seit Kurzem abmagernd, hustend, wurde von reichlichem Blutsputten heimgesucht. Das Gesamtbefinden liess beginnende Tuberculose befürchten. Die laryngoscopische Untersuchung genügte, um die Diagnose: harmlose Larynxblutung in Folge von Gefässerreissung in der Interarytanoidealgegend, festzustellen.

Beschoner.

**Chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose.** (*Surgical treatment of laryngeal tuberculosis.*) Von J. W. Gleitsmann, M. D., New-York.

Verf. hat zwei Vorträge veröffentlicht, von denen er den einen in der American laryngological Association und den anderen vor der British laryngological Association gehalten hat. Der erstere ist in dem New-York. med. Journ. vom 19. October 1895 und der andere im Journ. of Laryng. 1895, 9, gedruckt. Verf. beschreibt an der Hand eines sehr ausführlichen Literaturverzeichnisses und nach seiner eigenen Erfahrung die Entwicklung der chirurgischen Behandlung seit den Versuchen von Marcet, 1869, und des Ref., 1880. Er kommt zu folgenden Indicationen: Die chirurgische Behandlung ist zu empfehlen: 1) bei primärer Erkrankung des Kehlkopfes; 2) bei gleichzeitiger Erkrankung der Lunge, wenn diese nicht bis zur Hectik und Erweichung vorgeschritten ist; 3) am besten paßt sie für umschriebene Infiltrationen; 4) für harte Schwellungen der arytanoiden Gegend, der Taschenlippen, der Hinterwand, für tuberculöse Tumoren und für Erkrankungen des Kehldeckels; 5) in vorgeschrittenen Fällen mit starker Dysphagie, die auf Infiltration der Arygegend beruht, ist die Curettage als das schnellste Mittel zur Erleichterung gerechtfertigt. Contraindicationen sieht Verf. 1) in weit vorgeschrittener Lungenerkrankung und Hectik, 2) in disseminirter Kehlkopferkrankung, die wenig gesundes Gewebe zwischen den erkrankten Stellen läßt, und 3) in ausgedehnten Infiltrationen mit starker Stenose, wobei die Tracheotomie mehr indicirt ist. Er will das Verfahren auch nicht bei sehr nervösen und nicht bei solchen Kranken angewendet wissen, denen die nöthige Ausdauer und das Vertrauen zu dem Arzte fehlen. Verf. hat von 12 Kranken 4 geheilt ohne Rückfall nach 6—10 Monaten. (Der längste Fall des Ref. ist nun 17 Jahre geheilt.)

M. Schm.

**Kehlkopfpapillome mit Bericht über einen interessanten Fall.** (*Laryngeal papillomata with report of an interesting case.*) Von Norval H. Pierce, M. D., Chicago. (*Chic. med. Reporter, April 1895.*)

Verf. bespricht die Aetiologie, Histologie, Diagnose und die Behandlung der Kehlkopfpapillome. Das Interessante an seinem Fall war, dass er bei einer Erwachsenen in einem Jahr trotz sorgfältiger Entfernung der Geschwülste 18 Mal Rückfälle beobachtete, aber schliesslich doch Herr darüber wurde.

M. Schm.

**Zur Aetiologie der Kehlkopfgeschwüre bei Typhus abdominalis.** Von Dr. med. P. Bergen grün in Riga. (Arch. f. Laryngolog. etc. Bd. III, Heft 1 und 2, pag. 85, 1895.)

Ein 24-jähriger Matrose, starker Trinker und Raucher, an Typhus abdom. erkrankt, musste wegen am 14. Tage auftretender Suffocations-Erscheinungen tracheotomirt werden. Am gleichen Tage Exitus letalis. Die Section ergab: Larynxschleimhaut, namentlich in der Gegend der Cartilag. aryt. hochgradig ödematös geschwollen, beide wahren Stimmbänder grösstentheils durch scharfrandige, tief eingreifende Geschwüre zerstört; der Geschwürsgrund wird von einer grauen pulpösen, nicht übelriechenden Masse bedeckt. Nach genauer Untersuchung des Kehlkopfpräparates (Abbildg. beige.) bekennt sich B., wie in diesem speciellen Falle, so überhaupt als Gegner der Decubituslehre bei Kehlkopfgeschwüren im Gefolge des Typhus, schliesst sich vielmehr der Anschauung von Rokitansky an, der dieselben nicht als eine blos zufällige Complication oder als Krankheit sui generis, sondern als Metastase der typhösen Noxe in ganz bestimmte Stellen der Mucosa laryngis betrachtet wissen will, einer Anschauung, die von Eppinger zuerst nach bacteriologischer Seite hin erweitert wurde, welcher jenen Geschwüren eine mycotische Entstehungsweise zuspricht. Die Nomenclatur betreffend, meint B., dass dem wirklichen Sachverhalte die Benennung „Laryngitis typhosa“ für den beim Typhus so häufig zu beobachtenden Kehlkopfcatarrh, und „Ulcus typhosum laryngis“ für die auf typhöser Basis entstandenen Geschwüre der Kehlkopfschleimhaut entsprechen würde.

Beschorner.

**Ueber einen Fall von Laryngocoele.** (Sur un cas de laryngocœle.) Von Dr. Beausoleil. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 16, 1894.)

Seltene Fälle; Verf. beschreibt einen solchen. Wie in den meisten Fällen, ist er durch Hustenanstrengungen entstanden; sein Ursprung liegt in der Mitte des Ventriculus Morgagni; er hat dieselben klinischen Symptome wie die Tracheocoele. Obgleich nun die gewöhnlich angeführten Ursachen der Krankheit ihre Entstehung genügend erklären, so kann man doch mit Virchow und Sapey eine zur Krankheit disponirende angeborene Verlängerung des Sinus Morgagni annehmen; man hat solche Vergrösserungen beschrieben, welche bis zum Os hyoideum, ja bis zur Zungenbasis reichten und den von Broca in den Mémoires d'anthropologie bei den Gorilla's und den Affen beschriebenen Säcken gleichkommen. Da solche Tumoren den Kranken nur wenig belästigen, so beschränkt man sich auf symptomatische Behandlung; die radicale Operation ist schlimmer, als die Krankheit.

Dr. P. K.

**Syphilitische Knoten des Os hyoideum.** (Nodules syphilitiques de l'os hyoide.) Von Dr. Georges Elliot. (Journal of cutaneous and genito urinary 1893, Janvier, und Revue de laryngologie et d'otologie No. 18, 1894.)

Verf. beschreibt zwei Fälle, wo nachluetischer Infection sich Tophi am Os hyoideum ausbildeten, welche dann der antisiphilitischen Kur wichen.

Dr. P. K.

**Lungenchirurgie. Einige Fälle von Lungenchirurgie "Explorativer Einschnitt in die Pleura bei Lungenleiden. Resection der rechten Lungenspitze bei Lungentuberculose; Vorstellung des Patienten 4 Jahre und 5 Monate nach der Operation. Chirurgischer Eingriff auf die Lungen bei Trauma und internen Krankheiten. Pneumotomie wegen Bronchialerweiterung; die verschiedenen Methoden, grosse Lungencavernen zu heilen. Nothwendigkeit, die Rippenzwerghauttasche bei Lungenoperationen zu drainiren. Lungencyste, Pneumotomie, Hellung. Zwei Fälle von Pyopneumothorax. Drei Fälle von Lungenchirurgie.** (Chirurgie du poulmon. Quelques cas de chirurgie du poulmon. De l'incision exploratrice de la plèvre dans les lésions pulmonaires. Résection du sommet du poulmon droit pour tuberculose pulmonaire: présentation du malade quatre ans et cinq mois après l'opération. Intervention sur le poulmon dans les cas de traumatisme et d'affections médicales. Pneumotomie pour dilatation bronchique; des modes de réparation des grandes cavités pulmonaires. Nécessité du drainage du cul de sac costo-diaphragmatique dans la plupart des interventions sur le poulmon. Kyste hydatique du poulmon; pneumotomie; guérison. Deux cas de pyopneumothorax. Trois cas de chirurgie du poulmon.) Neuvième Congrès français de chirurgie, Paris, du 21 au 26 Octobre 1895. (Semaine médicale No. 52, 1895.)

P. Reclus als Berichterstatter über „Lungenchirurgie“ theilt die Krankheiten, welche chirurgische Eingriffe in Anspruch nehmen können, in drei Gruppen: 1) die Blutungen: die Unterbindung des Gefässes nach Eröffnung des Thorax wurde versucht: die Fälle endeten natürlich lethal: 2) die Tumoren, zu welchen man die Tuberculose und den Krebs rechnet (Pneumectomie): wegen Tuberculose wurde selbe mehrere Male versucht, aber ohne Erfolg, sie scheint für immer vervorfen zu sein: die wegen Krebs gemachten Pneumectomien sind noch seltener: die geheilten Fälle sind mit Vorsicht aufzunehmen: 3) die dritte Kategorie betrifft tuberculöse und bronchiectatische Cavernen, Gangrän, Abscesse, Cysten. Bei Cavernen muss man bedenken, dass das Allgemeinleiden gewöhnlich seinen tödtlichen Verlauf nimmt, wenn auch der chirurgische Eingriff, welcher immer sehr bedeutend ist, gelungen ist: die Indicationen zur Operation sind selten: die Cavernensymptome müssen die Hauptrolle in der Krankheit spielen, die putride Resorption muss das Hauptsymptom sein und allein die hohe Temperatur bedingen, die Hustenanfälle und die starke Eitersecretion müssen den Patienten zu Grunde richten, dann kann man operiren und dann noch ohne grosse Aussicht auf Erfolg. Bei Cysten ist die Pneumotomie wirklich heilbringend: die Statistiken beweisen es; bei Gangrän ebenfalls: die Statistiken beweisen es ebenfalls. Dasselbe gilt von den Abscessen. Bei allen Pneumotomien ist ein bequemer breiter Zugang zu dem Krankheitsherd nothwendig; dann müssen die beiden Pleurablätter, wenn selbe nicht entzündlich schon verwachsen sind, vereinigt werden: nun muss abermals durch Probepunctionen der Sitz ganz genau bestimmt werden und dann lässt man die Nadel liegen, um sich durch letztere leiten zu lassen; zur Eröffnung gebraucht man immer den nur bis zum Dunkelrothen erwärmten Thermocauter; denn alles unnöthige Bluffliessen muss vermieden werden. Man muss also die schneidende

Klinge so viel wie möglich vermeiden, also nur bei ganz dünner oder sclerotirter Cavernenwandung. Die geöffnete Caverne wird mit dem Finger weiter eröffnet; etwa bestehende, in andere Cavernen führende Hohlgänge mittelst des Fingers vorsichtig erweitert. Selbst wenn die Probepunction ein negatives Resultat ergibt, so kann man doch das sclerotische Gewebe vorsichtig trennen, weil man jedenfalls der Caverne näher rücken und diese dann bald nach aussen sich öffnen wird, wie viele Beispiele beweisen. Bei gehörig grosser Rippenresection und weit geöffneter Caverne muss man gehörig drainiren; man nimmt dazu weiche Kautschukröhren oder Jodoformgazestreifen; Einspritzungen müssen vermieden werden wegen der leicht eintretenden und dann tödtlichen Laryngobronchitis. — Péan betont, dass bei Blutungen, internen oder äusseren, namentlich bei traumatischen, man nicht mit der Operation eilen soll. Ruhe und absolute Immobilisation helfen oft; er bringt hierzu Beispiele als Beleg. Bei den übrigen Leiden, für welche man die Pneumectomie und die Pneumotomie ausführt, hat Péan sich immer mit der ergiebigen Rippenresection und Auskratzen der angewachsenen Theile begnügt. Bei einem Falle von Cyste, welche mit eitriger Pleuritis verwechselt worden war, machte Péan die Rippenresection, den Einschnitt mittelst Thermocauter, Drainage und Jodeinspritzungen: es trat Heilung ein. Péan operirte einmal ein Chondrom der Lunge mit Erfolg; trotz aller Vorsicht mussten einige Zangen zur Blutstillung liegen bleiben. — Dr. Bazy betont die Nothwendigkeit der Untersuchung der Pleurahöhle, um ein Lungenleiden zu erkennen: bei einem an Lungengangrän leidenden jungen Menschen machte er die Resection der achten und neunten Rippe, schnitt den Pleurasack fingerdickgross ein und fand die Pleura normal; als er den Finger ganz hoch nach oben führte, fühlte er Verwachsungen. Er machte nun die Resection der dritten und vierten Rippe und fiel auf den gangränösen Herd, welchen er eröffnete und drainirte. Es trat Heilung ein. — Dr. Tuffier machte bei einem 28jährigen jungen Manne die Lungenresection rechts oben wegen Tuberculose; er eröffnete den zweiten Intercostalraum ohne Rippenresection und ohne grosse Zerreisungen hervorzurufen. Das Princip seiner Methode besteht darin, dass er durch Ablösen des parietalen Pleurablattes einen extrapleurales Pneumothorax bildet, welcher die Lungenspitze als Hernie aus dem intercostalen Einschnitt hervordrängt und welcher dann untersucht werden kann. In diesem Fall war ein nussgrosser tuberculöser Herd gefunden und extirpirt worden. Schon voraus im Auswurf und dann noch in dem entfernten Knoten war von Cornil der Tuberkelbacillus gefunden worden. Das gesunde Lungengewebe war 2 Ctm. weit in der Umgebung des tuberculösen Herdes entfernt worden. Heilung. Tuffier stellte den Kranken vor, man sah keinen Unterschied zwischen der rechten und linken Thoraxspitze; der Mann macht seit einiger Zeit die schwersten Arbeiten. Tuffier kommt zu dem Schlusse, dass im Allgemeinen die Chirurgie gegen Tuberculose machtlos ist; dass es aber einzelne sehr seltene Fälle giebt, welche gegen den Absolutismus sprechen und welche ein ebenso günstiges Resultat geben wie andere locale Exstirpationen tuberculöser Herde. — Dr. Michaux machte zwei unglücklich verlaufende Pneumectomien am unteren Lungen-

theil: die Operation verlief normal, die Patienten erlagen später dem Allgemeinleiden. In beiden Fällen konnte Michaux keine Caverne finden, obschon beide kleine Cavernen durch die Section bestätigt wurden. Er kommt zu dem Schlusse, dass die Diagnose wenig ausgedehnter Cavernen in den unteren Lungenpartien sehr schwer ist; die Lunge ist ein tolerantes Organ, denn Verf. punctirte und durchschnitt sie mit dem Thermocauter ohne Blutung und ohne merkliche Reaction. Verf. erzählt einen Fall, wo ein 18jähriger junger Mann sich eine Revolverkugel in die linke Lunge am Pericardium vorbeijagte; die Blutung war den allgemeinen und den physikalischen Symptomen nach eine bedeutende und schien sich nicht zu stillen; es wurde zwischen der Brustwarze und der Eingangsöffnung der Kugel ein V-Schnitt mit nach oben gekehrter Oeffnung von 8 Ctm. gemacht, 6 Ctm. von der siebenten und achten Rippe resecirt, die Pleura eingeschnitten, ungefähr 1 Liter Blut entleert; an der sichtbar athmenden Lunge war eine Stelle, aus welcher Luft und Blut flossen. Es wurde tamponirt und man legte zwei Drainröhrchen ein. Normale Eiterung und Heilung. — Dr. Walther. Bei lange bestehenden bronchiectatischen grossen Cavernen ist die Sclerose des umgebenden Lungengewebes ein Haupthinderniss zur Heilung der blossgelegten Cavernen, und dennoch kann die Indication zur Operation bestehen und gute Resultate ergeben. Bei einem 26jährigen, mit Pyopneumothorax behafteten Mädchen konnte man ganz deutlich zwischen unterem Schulterblattwinkel und Wirbelsäule das Platzen der Luftblase, welche die Communication mit einem Bronchus andeutete, hören; diese Diagnose wurde von allen anwesenden Aerzten bestätigt. Die Operation ergab eine ungeheure grosse bronchiectatische Caverne, welche eine grosse Resection der siebenten, achten und neunten Rippe erforderte und welche man mit Fingerslänge bis unter die sechste und fünfte Rippe verfolgen konnte. Heilung. — Dr. Delagénière. Lungen- und Pleurachirurgie sind unzertrennlich, eben weil die Pleura immer septisch inficirt ist und weil die meisten Lungenoperationen wegen Sepsis ausgeführt werden. Man muss also die Pleura immer desinficiren und reseciren, was am leichtesten durch die Resection der sechsten, siebenten, achten und neunten Rippe geschieht. In drei von ihm mit Erfolg operirten Fällen konnte Delagénière den grossen Nutzen der Drainage des Sinus costodiaphragmaticus sehen: es handelte sich um eine Cyste, um einen Abscess und um Gangrän; es blieb in keinem Falle die kleinste Fistel übrig. — Dr. Jonnesco operirte wegen einer Hydatidencyste ein 17jähriges Mädchen; er machte in der Axillarlinie links eine ausgedehnte Resection der siebenten Rippe, punctirte die Pleura und entleerte 80 Gramm einer seröseitigen Flüssigkeit; mit dem Thermocauter gelangte er durch das Lungengewebe in die Cyste, aus welcher sich 800 Gramm mit Detritus vermischter Flüssigkeit entleerten. Heilung unter gewöhnlicher Behandlung. — Dr. Marchant. Er operirte zwei an Pyopneumothorax leidende Patienten, welche beide tuberculös waren. Relative Heilung. — Dr. Doyen operirte eine Hydatidencyste mit unglücklichem Ausgang, eine tuberculöse Caverne ebenfalls mit lethalem Ausgang und eine tuberculöse Infiltration mit Heilung.

Dr. P. K.

**Ueber Aetzungen des Kehlkopfes mit concentrirter Kupfervitriollösung bei chronischer Laryngitis mit Aphonie ohne bedeutende pathologisch-anatomische Veränderungen im Kehlkopfeingang.** Von S. W. Winogradski. (Wratsch No. 44, 1895.)

Verf. benutzte die bereits von Trousseau empfohlenen Kupfervitriollösungen des Kehlkopfes mit gutem Erfolge. Er führt neun Krankengeschichten an. Die von ihm beobachteten Veränderungen im Kehlkopfe (Schwellungen, Excoriationen) waren recht bedeutend und dürften manchmal selbst den Verdacht auf Tuberculose hervorrufen. Die Application concentrirter Kupfervitriollösung war allemal von Erfolg begleitet. Gorodecki.

**Das Laryngo-Stroboscop und die laryngo-stroboscopische Untersuchung.** Von Hofrath Prof. Dr. Oertel in München. (Arch. f. Laryngologie und Rhinologie Bd. III, Heft 1 und 2, 1895.)

Der Apparat ist nach dem Principe der Töpler'schen rotirenden Scheibe, an deren Peripherie eine Anzahl von Oeffnungen in gleichen Abständen sich befinden, construirt. Durch die Möglichkeit, bei seiner Anwendung den zu untersuchenden Gegenstand in günstigster Weise zu beleuchten, die Geschwindigkeit der rotirenden Scheibe, die zugleich als Sirene dient, nach der Tonhöhe oder der Schwingungszahl des tönenden Körpers zu reguliren und verschiedene Gangunterschiede oder das Unisono zwischen beiden rasch und exact herzustellen, kann der Apparat ausser der Untersuchung des Kehlkopfes für physiologische, diagnostische und therapeutische Zwecke, auch für jede andere physikalische Beobachtung zum Studium schwingender Körper überhaupt benutzt werden. Vornehmlich aber diene er dem Erfinder zur Beobachtung oscillirender Stimmbänder beim Lebenden, hauptsächlich zwecks Studiums der Frage über die Bildungsweise der Register der menschlichen Stimme, der Brust- und Falsett-Register, ferner zum Nachweis der Formveränderungen der Stimmbänder bei verschiedenen Stimmstörungen durch Beobachtung ihrer abnormen, mehr oder weniger beeinträchtigten Oscillationen. — Die aus den, mittelst des Laryngo-Stroboscops vorgenommenen Untersuchungen sich ergebenden Folgerungen sind: Die bisher geübte, nicht ausreichende Spiegeluntersuchung des Kehlkopfes wird durch das neue Verfahren vervollständigt und erst zum eigentlichen Abschluss gebracht, es wurde eine wichtige wissenschaftliche Untersuchungsmethode gewonnen, welche durch keine andere ersetzt werden kann, gleichermassen aber auch ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in Fällen der verschiedenen Störungen der motorischen Functionen des Kehlkopfs, das wohl auch Anhaltspunkte zu einem erfolgreichen therapeutischen Eingreifen und für die Prognose zu geben im Stande sein kann. Die genaue Beschreibung des Apparates, seine Anwendungsweise und die mit ihm vorgenommenen experimentellen Untersuchungen müssen im Original nachgelesen werden. Vier Tafeln Abbildungen erleichtern das Verständniss der hochinteressanten Arbeit. Beschorner.

## II. Kritiken.

**Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit.** Klinische Beiträge zur Kenntniss der sogen. subcorticalen sensorischen Aphasie, sowie des Sprachverständnisses der mit Hörresten begabten Taubstummen. Von Freund in Breslau. Verlag von Bergmann, 1895.

F. weist auf die den Otiatern freilich nicht so befremdlich erscheinende Thatsache hin, die den Neurologen unbekannt war, dass es Fälle isolirter Worttaubheit mit relativ gut erhaltenem Gehör für die anderen Schallqualitäten giebt, bei welchen nicht eine Läsion des Klangbildcentrums oder einer der zugehörigen Leitungsbahnen, sondern eine Erkrankung des Ohres, in specie der Labyrinth, der Worttaubheit zu Grunde liegt, demzufolge also die letztere nicht ausschliesslich als topisches Symptom einer Hirnläsion zu deuten ist, sondern dieselbe ihre topische Bedeutung erst durch die gleichzeitig vorhandenen anderweitigen Symptome im einzelnen Falle erhält. Die mit grosser Umsicht angestellten Untersuchungen, durch welche der Autor bemüht ist, sich über die einschlägigen Fragen Klarheit zu verschaffen, verdienen die Aufmerksamkeit nicht bloss der Neurologen, sondern auch der Ohrenärzte; jedenfalls werden die Ausführungen des Verf.'s dahin führen, dass in Zukunft in Fällen von Worttaubheit der Untersuchung der Ohren eine weit eingehendere Sorgfalt geschenkt werden wird, als dies bisher vielfach der Fall gewesen zu sein scheint. Keller.

**Gemeinnützige Darstellung über Entstehung, Pflege und Erhaltung der Zähne.** Von Ed. Praetorius, pract. Zahnarzt, Berlin.

Eine populär gehaltene kurze Schilderung der Entwicklung der Zähne, ihres Baues, des Zahnwechsels im Kindesalter, sowie der dabei mitunter zur Beobachtung kommenden Unregelmässigkeiten. Die Entstehung des Zahnfrasses (Caries) und des Zahnsteines, als der am häufigsten vorkommenden Krankheiten der Zähne, wird in leicht fasslicher Weise beschrieben. P.

## Notizen.

### Deutsche Otologische Gesellschaft.

Die fünfte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft wird in diesem Jahre am 22. und 23. Mai in Nürnberg stattfinden.

Diejenigen Herren Collegen, welche Vorträge oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, werden gebeten, ihre Themata bis zum 20. April d. J. dem ständigen Secretär, Herrn Prof. Dr. K. Bürkner in Göttingen, an welchen auch Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft zu richten sind, bekannt zu geben.

Die **Oesterreichische Otologische Gesellschaft** wird am 28. u. 29. Juni l. J. ihren Otologen-Tag, zu welchem auch Nichtmitglieder der Gesellschaft Zutritt haben und Vorträge halten können, in Wien abhalten. Näheres in der nächsten Nummer dieser Monatsschrift.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

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

herausgegeben von

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

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

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.  
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 1½ R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, April 1896.

No. 4.

### I. Originalien.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

#### Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

Im Jahre 1895 erschienen im Ambulatorium 6113 neue Kranke, und zwar: 3763 Personen männlichen und 2350 Personen weiblichen Geschlechts.

Von den Kranken waren dem Alter nach:				
bis zu 5 Jahren	179	männliche	+	174 weibliche = 353
von 6—10	302	"	+	281 " = 583
" 11—20	792	"	+	523 " = 1315
" 21—30	928	"	+	586 " = 1514
" 31—40	629	"	+	316 " = 945
" 41—50	447	"	+	231 " = 678
" 51—60	279	"	+	144 " = 423
" 61—70	154	"	+	66 " = 220
von 71—80 u. darüber	53	"	+	29 " = 82
Summa:	3763	"	+	2350 " = 6113.



Diagnose. (Hier sind nur jene Krankheiten angeführt, welche Gegenstand unserer Behandlung waren).	Männer.				Weiber.			
	r.	l.	b.	Summe	r.	l.	b.	Summe
Fistula auris congen. . . . .	—	1	—	1	1	—	—	1
Missbildung der Ohrmuschel	1	2	—	3	—	1	—	1
Appendices tragi . . . . .	1	—	—	1	—	1	—	1
Acute nässende Flechte der Ohrmuschel . . . . .	3	5	1	9	2	2	1	5
Chron. nässende Flechte der Ohrmuschel . . . . .	—	—	1	1	—	1	1	2
Epithelioma auriculare . . . . .	2	—	—	2	—	—	—	—
Epithelioma retroauriculae . . . . .	—	—	—	—	—	1	—	1
Sarcoma in regione auris . . . . .	1	—	—	1	1	—	—	1
Othaematoma auriculae . . . . .	1	3	—	4	1	—	—	1
Perichondritis auriculae . . . . .	1	1	—	2	1	—	—	1
Atheroma auric. . . . .	2	1	—	3	—	—	—	—
Combustio aurium . . . . .	1	1	2	4	1	—	1	2
Ohrenschalzansammlung . . . . .	138	156	283	577	50	68	167	285
Hautabschürfungen im Gehör- gang . . . . .	2	1	—	3	—	1	—	1
Fremdkörper im äusseren Ge- hörang . . . . .	24	16	7	47	16	17	2	35
Vulnus lacero-contus. aur. . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—
Umschriebene Entzündung des äusseren Gehörganges . . . . .	78	58	28	164	35	48	14	97
Diffuse Entzündung des äuss. Gehörganges . . . . .	37	24	11	72	9	17	11	37
Parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges . . . . .	1	2	—	3	1	1	—	2
Acute nässende Flechte des äusseren Gehörganges . . . . .	8	5	3	16	7	4	3	14
Chron. nässende Flechte des äusseren Gehörganges . . . . .	1	—	2	3	2	3	2	7
Bläschenflechte (Herpes) des äusseren Gehörganges . . . . .	1	2	1	4	3	2	—	5
Hautjucken (Pruritus) des äusseren Gehörganges . . . . .	5	4	7	16	2	5	4	11
Verengung (Stenose) des äusseren Gehörganges . . . . .	3	2	3	8	1	4	1	6
Exostosis des äuss. Gehörg. Acute Entzündung des Trom- melfelles . . . . .	2	1	—	3	1	—	1	2
Traumatische Ruptur des Trommelfelles . . . . .	6	11	2	19	4	6	1	11
Narben des Trommelfelles . . . . .	5	16	—	21	2	7	—	9
Atrophie des Trommelfelles . . . . .	54	78	121	253	32	48	57	137
Kalkablagerung im Trommelf. Trockene Perforation des Trommelfelles . . . . .	3	5	3	11	1	1	1	3
	9	10	12	31	8	9	3	20
	13	21	27	61	7	11	19	37

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	r.	l.	b.	Summe	r.	l.	b.	Summe
Zerstörung des Trommelfelles	16	22	35	73	11	17	21	49
Acute catarrhal. Mittelohrentzündung . . . . .	67	109	84	260	39	55	45	139
Acuter Catarrh der Tub. Eust.	47	68	135	250	24	28	75	127
Chron. catarrhal. Mittelohrentzündung . . . . .	51	85	482	618	49	58	278	385
Plastische Mittelohrentzündg.	21	25	121	167	28	39	134	201
Plastische Mittelohrentzündg. mit Labyrinthhaect. . . . .	2	4	8	14	2	2	3	7
Acute eitrige Mittelohrentzünd.	51	39	31	121	24	32	21	77
Chronische eitrige Mittelohrentzündung . . . . .	153	137	277	567	132	109	191	432
Chronisch - eitrige Mittelohrentzündung mit Polypen .	53	42	31	126	23	13	11	47
Periostitis mastoidea. . . . .	7	5	—	12	2	1	—	3
Caries-Necrose des Schläfenbeins . . . . .	17	12	—	29	11	5	—	16
Labyrinth-Affection (primär) .	9	7	21	37	4	6	6	16
Morbus Ménièrei . . . . .	1	3	1	5	—	—	—	—
Nervöses Ohrtönen . . . . .	8	5	15	28	7	11	19	37
Otalgia . . . . .	9	14	3	26	11	8	7	26
Taubstummheit . . . . .	—	—	34	34	—	—	24	24
Adenoide Vegetationen . . . .	—	—	52	52	—	—	30	30
Summe	915	1004	1844	3763	554	642	1154	2350

6113.

Der Beschäftigung nach waren die männlichen Kranken:

Kinder bis zum 6. Jahr	Schneider 73,	Hutmacher 16,
380,	Tischler 43,	Müller 29,
Schulknaben 441,	Bäcker 64,	Tagelöhner 241,
Studenten } 97,	Schuster 84,	Friseure 25,
Hochschüler }	Schriftsetzer 24,	Kutscher 33,
Advokaten 2,	Maurer 78,	Uhrmacher 17,
Aerzte 15,	Sicherheitswachm. 21,	Spengler 21,
Priester 6,	Kellner 48,	Zimmermaler 12,
Beamte 43,	Drechsler 43,	Wirthe 18,
Agenten, Commis 187,	Tapezierer 38,	Private 113.
Bauern 263,	Maschinisten } 32,	
Hausknechte } 81,	Heizer }	
Diener }	Comptoiristen 61,	
Schlosser 137,	Metalldreher 37,	
Schmiede 45,	Anstreicher 24,	

Von den übrigen Kranken ist die Beschäftigung nicht angegeben.

Der Beschäftigung nach waren die weiblichen Kranken:

Kinder 245,	Verkäuferinnen } 81,	Tagelöhnerinnen 156,
Schülerinnen 284,	Kassirerinnen } 81,	Köchinnen 45.
Näherinnen	Lehrerinnen 14,	Von den übrigen
Kleider- } 562,	Kaufmannsgattinnen 62	Kranken ist die Be-
macherinnen }	Dienstmädchen 128,	schäftigung nicht an-
Fabrikarbeiterinn. 114,	Bäuerinnen 86,	gegeben.

Verzeichniss der Operationen, welche an den im Jahre 1895 in Abgang gebrachten klinischen Kranken ausgeführt worden sind.

Operationen und deren Veranlassung.	Anzahl	Von den Operirten			
		wurden			starben
		geheilt	ge- bessert	nicht geheilt	
Trepanation des Warzenfortsatzes bei Caries und Ostitis processus mast.	42	27	10	—	5
Trepanation des Warzenfortsatzes bei Cholesteatom . . . . .	2	—	2	—	—
Trepanation des Schläfebeines bei Abscessus cerebri . . . . .	1	—	—	—	1
Excision eines Naevus im Meac. audit. extern. . . . .	1	1	—	—	—
Polypenextraction bei Otitis med. supp. chron. . . . .	3	1	2	—	—
Paracentese des Trommelfells bei Otitis med. supp. acuta . . . . .	2	2	—	—	—
Auskatzung adenoider Vegetationen bei Tubencatarrh . . . . .	1	1	—	—	—
Abtragung einer hypertrophischen Nasenmuschel bei Catarrh. chron.	1	1	—	—	—

Verzeichniss der Operationen, welche im Jahre 1895 an den ambulanten Kranken ausgeführt worden sind.

Operationen und deren Veranlassung.	Anzahl	Von den Operirten wurden		
		geheilt	ge- bessert	nicht geheilt
Incision bei Othaematoma . . . . .	4	4	—	—
Extirpation bei Atheroma auric. . . . .	2	2	—	—
Incision bei Perichondritis . . . . .	1	1	—	—
Incision bei Otitis externa . . . . .	67	67	—	—
Paracentese bei Catarrh. exsudat. . . . .	31	24	7	—

Operationen und deren Veranlassung.	Anzahl	Von den Operirten wurden		
		geheilt	ge- bessert	nicht geheilt
Paracentese bei Otitis med. supp. ac. . . . .	72	61	11	—
Polyphenextraction bei Otitis med. supp. chron.	145	32	113	—
Auskratzung adenoider Vegetationen . . . . .	64	52	12	—
Tonsillotomie bei Catarrh. chron. . . . .	21	12	9	—
Abtragung der hypertroph. unteren Nasen- muschel bei Catarrh. chron. . . . .	8	5	3	—

(Fortsetzung folgt.)

## Ueber chronischen Pemphigus der Schleimhäute.

Von

Dr. Arthur Thost in Hamburg.

Nach einem auf der Lübecker Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrag.

Der Pemphigus der Schleimhäute ist eine im Ganzen seltene Erkrankung. Schrötter beschreibt zwei Fälle, erwähnt einen dritten. Moritz Schmidt hat bei seiner reichen Erfahrung nur fünf Fälle beobachtet. In unserer Fachliteratur sonst werden hier und da einige Beobachtungen erwähnt, immer werden sie als eine seltenere Erkrankung besonders veröffentlicht.

Eine grössere Anzahl Fälle werden dagegen von Augenärzten beschrieben, weil beim chronischen Pemphigus der Schleimhaut die Conjunctiva meist mit befallen ist und die Folgen des Pemphigus auf derselben, die essentielle Bindehautschwellung, rasch Symptome macht, die den Patienten zum Arzt führen, während die Beschwerden, die der Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege verursacht, meist nur gering, oft überhaupt nicht vorhanden sind, so dass der Arzt in vielen Fällen nicht zu Rathe gezogen wird.

Der Umstand, dass ich gegenwärtig zwei fast völlig gleichartige Fälle dieser Erkrankung in Behandlung habe, veranlasste mich, diese Fälle der Versammlung vorzustellen, die Krankengeschichten und meine Beobachtungen mitzutheilen und einige Bemerkungen daran zu knüpfen.

Ich theile zunächst die Fälle selbst mit.

Der erste Patient: Heinrich Rabe, 59 Jahre alt, früher Telegraphenbote, hat mit 15 Jahren „kaltes Fieber“ gehabt, sonst aber keine schweren Erkrankungen überstanden.

Die Eltern starben in hohem Alter, die Mutter am Brustkrebs, der Vater an unbekannter Ursache.

Patient war immer ein kleiner, schwächerer Mensch, der von seinen Kameraden deshalb vielfach ge neckt wurde. Wegen seines vertrockneten Aussehens sagten sie scherzend, er werde einmal dem Postmuseum einverleibt werden.

Patient hat als Telegraphenbote viel laufen müssen und war meistens im Freien beschäftigt. Er giebt ferner an, dass er früher häufig an Stockschnupfen und gelegentlich an Nasenbluten gelitten habe, auch häufiges Niesen soll am Beginn der Erkrankung aufgetreten sein. Lues wird bestimmt und glaubhaft in Abrede gestellt.

Vor fünf Jahren liess er sich pensioniren und half dann in einem Tabaks- und Cigarrenladen. Der scharfe Geruch in diesem Laden, meinte er, sei der Grund seiner jetzigen Erkrankung.

Er hatte keine besonderen Beschwerden, nur Stechen beim Schlucken und Brennen beim Genuss scharfer Speisen und Spirituosen.

Etwa um dieselbe Zeit traten auch die Beschwerden an den Augen und zwar links hochgradiger auf.

Ich beobachte den Patienten jetzt seit 1894.

Das Bild ist, ziemlich bedeutende Schwankungen an Intensität und Ausdehnung des Processes abgerechnet, fast immer dasselbe.

Auf der Schleimhaut des Nasenrachenraums des Rachens und des Larynx finden sich inselförmige, weisse Flecken von unregelmässiger Gestalt, von der Grösse einer Linse bis Markstück gross. Diese weissen Flecken werden gebildet durch die abgehobene Epidermis, die oft wie ein zerknittertes Papier gefaltet ist oder in Fetzen herabhängt, in Nase und Nasenrachenraum auch wohl mehr eintrocknet und dann borkig wird, wobei sie dann statt der schneeweissen Farbe eine mehr schmutzig-graue, braune oder auch röthliche Farbe zeigt, wenn Blut beigemischt ist.

Die an diese Inseln anstossenden Schleimhautlinien zeigen meist eine stärkere reactive Röthung. Die weisse Epidermisdecke reisst leicht ein und lässt sich von dem Rete Malpighi ohne Schwierigkeit ablösen. Man sieht dann die rothe Papillarschicht, die auf Berührung blutet. Der ganze Process heilt rasch ab, ohne Narben, schon nach 24 Stunden hat man oft ein ganz verändertes Bild. Da, wo solche weisse Inseln waren, sieht man nach wenig Tagen völlig normale, rothe Schleimhaut, wo normale Schleimhaut war, sind über Nacht solche weisse Inseln entstanden. Obwohl diese Stellen wechseln, sind doch gewisse Bezirke besonders häufig befallen, so der weiche Gaumen und die Gaumenbögen, die Epiglottis und die hinteren Flächen der Aryknorpel.

Bei diesem Patienten sah ich nie solche Flecken an den Lippen, an der Zunge und der Wangenschleimhaut, dagegen ist das Innere des Larynx häufiger befallen.

Es scheint bei ihm der weiche Gaumen nach oben, die wahren Stimmbänder nach unten die Grenze für die Erkrankung zu bilden und nur einmal sah ich dicht unter der vorderen Commissur in der Trachea einen linsengrossen Fleck.

Diese weissen Flecke mit reactiven Röthung in der nächsten Umgebung entstehen aus Blasen, die aus der Schleimhaut aufschliessen, ähnlich wie Brandblasen, dann platzen und jene Epidermisfetzen hinterlassen. Die Epidermis kann sich zum Theil wieder anlegen.

Dieser Vorgang muss sich sehr rasch abspielen, denn obwohl ich den Patienten seit mehr als zwei Jahren fast ununterbrochen zwei Mal wöchentlich untersuchte, sah ich doch nur drei oder vier Male

solche frische Blasen, die ich, wie alle anderen Beobachter, als schwappende Blasen mit grünlich durchscheinendem Inhalt bezeichnen muss. Dieselben reissen leicht ein und entleeren dann wenig trübe seröse Flüssigkeit.

Die Contouren dieser Schleimhautinseln verändern sich bei jedem Schluckact, weil die zarten, oft wie Schleier durchsichtigen weissen Epidermisschichten sich bei der leisesten Berührung verschieben. Diese Beobachtung fällt vor allen Dingen auf, wenn man sich anschickt, ein solch' momentanes Bild zu skizziren, nach jedem Schluckact findet man dabei die Contouren verändert.

Etwas anders stellt sich der Befund in der Nase dar.

Die Schleimhaut ist blass und dünn, nirgends Borken, normale Weite, für Luft gut durchgängig. In der linken Nase ist das Septum mit dem concaven Rand der mittleren Muschel, die leicht atrophisch ist, ausgedehnt und fest verwachsen.

Patient hatte früher viel an verstopfter Nase gelitten, auch Borken gehabt, die er mit dem Finger entfernen musste.

Eine Prüfung des Geruchsinnens ergibt eine fast völlige Anosmie. Starke ätherische Oele, Asa foetida etc. werden nicht unterschieden, selbst Petroleum riecht er, wie er angiebt, nicht.

Eine Prüfung der Schleimhaut des Mundes und des Rachens auf Tast- und Temperatursinn giebt normale Verhältnisse, für Wärme scheint aber eine gewisse Ueberempfindlichkeit zu bestehen.

Patient hat gelegentlich über Ohrensausen und Zischen in den Ohren geklagt, wenn der Hals stärker befallen war. Auch diese Erscheinungen sind in letzterer Zeit seltener.

Die Untersuchung der Ohren giebt fleckig getrühte, glanzlose Trommelfelle, namentlich rechts.

Die Hörfähigkeit ist beträchtlich herabgesetzt:

„Links, Uhr 1 Meter,  
Flüstersprache 3 Meter,  
Rechts, Uhr 1/2 Meter,  
Flüstersprache etwa 2 Meter.“

Die rechte Tube schwerer durchgängig.

Uebler Geruch aus dem Munde oder aus der Nase nicht wahrnehmbar, auch der Patient hat dergleichen nie an sich beobachtet.

Die Bindehaut beider Augenlider ist geschrumpft und zum Theil narbig verwachsen. Dieser Process ist rechts nur angedeutet, während er links zu einer Verwachsung der Lidspalte geführt hat.

Augenbefund von Dr. E. Franke, der die Beobachtung und Behandlung der Augen übernommen hat:

December 1893, als ich den Patienten zuerst sah, fand sich rechts beginnende Schrumpfung des unteren Bindehautsackes; am oberen Theil des Bindehautsackes war hauptsächlich Schrumpfung der Bindehaut am äusseren und inneren Winkel. Eine flügelartige Verdickung der Conjunctiva bulbi zog von der unteren Uebergangsfalte nach dem unteren äusseren Hornhautrand.

Links waren die Verhältnisse ähnlich, nur griff hier der flügelartige Fortsatz bereits auf die Hornhaut über.

Die *Conjunctiva tarsi superioris* zeigte jederseits dem Lidrand parallel verlaufende, gelbliche Narben. Leichte *Trichiasis* rechts.

Im Laufe der Beobachtung zeigten sich an jedem Auge wiederholt Blasen. Der Fortsatz auf der Hornhaut linkerseits breitete sich weiter nach dem Centrum hin aus. Trotz wiederholten Abtrennens mit dem Galvanocauter hatte er sich schliesslich bis an den Pupillarrand erstreckt. Jetzt wurde er (Juni 1895) ganz abgetragen und die so entstandene Wundfläche mit 2 Hautlappchen nach Thiersch bedeckt. Gleichzeitig wurden die inzwischen entstandenen Verwachsungen zwischen einem Theil der Hornhaut und dem Unterlide getrennt und durch Zwischenpflanzen Thiersch'scher Lappchen der Bindehautsack zum Theil an dieser Stelle wieder hergestellt. Im Uebrigen hat die Schrumpfung der Bindehaut und damit die Verkleinerung des Bindehautsackes an diesem Auge weitere Fortschritte gemacht.

Die flügelartige Verdickung der *Conjunctiva bulbi* rechts ging nach einer gründlichen Ausbrennung mit dem Galvanocauter zurück, doch ist auch hier im Laufe des Jahres eine weitere Schrumpfung der Bindehaut und damit des *Conjunctivalsackes* eingetreten. Die Hornhaut ist bisher intact.

Was den allgemeinen Zustand bei unserem Patienten anlangt, so ist derselbe von kleiner, graciler Figur und Knochenbau, besonders fällt die welke, erdfahle Haut auf, Kopf- und Barthaare sind trocken und, wie häufig bei *Scrophulösen* und *Cachectischen*, leicht gekräuselt. Die Zähne sind schon vor Jahren sämmtlich ausgefallen, nachdem sie sich vorher im Kiefer gelockert hatten. Das linke Auge scheint kleiner, weil die Lidspalte durch Verwachsung verengt ist. Die Muskulatur schwach, der Thorax schmal, Herz und Lungen bei Percussion und Auscultation völlig normal. Urin enthält weder Eiweiss, noch Zucker.

Nirgends auf der Haut ist eine Blase oder Efflorescenz zu sehen. Patient kann sich auch nicht erinnern, je eine Erkrankung der Haut gehabt zu haben. Es besteht keine Drüsenschwellung.

Seit ich den Patienten beobachte, hat sich der Character des Leidens nicht merklich geändert, nur in der letzten Zeit, wo eine auffallend kalte und trockene Witterung vorherrschte, trat eine erhebliche Steigerung des Processes und der Beschwerden auf.

So war vor allen Dingen das Innere des Kehlkopfes mit solchen weissen Membranen bedeckt. Die wahren Stimmbänder bis in den subglottischen Raum hinein befallen. Patient hatte häufig Husten und war nicht heiser. Auch im Rachen und Nasenrachenraum waren in der letzten Zeit grössere Schleimhautbezirke befallen, selbst in der Nase sah ich wiederholt frische Stellen, wo die Epidermis in Fetzen sich abheben liess oder zu Brocken eingetrocknet war.

An der Stelle, wo die mittlere Muschel mit dem Septum fest verwachsen war, so dass der obere Nasengang obliterirt ist, bildete sich ein kleiner linsengrosser Abscess, aus dem mehrere Tage lang Eiter abfloss.

Bei Eintritt milderer Witterung gingen diese heftigen Erscheinungen zurück.

Ich hatte gerade um diese Zeit dem Patienten Arsen verordnet und glaubte darauf die Verschlimmerungen schieben zu müssen, über-

zeugte mich aber von der Unrichtigkeit dieser Annahme, weil die Verschlimmerungen, trotzdem das Mittel sofort ausgesetzt wurde, anhielten, und weil bei dem zweiten Patienten, der das Mittel nicht erhalten hatte, zu derselben Zeit die gleiche Verschlechterung des Zustandes beobachtet wurde.

Es war zu einer Zeit, wo in Folge des herrschenden Ostwindes fast alle chronischen Halspatienten über Steigerung ihrer Beschwerden klagten, und wo, wie man zu sagen pflegt, alle Welt erkältet war.

Das stärkere Ergriffensein der Schleimhaut über den Aryknorpeln scheint auch zu tiefer greifenden Veränderungen der Schleimhaut geführt zu haben. Es erscheint der Eingang in den Kehlkopf verengt und die Contouren der einzelnen Theile des Larynx mehr verwischt. Auch an der Uvula ist eine solche Veränderung deutlich, sie erscheint kürzer und verdickt.

Die Witterung hat also einen gewissen Einfluss auf die Intensität des Processes, milde und feuchte Witterung beeinflussen denselben in günstiger, rauhe, trockene Luft in ungünstiger Weise.

Am geringsten war die Affection, als Patient wegen der an seinen Augen vorgenommenen Transplantationen einige Tage ruhig im Bett gelegen hatte.

Interessant ist es noch, dass eine Tochter des Patienten, die Lehrerin ist, ein sonst kräftig entwickeltes Mädchen von 22 Jahren, zu mir kam mit einem atrophischen, zu Borkenbildungen neigenden chronischen Catarrh der Nase und des Nasenrachenraumes. Der dadurch verursachte Kehlkopfcarrh störte sie in ihrem Beruf, ausserdem klagte sie viel über Kopfweh.

Bei ihr erinnert aber die ganze Affection durch kein einziges Merkmal an Pemphigus.

II. Der zweite Patient, Cäsar Ladage, 26 Jahre alt, ebenfalls Telegraphenbeamter, verheirathet, stammt von gesunden Eltern, auch die Geschwister sollen gesund sein.

Patient klagt seit etwa 4 Jahren über Krustenbildungen und Blutungen aus der Nase, Schmerzen und Stechen im Halse.

Auch er hat früher an Stockschnupfen gelitten, Mandelentzündungen will er nie gehabt haben. Eine geringgradige Schwerhörigkeit führt er darauf zurück, dass früher dicht an seinem Ohr einmal eine Pistole abgeschossen worden sei.

Patient ist ein kleiner, graciler, schmächtig gebauter Mann, von derselben erfahnen Gesichtsfarbe, wie der erste Patient. Hat wie dieser auch das trockene, leicht gekräuselte Haar, schlecht entwickelte Muskulatur und zeigt überhaupt in seinem Aeusseren, trotz des bedeutenden Altersunterschiedes eine frappante Aehnlichkeit mit dem ersten Patienten, so dass man dieselben für Brüder halten könnte.

Lungen und Herz sind normal. Urin ohne Eiweiss und Zucker. An der äusseren Haut hat auch er weder Blasen noch irgend ein Exanthem oder Narben gehabt, nur im dritten Lebensjahr will er einmal einen Ausschlag, der Beschreibung nach eine Urticaria, gehabt haben.

Die Nase ist für Luft völlig durchgängig, die Schleimhaut erscheint leicht ödematös, im Ganzen eher hypertrophisch.



Vorn am Septum beiderseits kleine Borken.

Der Geruch ist stark herabgesetzt, wenn auch nicht so hochgradig, wie bei dem ersten Patienten. Patient kann die bekannten ätherischen Oele nicht von einander unterscheiden.

Ueblen Geruch aus dem Munde und der Nase habe ich bei dem Patienten nie wahrgenommen, auch hat Patient nie darüber geklagt.

Auf der Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes fand sich während der ersten Zeit meiner Beobachtung — ich beobachte den Patienten seit December 1894 — immer nur an einer Stelle, an der hinteren Rachenwand, eine längliche Insel von erkrankter Schleimhaut, wo die Epidermis entweder in Fetzen herabhing oder leicht verfärbt und angetrocknet war. Später jedoch zeigte sich auch die Epiglottis fast regelmässig befallen, selten der Nasenrachenraum.

Das Innere des Kehlkopfes war nie befallen, die Stimme nie heiser.

Die Hörfähigkeit ist auf beiden Seiten leicht herabgesetzt, die Trommelfelle trüb und etwas eingezogen.

Auch bei ihm fand sich die Schleimhaut des Mundes und der Wangen nie befallen und dieselbe bei Berührung und gegen Temperaturen normal, mit der einzigen Abweichung, dass auch bei ihm, wie beim ersten Patienten, gegen höhere Temperaturen eine gewisse Ueberempfindlichkeit vorhanden war.

Wie ich schon beim ersten Fall erwähnte, trat auch bei diesem in der letzten Zeit eine Verschlechterung ein, so dass der Kehlkopf und die tieferen Rachenparthien nie frei waren.

Was die Augen anlangt, so konnte ich selbst zwar eine sichtbare Veränderung Anfangs nicht constatiren, eine genaue Untersuchung von Dr. Franke aber ergab folgenden Befund:

Bei dem Patienten findet sich bisher die Bindehaut des unteren Conjunctivalsackes normal, ebenso im Allgemeinen die der Conjunctiva tarsi super. und die der oberen Uebergangsfalte. Nach dem Umklappen der Oberlider zeigen sich indessen an jedem Auge am äusseren und inneren Lidwinkel ganz zarte, gelbliche, weisse narbige Stränge, vom Tarsus nach der Conjunctiva bulbi verlaufend. Lässt man den Patienten nach unten innen blicken und zieht man dabei das Oberlid leicht in die Höhe, so zeigen sich diese Stränge als erste beginnende Verwachsung zwischen Oberlid und Bulbus, faltenartig vorspringend in den sonst normalen Bindehautsack.

Wenn Sie die beiden Fälle vergleichen, so fällt Ihnen zunächst die erwähnte Aehnlichkeit der äusseren Erscheinung auf. Das cachectische Aussehen, das trockene, leicht gekräuselte Haar; auch auf der Schleimhaut sind die Bilder ganz dieselben, nur sind bei dem zweiten Patienten bisher an den Augen keinerlei subjective Beschwerden aufgetreten. Auch der fieberlose chronische Verlauf, die geringen Beschwerden, kurz Alles ist bei beiden Fällen gleich. Ebenso ist und war bei beiden die äussere Hautdecke völlig unbetheiligt, im Gegensatz zu der grossen Anzahl von Pemphigus mucosae, die anderwärts beschrieben sind.

Eine Uebersicht über die in der Literatur veröffentlichten Fälle von Schleimhaut-Pemphigus, die allerdings auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen will, ergibt, dass unter diesem Namen offenbar sehr

verschiedene Krankheitsprocesse beschrieben werden, die in Bezug auf Verlauf, Localisation, Mitbetheiligung der äusseren Haut und Ausgang die grösste Verschiedenheit zeigen. Sowohl bei den Hautärzten, als auch bei den inneren Medicinern, bei den Augenärzten und auch bei unseren Fachcollegen stehen sich die Ansichten über diese Erkrankung noch schroff gegenüber.

Die Zahl der klinisch genau beobachteten, ätiologisch sorgfältig untersuchten und pathologisch-anatomisch erforschten Fälle ist noch zu gering, um eine genaue Abgrenzung der einzelnen Formen zu ermöglichen.

Ich halte es daher für einen besonders glücklichen Umstand, dass ich gleichzeitig zwei völlig sich gleiche Fälle beobachten kann.

Ich will mich darauf beschränken, aus der Literatur die Fälle von chronischem Pemphigus der Schleimhaut, die den meinigen gleichen, hier etwas ausführlicher zusammenzustellen, um auf diese Weise diese Formen von den anderen zahlreichen Pemphigus-Formen — Martius erwähnt allein 97 Arten von Pemphigus — möglichst genau abzugrenzen.

Aus der mir zugänglichen Literatur kann ich folgende Fälle als hierher gehörig anführen:

I. Am meisten gleicht unseren Fällen ein Fall, der von Professor Deutschmann, in den von ihm herausgegebenen Beiträgen zur Augenheilkunde, veröffentlicht worden ist.

Es handelte sich dabei um eine 71jährige decrepide Frau, die wegen Verwachsung der Lidspalte zu ihm kam.

Als Ursache derselben fand sich eine essentielle Bindohautschrumpfung, die Deutschmann mittelst Transplantation eines Lappens aus dem unteren Lid mit gutem Erfolg operirte.

Auch hier fand sich auf beiden Augen, wie bei unserem ersten Fall, ein Flügelfell, das sich von der Conjunctiva des Lides bis zum Cornealrand erstreckte.

Es war Deutschmann aufgefallen, dass Patientin bei der Untersuchung fast immer ihr Taschentuch vor den Mund hielt; als er sie fragte, warum sie dies thue, gab sie ihm zögernd zu, dass sie bereits seit sechs Jahren an üblem Geruch aus dem Munde leide.

Die Untersuchung der Mundhöhle zeigte am harten Gaumen unregelmässige Geschwürsflächen mit intensiver Röthung der Umgebung.

Sie hatte leichte Beschwerden beim Essen und Trinken, die nur ganz ausnahmsweise fehlten:

Die äussere Haut war bei ihr niemals befallen.

Ein einziges Mal sah Deutschmann bei ihr am harten Gaumen eine schwappende grosse Blase. Auch am Auge sah er einmal zwei gelblich weisse, hirsekorngrosse, blasige Erhebungen.

Der Fall ist besonders interessant, weil Deutschmann denselben zusammen mit Unna, der die Diagnose bestätigte, bacteriologisch untersuchte. Sie erhielten durch Reinculturen einen Streptococcus, der sich bei Ueberimpfung auf Kaninchen als pathogen erwies, bestimmte, für Pemphigus charakteristische Erscheinungen jedoch nicht zeigte.

Die nebenbei von Deutschmann in seinem Fall gefundene massenhafte Ansammlung von Xerosisbacillen hat nach seinem Aus-

spruch mit der Aetiologie der Erkrankung sicherlich keinen Zusammenhang: es handelt sich, wie er meint, nur um Schmarotzer.

Deutschmann beobachtete den Fall zwei Jahre lang, er entzog sich dann leider der Beobachtung. Spätere von mir angestellte Nachforschungen ergaben, dass die Frau, 78 Jahre alt, nachdem sie völlig erblindet war, an Altersschwäche gestorben ist.

Eine spätere Behandlung und Obduction hat nicht stattgefunden.

II. Drei Fälle, die von Steffan in den Monatsblättern für Augenheilkunde von Zehender 1884 erwähnt werden.

Steffan stellt dort die von den Augenärzten bis 1882 veröffentlichten Fälle von Pemphigus conjunctivae zusammen, deren Zahl mit den seinigen 15 beträgt.

Von diesen 15 Fällen sind aber nur 3 — sein eigener eingeschlossen — auf die Schleimhaut localisirt, während die übrigen Fälle von universellem Pemphigus sind.

A. Im ersten Fall, von Lasègue veröffentlicht, fand sich die Erkrankung am Nasenflügel bei einem 60jährigen Patienten, ging von da auf beide Augen über, links zu Xerophthalmie und Verlust des Auges führend.

Uns speciell interessirt der Zusatz:

„Auch im Rachen und Oesophagus traten noch Pemphigus-Eruptionen auf, die zeitweise bedeutende Schlingbeschwerden verursachten. Damit war der Erkrankungsbezirk des Pemphigus zu Ende.“

B. Der zweite Fall, von Becker, betraf einen 68jährigen Patienten. Der Pemphigus beschränkte sich ausschliesslich auf Nase und nächste Umgebung und die Schleimhaut der Kiefern. Später trat dazu Pemphigus beider Augen mit Ausgang in Xerophthalmie.

C. Der dritte Fall, der uns hauptsächlich interessirt, ist der von Steffan selbst beobachtete Fall, wo es sich um eine 73jährige Frau handelte, die an essentieller Bindehautschrumpfung litt. Die wahre Ursache dieser Schrumpfung wurde erst klar, als sich nicht nur auf der Schleimhaut, sondern auch auf der Epidermis des äusseren Lides exquisite Pemphigusblasen zeigten. Auf anderen Stellen der Oberhaut fanden sich nie Pemphigusblasen, dagegen wurde im späteren Verlauf eine Rachenaffection beobachtet, die von Moritz Schmidt als Pemphigus mucosae festgestellt wurde.

Es ist dieser Fall einer der Eingangs erwähnten fünf Schmidt'schen Fälle.

Schmidt beobachtete bei diesem Verwachsungen der hinteren Gaumenbögen mit der Schlundwand, welche nach und nach zu einem vollständigen Verschluss nach der Nase zu führten.

Auch er sah nur einmal am Kehldeckel eine frische Pemphigusblase, sonst gewöhnlich nur die weissen Schorfe, die, wie er sehr treffend bemerkt, den Aetzschorfen von Lapis auffallend gleichen.

Wie Steffan später mittheilt, endete dieser Fall mit einer beiderseitigen Phthisis bulbi, während die Rachen- und Kehlkopfaffection fortbestand. Auf den äusseren Hautdecken trat nie wieder Pemphigus zu Tage, auch das Allgemeinbefinden war nicht gestört.

Die übrigen in der augenärztlichen Literatur veröffentlichten Fälle

interessiren uns weniger, weil es sich dabei meist um cachectische Kinder handelt, die an allgemeinem Pemphigus litten, der, auf das Auge übergehend, meist rasch zum Tode führte.

Ob eine Erkrankung der Schleimhaut der oberen Luftwege dabei vorhanden war, wird nicht angegeben. Nur der eine von Gelpke in Zehender's Monatsheften von 1885 berichtete Fall ging an Dyspnoe zu Grunde, im Sectionsbericht findet sich aber eine Erkrankung des Respirationsabschnittes nicht erwähnt und die Lungen waren normal.

III. Auch der von Landgraf in der „Berliner klinischen Wochenschrift 1891 No. 1“ veröffentlichte Fall gleicht den unseren vollständig in Bezug auf seinen Ausbreitungsbezirk.

Es handelte sich um einen 48jährigen Arbeiter, mit Tuberculose hereditär belastet, der im 18. Lebensjahre einen Ausschlag am Kopf und später eine Lungenentzündung überstanden hatte.

Im Frühjahr 1887 bekam er zugleich mit anderen Arbeitern, die in einer chemischen Fabrik mit Erdarbeiten beschäftigt waren, Brennen in den Füßen und Schmerzen in Stirn und Augen. An diese Symptome schloss sich ein wenig später eine Erkrankung der Nase, die schmerzte und blutiges Secret und Schorfe absonderte. Zu gleicher Zeit trat ein Trockenheitsgefühl im Rachen auf, Kitzeln im Kehlkopf und Würgen.

Etwa  $\frac{3}{4}$  Jahr nach den ersten Krankheitssymptomen begann er mit dem linken und etwas später mit dem rechten Auge schlecht zu sehen: obwohl er 9 Wochen lang auf einer Augenklinik sachgemäss behandelt wurde, besserte sich sein Zustand nicht. Er trat im Mai 1888 deshalb in die Charité, also etwa ein Jahr nach Beginn der Erkrankung. Dort wurde von Landgraf kurz folgender Befund festgestellt:

Patient mittelgross, nicht sehr kräftig, früh gealtert, Muskulatur schlaff, abgemagert, Haar ergraut, kein Fieber, Haut welk. Nirgends Exantheme, nirgends Drüsenschwellungen.

Conjunctiva beiderseits geschrumpft, die beiden Flächen ausgedehnt verwachsen, so dass rechts nur noch eine kleine Spalte sichtbar ist. Hornhaut trüb, von neugebildeten Gefässen durchzogen. Patient ist rechts fast blind, links zählt er mühsam die Finger.

Schleimhaut der Nase mit fest anhaltenden Borken bedeckt. Im knorpeligen Septum eine erbsengrosse Perforation mit leicht geschwürigen Rändern. Linke untere Muschel im vorderen Abschnitt cariös.

Im Rachen strangförmige Verwachsungen der Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand.

Die blasse Schleimhaut zeigt landkartenförmig begrenzte weisse Auflagerungen, die sich leicht abziehen lassen. Es kommt dann eine leicht blutende, stark geröthete Schleimhaut zu Tage. Kehldeckel an der Mundfläche leicht geröthet. Zungengrund, innere Fläche der Epiglottis, Taschenbänder und die Schleimhaut über dem Aryknorpel zeigen dieselben leicht entfernbaren Auflagerungen wie die Rachenwand. Ebenso Theile der Luftröhre.

Patient ist heiser.

Die entfernten Auflagerungen erweisen sich unter dem Mikroskop zusammengesetzt, theils aus vollsaftigen, nicht necrotischen Epithelzellen, theils aus Detritus, in dem genauere Differenzirungen nicht mehr möglich waren.

Landgraf fügt hinzu:

„Von Professor Ehrlich wurde mit Bestimmtheit irgend eine bakterielle Affection ausgeschlossen!“

Dieser Zustand blieb unverändert viele Monate.

Auch im Kehlkopf zeigten sich Verdickungen der Schleimhaut, namentlich der Epiglottis. Die Stimmbänder verwachsen an der vorderen Commissur, und es bildete sich eine Verengung des Kehlkopffinnern heraus, die zusammen mit der fortschreitenden Verdickung der Schleimhaut am Kehlkopfeingang eine genauere Beobachtung der Vorgänge im Innern des Larynx nicht mehr gestattete. Bei diesen Vorgängen wurde nie über Schmerzen geklagt. Erst als der Schleimhautprocess auch die Mundschleimhaut ergriff, und auch dicht hinter der Lippencommissur grauweisse pseudomembranöse Auflagerungen sich zeigten, wurde der Zustand ein qualvoller und schmerzhafter und die Nahrungsaufnahme war durch die Schmerzen sehr erschwert.

„Während der ganzen Beobachtungszeit war nicht ein Mal eine Veränderung auf der Haut beobachtet worden.“

Es war nie Fieber vorhanden, Urin stets normal. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Gewichtsabnahme 2 $\frac{1}{2}$  kg. Jede Medication völlig erfolglos.

Nach einjähriger Beobachtungszeit wurde der Kranke von der Heimathsbehörde requirirt und der weiteren Beobachtung entzogen.

Inwieweit die ersten Symptome, von der auch die Kameraden des Patienten befallen gewesen sein sollen, im Zusammenhang stehen mit der späteren Schleimhautrekrankung, liess sich trotz eifrigster Nachforschung nicht eruiren, und muss die Frage offen gelassen werden.

Der ganze Verlauf aber, und die Localisation auf die Augen und die Schleimhaut der oberen Luftwege stimmen so genau mit unseren Fällen überein, dass man auch, ohne dass wirklich Blasenbildung beobachtet wurde, Landgraf entschieden beipflichten muss, wenn er diesen Process für Pemphigus erklärt.

Auch bei seinen Patienten war cachectische Beschaffenheit, sowohl der Schleimhaut, wie der äusseren Haut und auch der übrigen Gewebe, in die Augen springend. Ebenso bildeten sich, da wo die Schleimhaut sich berührte, Verwachsungen, Verdickungen, nur scheint der ganze Process bei seinem Patienten intensiver, in die tieferen Schichten der Schleimhaut übergreifender gewesen zu sein, so dass es, wie am Septum und an der Muschel, zu necrotischen Processen resp. Perforationen gekommen ist.

Es handelte sich also um die Form von Pemphigus, die als Pemphigus foliacius beschrieben ist.

(Schluss folgt.)

## Rachen- und Kehlkopfsymptome bei der Polyneuritis (puerperalis).

Von

Dr. Fritz Danziger, Beuthen O.-S.

Seitdem Traube zuerst den Zusammenhang zwischen dem laryngoscopischen Befund einer l. Recurrenslähmung und einem Aortenaneurysma dargelegt und auf Grund des Spiegelbildes die Diagnose gestellt hatte, hat sich die Erkenntniss Bahn gebrochen, dass der Kehlkopfspiegel nicht allein zur Diagnose und Therapie örtlicher Erkrankungen verwendet werden kann, sondern auch zur Erkenntniss des Leidens weit abliegender Organe dienen muss. Bei vielen Krankheiten wird der Kehlkopf vor Beginn, im Verlauf oder nach Ablauf betroffen; am wichtigsten ist es natürlich für uns, wenn das Spiegelbild die Initialsymptome zeigt. Leider können diese jahrelang bestehen, ohne dem Betroffenen irgend welche Beschwerden zu machen. Am häufigsten trifft dies bei den allmählig entstehenden halbseitigen Lähmungen zu, welche subjectiv so geringe Störungen verursachen, dass sie meistens übersehen werden; die einseitige Posticuslähmung macht z. B. weder von Seiten der Respiration noch Phonation irgendwelche bemerkenswerthe Erscheinungen; und gerade diese Lähmung hat für die Diagnose und Therapie mancher Krankheit, bei welcher sie als Initialsymptom erscheint, z. B. der Tabes, welche auf luetischer Grundlage beruht, eine solche Bedeutung, dass ich auf die Folgen einer frühzeitigen Erkenntniss des Leidens kaum hinzuweisen brauche. Daher hält Semon mit Recht es sogar für eine Pflicht, bei allen vorhandenen oder vermutheten organischen Krankheiten, welche die Centren oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerve betreffen könnten, die laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen, auch wenn kein Symptom von Seiten des Kehlkopfes eine solche Untersuchung zu fordern scheint.

Andrerseits ist das Laryngoscop auch dann ein werthvolles Hilfsmittel für die Beurtheilung der Ausbreitung, der Dauer und Prognose des Grundleidens, wenn die Diagnose auch feststeht und die Symptome von Seiten des Kehlkopfes sich so deutlich markiren, dass die Function des Organs beträchtlich gestört wird. Ich will nur auf die Affectionen hindeuten, welche bei der Tuberculose und Lues vorkommen oder bei den Erkrankungen der Nachbarorgane des Halses oder der Brust, die durch Schädigung einzelner Nerven die verschiedensten Lähmungen zur Folge haben. Am häufigsten treten letztere bei den Erkrankungen des Centralnervensystems — Gehirn und Rückenmark — hervor und hier sind sie von hervorragender Bedeutung für die Localisation des Herdes. Auch bei den peripheren Nervenleiden gehört eine Beeinträchtigung des Kehlkopfes nicht zu den Seltenheiten, leider wird aber eine genaue Untersuchung zu oft verabsäumt. Ich will mich auf die Polyneuritis puerperalis beschränken, deren Casuistik ich um einen einschlägigen Fall vermehre.

Eulenburg hat in der Deutschen med. Wochenschrift 1895, No. 8 und 9 (Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis), eine ausführliche Schilderung der Polyneuritis gegeben und sämmtliche beschriebene Fälle

— 38 unter Hinzufügung seiner eigenen 3 — tabellarisch geordnet. Er stellt zwei Formen nach der verschiedenen Schwere des klinischen Krankheitscharacters auf und unterscheidet:

a. eine leichtere, mehr localisirte Form, die am häufigsten an den Armen ein- oder doppelseitig, besonders im Medianus- oder Ulnarisgebiet (Brachialtypus), seltener an den unteren Gliedmaassen, meist einseitig im Ischiadicusgebiet (Crural- oder Lumbosacraltypus), oder auch Anfangs brachial, dann crural aufzutreten pflegt und nach bisherigen Erfahrungen eine überwiegend günstige Prognose darbietet; und

b. eine schwerere, mehr diffuse oder generalisirte Form, die sich, acut oder subacut aufsteigend oder absteigend, in einzelnen Fällen der neuritischen Form der Landry'schen Paralyse entsprechend entwickelt und auch die cerebralen Nervengebiete in grösserer oder geringerer Ausdehnung beteiligt.

Der zweiten Form gehören also, wenn ich von einem zweifelhaften Fall von Mills (23 der Tabelle) absehe, sämmtliche Fälle an, welche eine Betheiligung des Rachens und Kehlkopfes zeigen.

1) Korsakoff<sup>1)</sup> 1890: Frau 28jährig. ? para. Aetiologisches Moment: Todtes, nicht ausgetragenes, verwestes Kind.

Zeit und Art des Beginnes: Am Ende der Schwangerschaft Kreuz- und Ischiadicusschmerzen; nach der Geburt grosse Erregung, Panphobie, Bewusstseinstörung, heftige Schmerzen in Rumpf und Extremitäten. Drei Wochen post partum Paraparese der Beine.

Art und Ausdehnung: Fast alle Muskeln der Beine paretisch, besonders die Adductoren. Anästhesie im Gebiete des Plexus lumbalis. Parästhesien und Schmerzen in den Beinen. Harnverhaltung, träger Stuhlgang. Allmählig werden die Muskeln der Beine vollständig paralytisch, dann die der Arme, ferner Bauch- und Rumpfmuskulatur. Starke Schmerzen in Rumpf, Armen und Trigemini. Krampfanfälle der Arme und Beine. Zuckungen im Gesicht. Schlingbeschwerden, vorübergehende Sprachstörung, Psychische Störung scharf ausgeprägt. Angstzustände, Verwirrtheit, Gedächtnisschwäche.

Verlauf: Die Lähmung bestand etwa einen Monat, dann verschwanden die Schlingbeschwerden, Gesichtsschmerz, Sprachstörung; ausgeprägte Atrophie an Armen und Beinen; keine electriche Zuckung. Contractionen in Knien und Fussgelenken, starke Schmerzen in den Beinen, vorübergehendes Fussödem u. s. w. Es interessirt uns nur noch, dass die Reflexe erst im 4. Jahre nach Erkrankung wieder erschienen.

2) Sottas 1892: 31jährige Frau, 6para.

Aetiologische Momente: Nach der 2. Entbindung schwere Puerperalerkrankung mit Phlegmasia alba dolens. Bei späteren Schwangerschaften stets heftiges Erbrechen. In den letzten Monaten der 6. Schwangerschaft heftige Angina.

Zeit und Art des Beginnes: Am 4. Tage nach der Geburt erschwerte Beweglichkeit der Beine, Spitzfussstellung. Schmerz der Gürtel- und Bauchgegend. Lancinirende Schmerzen in den Beinen. Drei Tage später incomplete Armlähmung, auch Rumpflähmung. Aphonie.

<sup>1)</sup> Citirt aus Eulenburg's Aufsatz.

**Art und Ausdehnung:** Totale Lähmung der Beine, mit Fehlen der Sehnenreflexe, herabgesetzte electriche Erregbarkeit. Vorübergehende Incontinenz von Mastdarm und Blase, Lähmung der Extensoren und Flexoren des Rumpfes und der Bauchmuskeln; complete schlaffe Lähmung des linken, incomplete des rechten Armes, starke Atrophie. Totale Lähmung beider Stimmbänder. In den Beinen Hyperästhesie und Hyperalgesie mit verlangsamter Empfindung. Muskelsinnstörung. Nervenstäme der Beine sehr druckempfindlich.

**Verlauf:** Nach 14 Tagen Besserung von Blase und Mastdarm, später auch Abnehmen der Schmerzen, nach 2 $\frac{1}{2}$  Monaten Besserung der Motilität in Armen und Beinen. Tod durch Lungentuberculose drei Monate nach der Entbindung.

3) Lunz 1894: 29jährige Frau, Primipara.

Geburt und Wochenbett völlig normal. (Kleiner vernarbender Darmriss.)

**Zeit und Art des Beginnes:** Vier Wochen post partum Schluckbeschwerden, Diplopie, Kopfschwindel.

**Art und Ausdehnung der Erkrankung:** Insufficienz beider Abducentes, Parese des linken und unteren Facialis, Deviation der Zunge nach links, Herabhängen des Gaumensegels, Schlucken erschwert, Athembeschwerden. Starke Parese beider oberen und unteren Extremitäten. Parästhesie (Kribbeln), Abschwächung der Sensibilität, Nerven und Muskeln sehr empfindlich. Patellarreflexe fehlend. Electriche Erregbarkeit stark herabgesetzt, nicht qualitativ verändert.

**Verlauf:** Langsame Besserung und fast völlige Heilung. Athembeschwerden und Schlucken verloren sich zuerst.

4) Eulenburg: Schwere diffuse Polyneuritis. Frau 27 Jahre alt, 2 para, vor Jahren vorausgegangene Polyarthrits rheumatica, Anämie, ungünstige Einwirkung des Tropenklima's; wegen Hyperemesis vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft durch künstlichen Abortus, profuse Nachblutungen. 8 Tage nach dem Abortus versuchte Patientin aufzustehen, ging einige Schritte und knickte dann zusammen mit dem Gefühl, als ob ihr der ganze Unterkörper gelähmt sei, so dass sie von da ab liegen bleiben musste. Heftige Schmerzen im Rücken, im Kreuz und in den Gliedern stellten sich ein, die Lähmung der Beine wurde im Verlauf der nächsten 24 Stunden complet, worauf sich successiv auch Lähmung beider Arme, sowie der Rückenmuskulatur und endlich Aphonie und Lähmung der Schlingmuskeln hinzugesellten, Alles in Zeit von ungefähr 48 Stunden. Die Schluckstörungen waren so bedeutend, dass mehrere Wochen hindurch ausschliesslich künstliche Ernährung durch Clysmata vorgenommen werden musste. Die Lähmung trat also in der Form aufsteigender acuter Paralyse auf; es verlor sich zuerst die Aphonie, dann die Schluckbeschwerden. Allmählig ging von oben nach unten absteigend die Paralyse zurück, schlaffe atrophische Lähmung der Vorderhandmuskulatur und beider unteren Extremitäten zurücklassend.

5) Eigene Beobachtung: Frau S. aus K., 21 Jahre alt. Primipara. Patientin hat als Kind Masern und Scharlach durchgemacht; zwischen dem 10. und 20. Jahre litt sie fast jedes Jahr an einer fieberhaften Krankheit, die circa 10 Tage anhielt, mit Frost und Hitze begann und



durch allgemeinen reichlichen Schweissausbruch endete, was sich täglich wiederholt haben soll. Da Patientin zu dieser Zeit an der schlesisch-russischen Grenze wohnte, wo Wechselfieber endemisch auftritt, darf ich nach der Schilderung diese Krankheit annehmen, zumal nach dem Wegzuge aus jener Gegend seit dem 20. Jahre kein Anfall mehr auftrat. Eine Milzvergrößerung konnte ich sicher nicht feststellen. Ende April kam Patientin nieder, ohne Kunsthilfe; das Kind lebt und ist gesund. Das Wochenbett verlief normal; 14 Tage nach der Entbindung bemerkte Patientin des Morgens Beschwerden beim Schlingen, welche sie aber nicht beachtete. Als am nächsten Tage Heiserkeit, Gesichtszuckungen und allgemeine Schmerzen auftraten, sah ich Patientin.

Status: Herabhängen des weichen Gaumens, welcher sich bei Phonation nur in geringem Grade hob. Die Sprache vollständig nasal; beim Schlucken entweicht ein Theil der Flüssigkeit durch die Nase, dabei entsteht ein heftiger Hustenanfall. Die Sprache heiser, in's Falset überspringend. Das Spiegelbild ergiebt vollständige Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes in Kadaverstellung, der Rand deutlich excavirt; das linke Stimmband geht bei der Phonation nicht über die Mittellinie hinaus; bei starker Inspiration und Expiration zeigen beide Stimmbänder grobe Schwingungen. Berührung mit der Sonde wird rechts gefühlt, löst aber keinen Reflex aus, während er links sofort eintritt. Arme und Beine etwas geschwollen, bei Druck sehr schmerzhaft, besonders an den Austrittspunkten der Nerven, bedeutende Schwäche rechts, links geringer; auch Sensibilität rechts stärker herabgesetzt, Stecknadelkopf konnte von der Spitze nicht unterschieden werden. Im Rücken bestanden heftige Schmerzen, welche nach oben und nach den Extremitäten ausstrahlten und am Hals das Gefühl von Einschnürung hervorbrachten. Patellarreflex fehlte rechts, links konnte er nur bei starkem Schlage hervorgerufen werden. Electricische Erregbarkeit konnte ich nicht prüfen.

Die übrigen Organe normal, Auge, Mastdarm, Blase zeigten keine Veränderung.

Verlauf: Die Behandlung bestand in Massage, welche ich täglich anwenden liess. Innerlich: Nux vomica, Levico. In den ersten Tagen sehr vorsichtige Darreichung der Nahrung, um einer Schluckpneumonie vorzubeugen. Nach 5 Tagen hörte das Verschlucken auf, das nasale Timbre der Sprache verlor sich und die Schmerzen wurden geringer.

Nach 4 Wochen war der Gaumen normal beweglich. Die Sprache rein; laryngoscopisch rechts träge Bewegung, beide Stimmbänder schlaff. Sensibilität, Reflexe vorhanden. Doch konnte Patientin nur wenige Schritte gehen, ohne zu ermüden, während sie mit den Händen bereits vollständig ihre Hausarbeit verrichtete. Jetzt Alles normal.

Aetiologisch kann in diesem Falle nur die früher überstandene Malaria angenommen werden, da die Schwangerschaft und das Wochenbett vollständig normal verlaufen sind. Der Beginn des Leidens im Rachen und Kehlkopf steht nicht vereinzelt da; auch in dem Lunzischen Falle traten zuerst Schluckbeschwerden auf. Leider fehlt hier die Larynxuntersuchung, trotzdem Athembeschwerden bestanden und diese Untersuchung geradezu zu fordern schienen. Bei Eulenburg

wären die Schluckbeschwerden so stark, dass mehrere Wochen hindurch künstliche Ernährung vorgenommen werden musste, dennoch verschwanden dieselben, ebenso wie die Aphonie zuerst. Dasselbe Verhältniss finden wir in den anderen Fällen. Bei Korsakoff sind die Lähmungen nach einem Monat nicht mehr vorhanden, während an den Extremitäten noch nach drei Jahren anormale Zustände constatirt wurden. Selbst wenn Lähmungen in den unteren oder oberen Extremitäten zurückbleiben, gehen die Störungen im Rachen und Kehlkopf schnell und immer vollständig zurück.

## **Angeborene Verwachsung der Nasenöffnungen.**

Von

Dr. med. **Georg Liebe**, Geithain (Sachsen).

Es ist eine von grossen Autoren behauptete, wie von eben solchen bestrittene Thatsache, dass durch angeborene oder frühzeitig erworbene Verlegung der Nasenathmung — vor Allem durch adenoide Wucherungen der Rachenonsille — der Oberkiefer in seinem Wachsthum aufgehalten wird. Körner (Untersuchungen über Wachsthumstörung und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. Leipzig 1892) hat diese Frage, allerdings zumeist in Bezug auf adenoide Wucherungen als Ursache, untersucht und auch geschichtlich erörtert.

Folgender Fall, dessen Krankengeschichte vorerst angeführt werden mag, scheint mir zu beweisen, dass wirklich die Verstopfung der Nase die Ursache der Kiefermissbildung ist.

Patient M., 18 Jahre alt, trat am 8. März 1895 in Behandlung. Derselbe ist als Kind im denkbar höchsten Grade rhachitisch gewesen, er lernte erst im fünften Jahre laufen, bekam im zweiten Jahre den ersten Zahn, und mit zwei Jahren waren seine Knochen noch „wie Gallerte“. Er litt an allerlei Beulen, Geschwüren und Eiterungen, wurde erst eine Zeit lang gestillt und dann mit allen möglichen Mitteln ernährt, Kuhmilch, Schweizermilch, Thee u. s. w., die er meist wieder erbrach. Dieses Kind blieb aber trotzdem der Menschheit erhalten<sup>1)</sup>.

Vier Wochen nach der Geburt merkten die Eltern, dass das Kind keine Luft durch die Nase bekam. Aerztlicherseits ist indessen in den ersten 15 Jahren nichts gethan worden, und als dann bei einem Besuche einer Klinik behufs Operation ein wochenlanger Aufenthalt dasselbst verlangt wurde, sahen die Eltern davon ab. Ein neuer Arzt, neue Hoffnungen. Der Patient kam also zu mir.

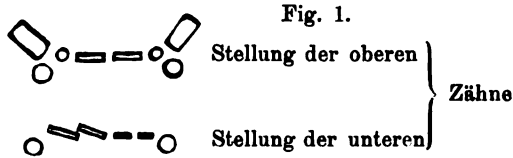
In der Nase zeigte sich bei der Untersuchung anstatt der Nasenöffnung beiderseits eine, im Centrum etwa  $1\frac{1}{2}$  Ctm. tiefe, trichterförmige Höhle; auf der Spitze des Kegels eine noch nicht stecknadelkopfgrosse Oeffnung. Mit feiner Sonde konnte man nicht nur eine anscheinend sonst normal gebildete Nase dahinter fühlen und bis in den

<sup>1)</sup> Anm. bei der Corr.: Ist indessen an einem Lungenleiden verstorben (nicht in meiner Behandlung, daher leider keine Section vorgenommen).

freien Nasenrachenraum fahren, sondern auch, wenn man sie hakenförmig abgog, den Verschluss als einen ziemlich kräftigen, häutigen bestimmen.

Die Rhinoscopia posterior ist trotz aller Versuche bis heute nicht möglich gewesen. Vom weiteren Status ist Folgendes notirt.

Der Gaumen bietet das durch die Kranken mit adenoiden Wucherungen bekannte Bild, hoch, schmal. Die Zähne des Oberkiefers zeigen Folgendes. Die mittleren Schneidezähne normal gestellt, ihre Schneide ausgebogen. Daneben zwei kleine Zähnchen, nicht in der Form der Incisivi, sondern der Eckzähne, an diese schliessen sich in der dann normal stehenden — aber sehr cariösen — Reihe die Prämolaren an. Zwischen den geschilderten eigentlich zweiten Schneidezähnen und den Prämolaren vor der Zahnreihe stehen die Eckzähne, welche erst „vor



Kurzem“ gekommen sind. Unten sind die beiden linken Schneidezähne ganz klein, die grösseren rechten dachziegelartig übereinander geschoben. Die obere Zahnreihe greift, da der Unterkiefer weiter vorsteht, hinter die untere. Da ferner der Mund zum Athmen immer offen gehalten werden muss, der junge Mann aber natürlich das Bestreben hat, den dadurch entstehenden unschönen Gesichtsausdruck zu verbessern, erhält die Mundspalte eine schiefe Form, das ganze Gesicht aber zeigt das bekannte Bild bei adenoiden Wucherungen (s. Fig. 2).

Der Allgemeinzustand ist schlecht, Brust schmal und flach, trotzdem der Patient ein eifriger Turner ist. Befinden dabei gut; er kennt eben die Wohlthat der Nasenathmung nicht.

Es wurde nun sofort zur Incision des linksseitigen Verschlusses geschritten. Die Blutung war nach einem Kreuzschnitte mässig, die Luft trat voll ein und die freiere Athmung wurde mit Wohlbehagen empfunden. Am 10. März wurde die Oeffnung nochmals erweitert, am 15. ein Hornröhrchen, am 27. ein Gummidrain eingeführt. Am 27. öffnete ich auch die rechte Seite und legte am 29. ein Drainrohr ein.

Es stellte sich reichliche schleimig-eitrige Absonderung aus der Nase ein, welche den Patienten zu täglicher Ausspülung und Herausnahme nebst Waschung der Röhrchen nöthigte.

Diese wurden aber bald, als sich die Narben gebildet hatten, verloren, indem sie theils nach innen, theils nach aussen glitten. Wir haben sie dann entfernt und täglich Anfangs mit einem hölzernen, den Handschuh-Ausweitern ähnlichen Instrumente (Pat. als Drechsler hatte es selbst verfertigt), später mit einem Ohrensiegel nach Kramer aus dem historischen Instrumentenkasten Dehnung der vernarbten Ränder vorgenommen.

Jetzt, Mitte November, ist der Zustand folgender. Die Oeffnung der linken Seite ist ungefähr bleistiftstark, rechts dagegen hat sie der

Kranke wegen der mit der Weitung verbundenen Schmerzen bis auf einen Spalt sich zuziehen lassen. Er hat beim Gehen, Arbeiten u. s. w. Luft genug, nur beim Turnen und sonstigen Anstrengen reicht der Athem nicht. Die Absonderung ist gering, die Sprache natürlich noch nasal. Obwohl das Resultat kein ideales ist, befindet sich doch der junge Mann gegen früher sehr wohl und ist, besonders da ihm der Klinikaufenthalt erspart wurde, sehr zufrieden.



Fig. 2.

Da derartige Fälle sehr selten sind — die meisten Autoren erwähnen sie gar nicht, Moldenhauer bezeichnet sie (Die Krankheiten der Nasenhöhlen. Leipzig 1886) als „sehr selten und bisher nur in wenigen Beispielen beobachtet“ — dürfte ein kurzes Wort über die vermuthliche Aetiologie der Kiefergestaltung noch berechtigt sein. Es handelt sich natürlich um die Frage, hat der Nasenverschluss oder die

hier hochgradig vorhandene Rhachitis die Kieferverbildung hervorgehoben? Fleischmann giebt in seinem Buche „Klinik der Pädiatrik. II. Der erste Zahndurchbruch des Kindes“ (Wien 1877) im sechsten Kapitel „Rhachitis der Kiefer und deren Einfluss auf das Milchgebiss“ eine ausgezeichnete Schilderung der rhachitischen Kieferveränderungen mit 17 Figuren. Es ergibt sich daraus — was auch Körner (a. a. O.) als Resumé zieht —, dass die rhachitischen Veränderungen hauptsächlich den Unterkiefer befallen, während am Oberkiefer die hohe Wölbung und die Knickung an den Nahtstellen fehlt. Die Oberkieferschneidezähne stehen bei unserem Kranken hinter denen des Unterkiefers (s. Fig. 1), was aus der geraden, nicht bogenförmigen Anordnung der Oberkieferschneidezähne resultirt.

Unseres Kranken Gebiss ist also ganz anders beschaffen, als wie die genannten Beobachter das rhachitische schildern. Es wäre doch wohl auch ein ganz eigenthümlicher Zufall, wenn nicht rhachitische Kinder mit Nasenobstruction und ein anderes Kind mit einem ganz anders gearteten, aber in gleicher Weise wirkenden Nasenverschluss, wenn auch rhachitisch, dieselben Erscheinungen darböten, ohne dass dieselbe Ursache gewaltet hätte. Ich glaube daher nach dem Geschilderten mit Körner u. A. annehmen zu dürfen, dass die bekannten specifischen Kieferveränderungen eine durch die Ausschaltung der Nasenathmung erzeugte Erscheinung sind. Die Art und Weise des Zustandekommens, welche Körner zu erklären sucht, nach einem Falle zu beurtheilen, dürfte zu viel gewagt sein.

## Voltolini und die Autoscopie der Luftwege.

Offenes Schreiben an Herrn Dr. C. Ziem in Danzig.

Von

Dr. Alfred Kirstein.

Hochgeehrter Herr College! Das Märzheft dieser Monatsschrift brachte einen Aufsatz aus Ihrer Feder, in welchem Sie Ihr Interesse für die Autoscopie in zwiefacher Richtung bekunden, rückwärts und vorwärts schauend. Den Dank für diese Theilnahme an meinem Werke glaube ich am besten dadurch abzustatten, dass ich das von Ihnen zur Sprache gebrachte Thema: „Voltolini und die Autoscopie der Luftwege“ in den folgenden Zeilen erledige. Zuvörderst sei eine klärende Erinnerung dem von Ihnen erwähnten rasch rollenden „river of Lethe“ entrissen. Den Ausdruck „Autoscopie“ habe ich ursprünglich geprägt für eine von Grund aus neu geartete Sache, nämlich für die Endolaryngotracheobronchoscopia directa. Später habe ich den Ausdruck weiter gefasst und auf die intermediäre Zone ausgedehnt, welche zwischen dem von mir dem unbewehrten Auge zu allererst erschlossenen Gebiete und dem Gebiete der gemeinen Sichtbarkeit, dem Mundrachen, liegt: auf den tiefen, hinter der Zungenwurzel verborgenen Pharynxabschnitt mitsammt der in ihm eingeschlossenen oberen Um-

randung des Kehlkopfes (Epiglottis, aryepiglottische Falten, Spitzen der Aryknorpel). In diesen „tiefen Pharynx“ haben vor mir, allbekanntermassen, viele Aerzte oftmals ohne Spiegel hineingeschaut (in mehr oder weniger unvollkommener Weise), so dass hier, für diese Zwischenzone, die Erfindung meiner autoscopischen Methode nicht ein revolutionäres, sondern nur ein reformirendes Ereigniss werden konnte. Und nun zu unserem Thema: „Voltolini und die Autoscopie der Luftwege“, dessen Material, so geringfügig es in summa ist, doch noch in drei Rubriken aufgetheilt werden muss.

1) An die Möglichkeit, das Innere der grossen Bronchien und der Luftröhre direct zu besichtigen, hat Voltolini nie gedacht.

2) An die Möglichkeit, das Innere des Kehlkopfes direct zu besichtigen, hat Voltolini gedacht, aber

a. er beschränkte seine Hoffnung darauf, in einem Moment, und zwar in einem unphysiologischen Moment, nämlich während des Würgeactes, etwas vom Kehlkopffinnern direct sehen zu können;

b. auch dieses uns heute gar bescheiden dünkende Ziel zu erreichen ist ihm nie geglückt.

3) Ueber das Thema: „Voltolini und die Autoscopie des tiefen Pharynx“ habe ich vor geraumer Zeit eine Erörterung niedergeschrieben, welche einem grösseren für Eulenburg's encyclopädische Jahrbücher bestimmten Manuscript angehört, das längst in den Händen der Verleger Urban & Schwarzenberg ist, längst im Drucksatze steht und mir lange vor dem Erscheinen Ihres Aufsatzes im Correcturabzuge vorgelegen hat. Diese Erörterung lautet:

„Voltolini hat bereits vor 30 Jahren angegeben, dass man ohne Spiegel bei fast allen Menschen, mit seltenen Ausnahmen, den Pharynx bis zum Oesophagus und den Kehldeckel besichtigen, manchmal selbst die Giesskannenknorpel zur Ansicht bringen kann, besonders leicht bei Kindern (Berl. klin. Wochenschrift 1868, No. 23). Das liest sich jetzt so, als ob es dasselbe wäre wie meine „Autoscopie des tiefen Pharynx“, aber es ist nicht dasselbe. Voltolini konnte (von leichtesten, günstigsten Fällen abgesehen) die genannten Theile nur in einem Moment besichtigen, und zwar in einem unphysiologischen Moment, während ich sie in aller Ruhe unter physiologischen Bedingungen der Betrachtung freilege. Der wesentlichste Bestandtheil der Voltolini'schen Technik ist: absichtliche Hervorrufung von Würgebewegungen durch mechanische Reizung des Zungengrundes; dazu kommt: Anheben des Kehlkopfes von aussen und (für die Aryknorpel) Aufheben der Epiglottis mit dem Kehldeckelstäbchen. Bei meiner Technik ist gerade die Vermeidung von Würgebewegungen das Hauptbestreben.“ —

Nun haben wir das gesammte Material beisammen und können es mit Rücksicht auf Ihren Aufsatz besprechen.

Selbstverständlich wird Ihnen nichts ferner gelegen haben als das Bewusstsein, den Besitzstand des verewigten Voltolini auf meine Kosten zu vermehren. Da es sich nun aber doch so gefügt hat, dass Ihre Darstellung in das ganz allgemein gehaltene Schlussurtheil ausläuft, ich hätte „Verdienste um weitere Vervollkommnung der Autoscopie“! — so werden Sie gewiss zufrieden sein, wenn ich mit deutlichen Worten die Legende im Keime erstickte, deren Urheber zu

werden Sie in Folge Ihrer immerhin etwas sehr freien Ausdrucksweise (Gefahr liefen: die Legende, dass die Autoscopie eine von mir vervollkommnete (von Ihnen durch das von Westen her direct auffallende Sonnenlicht noch weiter vervollkommnete) Erfindung Voltolini's sei.

Alles, was wir über die Luftwege von den Taschenbändern abwärts autoscopisch vermögen, habe ich im Sommer vorigen Jahres aus dem Nichts heraus geschaffen: Voltolini's Verdienst um diese Sache ist so gross wie das irgend eines anderen Autors, nämlich Null. Wir können diese Angelegenheit ja ohne Umschweife auf eine knappe, total eindeutige Formel bringen mit der Frage: „Hat Voltolini, nach dem Zeugniss seiner Schriften, jemals die Stimmbänder des unverletzten lebenden Menschen direct gesehen?“ „Nein!“ lautet die Antwort, klipp und klar.

Voltolini hatte ein richtiges Gefühl dafür, dass die vulgo respectirte Grenze der directen Sichtbarkeit (beim „In—den—Hals—gucken“ mit dem Zungenspatel) einer gewissen Erweiterung nach unten hin fähig war. Sein von diesem Gefühl getragenes Streben und Vollbringen für den „tiefen Pharynx“ nahm eine eigenthümliche Richtung, die ihn sogleich abseits von der Linie des später von mir bearbeiteten und gelösten Problems führte. Er betrieb mit grossem Eifer und etwas zu hoch gespannten Erwartungen die optische Ausnutzung des Würgeactes — eines Phänomens, welches bei der „Autoscopie“ gar nicht in Betracht kommt, oder doch nur in einem ärgerlichen Sinne, als Störung. So hat Voltolini nicht eine Saat ausgestreut, deren Ernte ein glücklicher Epigone einheimen konnte (etwa: weil er im Zeitalter des Cocains, des electrischen Glühlämpchens und derlei nützlicher moderner Requisiten lebt), sondern: Voltolini's Technik war im Kerne ihres Wesens unfähig, forzeugend die Autoscopie des Kehlkopfes und der Luftröhre zu gebären, weil sie plammässig auf die Erregung von Reflexen angelegt war, statt auf deren Vermeidung; die von Voltolini in zuversichtlichem Tone geäusserte Hoffnung, mit der von ihm cultivirten, durch verschiedene kleine Mittel unterstützten Würgeprocedur schliesslich tiefer in den Kehlkopf hineinblicken zu können, blieb unerfüllt, weil sie unerfüllbar ist. Ich bewundere gleich Ihnen die Geschicklichkeit der Hand, der es gelang, mit primitiven Hilfsmitteln eine Gräte aus der Tiefe des Schlundes zu ziehen, eine hinter die Epiglottis geführte Sonde blind bis in die Luftröhre vorzuschieben, die dunkle Höhle des Kehlkopfes ohne Leitung des Auges erfolgreich mit einem Schwämmchen auszuscheuern. Aber von den anatomisch-physiologischen und technischen Erfordernissen der wohlcharacterisirten Methode, die nach meinem Vorschlage „Autoscopie“ heisst — hatte Voltolini keine Ahnung, und (mein ceterum censeo): von den Stimmbändern hat er ohne Spiegel oder Prisma in seinem Leben nichts gesehen: sonst hätte er es gesagt.

Die autoscopische Aera der laryngologischen Technik kündigte sich, wie Sie wissen, Ende April 1895 mit dem Satze an: „Das Innere (!) des Kehlkopfes und der Luftröhre ist bei vielen Menschen der directen Besichtigung zugänglich: manche Eingriffe hierselbst sind unter directer (durch keinen Spiegel, kein Prisma oder dergleichen ver-

mittelter) Controlle des Auges ausführbar“ (Allg. med. Central-Zeitung 1895, No. 34). Dieser Satz bezeichnet die Grenzen meiner Domain in scharf umrissenen Conturen, deren Verwischung durch die destructive Arbeit des (nach Ihrem interessanten Motto) über wie unter der Erde fließenden „river of Lethe“ ich nicht befürchte.

Ich versichere Sie meiner ausgezeichneten collegialen Verehrung.  
Berlin, am 2. April 1896.

## II. Referate.

### a) Otologische:

- 1) **Sprachgehör und generelles Tongehör und die Messung des letzteren durch das Gradenigo'sche Hörfeld.** Von Dr. Zwaardemaker (Utrecht). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXV, pag. 232.)
- 2) **Hörfeld und Hörschärfe.** Von Gradenigo (Turin). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVI, pag. 163.)
- 3) **Acustische Eisenbahnsignale und Hörschärfe.** Von Dr. Zwaardemaker. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVIII, pag. 33.)

ad 1. In vielen Fällen von Schwerhörigkeit hält die Herabsetzung des Gehörs für die Sprache nicht gleichen Schritt mit der Hörstörung für die Töne. Es erscheint somit zweckmässig, die Werthe für die beiden Gehörsqualitäten durch möglichst einfache Methoden in allen Fällen feststellen zu können. Für die Bestimmung der Hörschärfe für die Sprache empfiehlt Z. die Prüfung mittelst der Flüstersprache nach dem Vorgange von O. Wolf und drückt das Ergebniss in Form eines Bruches aus, dessen Nenner 18 Mtr. (als Normaldistanz), dessen Zähler die gefundene Distanz bildet. Bezüglich eines Maasses für das generelle Tongehör schliesst sich Z. an die von Hartmann und Gradenigo eingeführten Methoden an, welche er durch die Bestimmung der unteren und oberen Tongrenze noch erweitert, andererseits jedoch der leichteren Ausführung halber dadurch vereinfacht, dass er sich auf die Prüfung der Hörschärfe für die Stimmgabeln C, c<sup>2</sup> und fis<sup>4</sup> beschränkt als der Uebergangspunkte der Zone der Contra-Octaven, des Brustregisters, der Zone der Vocale und der hohen Geräuschconsonanten. Die Ergebnisse dieser 3 Stimmgabelprüfungen in Verbindung mit der unteren und oberen Tongrenze werden in Form einer Curve dargestellt, bei welcher die Hörzeiten nach Hartmann (Deutsche medic. Wochenschr. 1885, 15; Referat in dieser Monatschr. 1885, pag. 147) in Procente umgerechnet, dann aber die Quadrate der letzteren als Ordinatenwerthe auf einer Abscissenachse errichtet werden, welcher die Töne der vom normalen Ohr vernommenen chromatischen Tonleiter von E<sup>-1</sup> bis e<sup>7</sup> in Mm. zu Grunde gelegt sind. Der Flächeninhalt des durch die Curve bestimmten Hörfeldes wird in Vergleich gestellt mit einer durch Z. festgestellten Tabelle, welche die Werthe für das normale Hörfeld vom 4.—80. Lebensjahre enthält.



ad 2. Z. machte den obigen Vorschlag, statt der Hartmann'schen Zahlen deren Quadrate zu setzen, aus dem Grunde, weil in Folge der Qualität des Metalls der Stimmgabeln letztere nicht in arithmetischer (z. B. 1, 4, 7, 10), sondern in annähernd geometrischer Progression (also 1, 3, 9, 27) abklingen. Gradenigo findet diesen Ausweg wohl für zweckmässig zur Bezeichnung der Schallintensität der schwingenden Gabel: wenn man aber die Hörschärfe bezeichnen wolle, welche ja bekanntlich im umgekehrten Verhältnisse zur Schallintensität steht, so müsse, wenn letztere durch die Quadrate der Hörzeiten ausgedrückt werde, die Hörschärfe durch die Quadratwurzel aus denselben bestimmt werden. Gradenigo giebt die Darstellung eines Hörfeldes, in welches die Hörschärfe bei ein und demselben Individuum nach Hartmann, Zwaardemaker und ihm selbst eingetragen ist. — Im Uebrigen hebt Gr. der Methode Z.'s gegenüber hervor, dass die von Letzterem als genügend bezeichneten 5 Beobachtungen nicht ausreichen, um ein werthbares Maass für das Tongehör daraufhin festzustellen: er hält es für geboten, wenigstens jede Octave in einem oder in wichtigeren Fällen in zwei ihrer Töne (c und g) zu prüfen.

ad 3. Z. spricht sich gegen die Ansicht Pollnow's aus, dass man eine für den Dienst genügende Hörschärfe beim Zugpersonale annehmen dürfe, wenn in gewöhnlicher Weise laut geführte Unterhaltung leicht verstanden würde. Hierbei könnten aber Tonlücken bestehen, welche bei der Prüfung mittelst der Sprache unerkant blieben, dagegen sich sofort offenbaren, wenn wichtige Signale grade diesen Defect betreffen. Z. räth daher zu einer genaueren Prüfung zunächst mit der Bezold'schen continuirlichen Tonreihe behufs Feststellung von Tonlücken, worauf dann mittels Stimmgabeln die Hörschärfe bei einzelnen Tönen nach der Methode von Hartmann, Gradenigo oder dem Autor, deren Ergebnisse nicht so sehr von einander abwichen, vorgenommen und darnach das Hörfeld graphisch dargestellt werden soll. Es bedarf nun, um die Diensttauglichkeit im gegebenen Falle zu bestimmen, lediglich des Vergleiches des Hörfeldes mit der Tonlage der Signale. Was nun letztere anbelangt, so fand Z. die Tonhöhe der Mundpfeife nach der Stärke des Anblasens zwischen  $f^2$  und  $c^2$ ; bei dem Signalhorn (beim Rangiren) entspricht die Tonlage a gerade der Mitte der menschlichen Tonleiter, dasselbe wird deshalb auch von Allen, welche für die Sprache noch ein mässiges Verständniss besitzen, gehört werden, jedoch wirkt starker Wind bei fahrendem Zuge in ungemein starker Weise abschwächend. Der Grundton der Dampfpfeife entspricht  $a^2$ , doch erreicht die Tonhöhe, wenn der Dampf mit grosser Kraft eingelassen wird, die oberste Tongrenze, wird deshalb bei Labyrinthaffectionen, wie solche bei älteren Locomotivführern bekanntlich oft vorkommen, abgeschwächt gehört werden, besonders bei fahrendem Zuge und entgegengesetzter Windrichtung. Bezüglich der Gehörschärfe für die Sprache räth Z., als Minimum ein Meter Entfernung für Flüstersprache anzunehmen.

Keller.

**Ueber Diplacusis binauralls.**<sup>1)</sup> Von L. Treitel. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII, XVIII)

Der Autor hat zwei Fälle von Diplacusis beobachtet, einen, der durch angestrengtes Telephoniren, und einen zweiten, der im Anschluss an eine Trommelfellruptur entstanden war. In beiden Fällen war das Gehörorgan vorher nicht krank gewesen, im zweiten war die Hörfähigkeit für die Sprache sogar normal, auch für Stimmgabeltöne.

Bei der Untersuchung mit letzteren (c und fis<sup>4</sup>) war die Diplacusis nicht zu constatiren.

Im ersten Fall wurde, was sehr selten ist, dies Doppelthören beim Hören der Sprache bemerkt. Die Symptome in diesem Falle veranlassten Treitel, die Möglichkeit anzunehmen, dass in der Ermüdung das ursächliche Moment des Entstehens gelegen war. Gomperz.

---

**Drei Fälle von Influenza-Otitis mit epiduralen Abscessen.** Von Vulpinus in New-York. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXVII, 2.)

V. beschreibt des Näheren drei Fälle von eitriger Mittelohrentzündung bei Influenza, in welchen er die Behandlung erst nach längerer Zeit übernahm, als sich die Indication zur Eröffnung des Warzenfortsatzes herausstellte. Es bestanden nur kleine Trommelfellperforationen, deren ausgiebige Vergrößerung die Operation jedoch nicht mehr umgehen liess. Bei der Eröffnung des Processus mastoideus fanden sich in allen drei Fällen Fistelgänge zu subduralen Abscessen in der mittleren und hinteren Schläfengrube, sowie zu einem paraphlebitischen um den Sinus transversus. Es erfolgte Heilung.

Der Autor weist auf die Nothwendigkeit möglichst frühzeitiger und ausgiebiger Paracentese (galvanocautische) des Trommelfells bei eitriger Influenza-Otitis hin, um so der Weiterverbreitung der Entzündung nach dem Warzenfortsatze hin, die gerade bei Influenza besonders zu befürchten sei, möglichst vorzubeugen. Keller.

---

**Ein Fall von multiplen otitischen Hirnabscess nebst einer Statistik aus dem path.-anat. Institut zu Berlin.** Von L. Treitel in Berlin. (Zeitschr. f. Ohrenh. XXVII, 1.)

Chronische rechtsseitige Mittelohreiterung, welche zuletzt unter heftigen Kopfschmerzen, mässigem Fieber, Sopor und Nackensteifigkeit innerhalb 14 Tagen zum Tode führte. Die Section ergab zwei grosse und zwei kleine Gehirnbrunnen, einen apfelgrossen im rechten Schläfellopp und angrenzenden Theil des Occipitallappens, die kleineren lagen mehr rückwärts im Hinterhauptlopp. Durchbruchstelle im Tegmen tympani. -- Unter 21 Fällen von Hirnabscessen, welche im path.-anat. Institut zu Berlin unter 6000 Sectionen zur Beobachtung kamen, fand sich unter 7 ex otitide entstandenen Abscessen nur in 1 Falle, unter 14 aus anderer Ursache stammenden dagegen 5 Mal ein multipler Abscess vor. Keller.

---

<sup>1)</sup> Nach einem Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin.

**b) Rhinologische:**

**Jahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen (August 1894—1895) Von Dr. R. Dreyfuss in Strassburg i. Els. (Fortsetzung und Schluss.)**

**B. Nase.**

20) von Chrzanowski, Josef. Ueber das Empyem des Antrum Highmori. Königsberg 1895.

21) Dürnhöfer, L. Beitrag zur Casuistik der Stirnhöhlenosteome. München 1895.

22) Frank, Th. Ueber syphilitische Tumoren der Nase. Strassburg 1894.

23) Grimm, H. Fremdkörper in der Nase. Berlin 1895.

24) Grouven, C. Ueber die eosinophilen Leucocyten der Schleimhaut des Respirationstractus. Bonn 1895.

25) Helbing, Ed. Ueber das Rhinhaematom. Heidelberg 1895.

26) Hemmrich, L. Ueber eosinophile Zellen in Schleimpolyphen. Würzburg 1895.

27) Jacobsohn, Arthur. Ueber die Coexistenz verschiedenartiger Tumoren in den oberen Luftwegen. Königsberg 1895.

28) Jacoby, Max. Kritik einiger neuer Behandlungsmethoden der Ozaena. . . . Königsberg 1895.

29) L e j n e w e b e r, Wilh. Meningitis und Hirnabscess nach Empyem der Stirnhöhlen. München 1895.

30) Mohr, W. Ein Beitrag zur Casuistik der Rhinitis crouposa. Heidelberg 1895.

31) Neuhaus, E. Ueber intranasale Synechien. Heidelberg 1894.

32) Olschewsky, Paul. Ueber das Sarcom der Nasenhöhle. Königsberg 1895.

33) Rosenfeld, Ernst. Beitrag zur Casuistik der nasalen Stenosen. Würzburg 1894.

34) Salinger, Louis. Beitrag zur Soziodoltherapie. Königsberg 1895.

35) Sarasohn, Leopold. Untersuchungen der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraums an Epileptikern und Idioten. Königsberg 1895.

36) Schladebach, Otto. Ueber Fremdkörper in der Nase und Rhinolithen. Jena 1894.

37) Schneider, Richard. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lupus und Lues hereditaria tarda. Jena 1895.

38) Wezler, Wilhelm. Zur Statistik und Klinik des Erysipelas faciei. Erlangen 1895.

39) Wittkop, August. Ein Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen des Sinus frontalis. Würzburg 1894.

40) Wohnlich, W. Ueber das Empyema antri Highmori. Heidelberg 1895.

Nicht zugänglich:

41) Ehrenfried, Max. Beitrag zur Lues des Nasenrachenraums. Leipzig 1895.

42) Richter, E. Die nicht perforirende eitrige Entzündung der Stirnhöhlen und ihre operative Behandlung. Leipzig 1895.

\* \* \*

Hömmrich (26), der 30 Fälle von Nasenschleimpolypen auf das Vorkommen von eosinophilen Zellen untersuchte, kommt zu dem Schluss, dass sich diese Zellen nicht in den Polypen selbst bilden, sondern durch den Blutstrom dahin gebracht werden. Den Widerspruch jedoch, dass in klinisch wie pathologisch-anatomisch gleichen Fällen von Nasenpolypenbildung einmal eine Unmenge solcher Zellgebilde sich finden, das andere Mal gar keine, vermag Verf. nicht zu lösen.

Ref. glaubt, dass eine Lösung der Frage vielleicht in der Richtung gefunden werden kann, dass die ätiologischen Momente der Polypenbildung — bestehende oder geheilte Nebenhöhlenkatarrhe, periostitische Prozesse des Siebbeins — mehr als bisher berücksichtigt werden.

Eine neue Behandlungsmethode der Ozaena beschreibt uns Jacoby (28) in einem nach Angaben von Kafemann construirten Obturator. Derselbe, eine conische Metallröhre, deren Umfang gegebenen Falls durch einen Gummiring vergrößert werden kann, wird von den Kranken mehrere Stunden täglich getragen. Durch zwei verschiebbare Metallflügel im Innern der Röhre wird der Luftzutritt nach Bedarf geregelt. Ausserdem kann im Innern ein erbsengrosses Wattestückchen, mit Menthol getränkt, angebracht werden.

Kafemann will besonders bei denjenigen Fällen von Ozaena, die mit bedeutender Erweiterung des Naseninnern einhergehen, werthvolle Erfolge gesehen haben; von Heilungen — und auf diese kommt es doch an — wird nichts erwähnt.

Salinger (34) berichtet über die Anwendung der Sozodolpräparate in Stetter's Ambulatorium. Die Erfolge waren grösstentheils sehr befriedigende. Bei 120 Fällen von Gesichtsröthe in der Erlanger medicinischen Klinik war nach Wezler (38) 95 Mal der Ausgangspunkt der örtlichen Erscheinungen zu eruiiren: davon gingen 52 von der Nase aus.

Die traumatische Natur des Rhinhaematoms wird durch 7 Fälle aus Jurasz' Poliklinik illustriert, über die Helbing (25) berichtet. Es handelte sich um symmetrische, breitbasige Geschwülste, den beiden Seiten der Scheidewand aufsitzend. Heilung durch Incision und Tamponade. Wohnlich (40), der ebenfalls unter Jurasz' Aegide arbeitete, hält bei Empyema antri Highmori die Punction vom untern Nasengang aus und Durchspülungen mit 0,2—0,5 proc. Diaphtherinlösungen für das rationellste Verfahren. Das Verfahren nach Hartmann (Ausspülung vom erweiterten Ostium maxillare aus) eigne sich nur für besonders günstige Fälle; die Jansen'sche Methode (Wegmeisselung der vordern, seitlichen und eventuell auch innern Wand) möchte er „womöglich ganz aus der Therapie ausschliessen, da deren Character beinahe gefährlicher ist als der eines Empyems selbst“.

Wittkop (39) schildert einen Fall von syphilitischer Caries der Stirnhöhlenwänden, der von Schönborn operirt und dann mit Jodkali behandelt wurde. In den Stirnhöhlen selbst war kein Eiter. Leider fehlt ein Bericht über das cosmetische Resultat.

Der Fall von letal verlaufener Stirnhöhleenerterung **Leineweber's** (29) ist bereits von **Krecke** anderweitig publicirt.

(35) Schliesslich möchte ich noch über die Untersuchungen **Sarasohn's** berichten, der unter **Kafemann's** Leitung die Insassen der Epileptiker- und Idiotenanstalt **Carlshof** inspicierte und einen ausserordentlich hohen Prozentsatz von Hyperplasie der Rachentonsille (auch bei den Erwachsenen) fand. **S.** glaubt sich jedoch nicht berechtigt, daraus auf einen Causalnexus zwischen dieser und der geistigen Erkrankung schliessen zu dürfen.

#### C. Rachen und Kehlkopf.

43) **Amos, E.** Ueber einseitige Hirnnervenlähmung. Strassb. 1895.

44) **Bader, Ferd.** Ueber einen Fall von Kehlkopfkrebs mit grossem Drüsenumor am Halse und Metastasen in der Lunge. Kiel 1894.

45) **Berliner, Alfred.** Zur Kenntniss tuberculöser Erkrankungen an Diphtherie verstorbenen Kinder. Freiburg 1895.

46) **Bircks, Leonhard.** Weitere Untersuchungen über Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen. Bonn 1894.

47) **Bührmann, Aug.** Ein Beitrag zur örtlichen Behandlung der Rachendiphtherie. Marburg 1895.

48) **Daus, James.** Die Diphtheriefälle der medicinischen Klinik zu Rostock im letzten Jahrzehnt (1883—92). Rostock 1894.

49) **Elkan, Siegm.** Zur klinischen Bedeutung der Halsabscesse bei Scharlach. Berlin 1895.

50) **Friedrichs, A.** Zur Lehre von den Lähmungen mit bulbären Symptomen. Bonn 1895.

51) **Frost, L.** Ein Beitrag zur Aetiologie des Spasmus glottidis der Kinder. Würzburg 1892.

52) **Grumach, W.** Ueber einen behaarten Rachenpolypen. Königsberg 1895.

53) **Hecht, Hugo.** Beiträge zur Lehre von den Kehlkopfabscessen. München 1895.

54) **Hensel, Louis.** Zur Localbehandlung der Rachendiphtherie mit der Löffler'schen Toluolmischung. Greifswalde 1895.

55) **Hermes, Fr.** Beitrag zu den Störungen des Kehlkopfs bei Tabes. Berlin 1895.

56) **Hirsch, Victor.** Ein Beitrag zur Prognose der Diphtherie auf Grund der in der Kgl. chir. Univ.-Klinik zu Berlin in den Jahren 1884—94 gesammelten Erfahrungen. Berlin 1894.

57) **Horowitz, L.** Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Behring'schem Heilserum in der medic. Klinik zu Bonn. Bonn 1895.

58) **Hortmann, Franz.** Ein Fall von Tracheostenosis luetica. München 1894.

59) **Hoyer, W.** Beitrag zur Lehre der angeborenen epithelialen Fisteln und Cysten des Halses. Göttingen 1895.

60) **Jacoby, Martin.** Studium zur Entwicklungsgeschichte der Halsorgane der Säugethiere und des Menschen.

1) Historisch-kritische Betrachtungen über die Entwicklung der Kiemendarmerivate. Berlin 1895.

- 61) Josephsohn, John. Ueber die Frühformen der tuberculösen Erkrankung des Larynx im Anschluss an einen Fall von primärer juveniler Kehlkopftuberculose. Königsberg 1895.
- 62) Katzenstein, M. Ueber secundäre Veränderungen der Organe bei Rachendiphtherie. München 1895.
- 63) Kauffmann, Max. Zur Behandlung der Diphtherie. Tüb. 1894.
- 64) Künne, A. Ueber Lipome der oberen Luftwege. Würzb. 1893.
- 65) Lahr, Ferd. Ueber den Blutsturz nach der Tracheotomie. Giessen 1894.
- 66) Laubinger, H. Ueber subcutane Injectionen von Chininum bimiraticum bei Keuchhusten. Bonn 1894.
- 67) Levy, Moritz. Ueber rechtsseitige Stimmbandlähmung bei Aortenaneurysmen. Strassburg 1895.
- 68) Märten, Max. Die Entwicklung des Knorpelgerüsts im Kehlkopf von *Rana temporaria*. Göttingen 1895.
- 69) Neitzke, E. Beitrag zur Histologie der Croupmembran in der Trachea. Kiel 1895.
- 70) Pasemann, W. Ueber 100 mit Behring's Diphtherieheilserum in der Greifswalder medicinischen Klinik behandelte Fälle von echter Diphtherie. Greifswald 1895.
- 71) Pollnow, Leo. Beiträge zur chirurgischen endolaryngealen Behandlung der tuberculösen Epiglottis. Königsberg 1895.
- 72) Rosenbaum, Emil. Zur Casuistik der angeborenen Halskiemenfisteln des Menschen. Giessen 1895.
- 73) Schlender, F. Ueber Oedema laryngis bei Polyarthrit. acuta rheumatica. Berlin 1895.
- 74) Schober, Ernst. Ueber die Wirksamkeit der Immunität bei Diphtherie. Königsberg 1895.
- 75) Schröder, E. Ueber Rachen- und Kehlkopferkrankungen bei Abdominaltyphus. Berlin 1895.
- 76) Thomann, Max. Beitrag zur Behandlung chronischer Erkrankungen der Gaumenmandeln. Freiburg 1895.
- 77) Triep, Heinr. Ueber Tuberculose der Tonsillen. Würzb. 1891.
- 78) Waldvogel, R. Bacteriolog. und path.-anat. Untersuchungen über infectiöse Pharyngo-Laryngitiden. Göttingen 1894.
- 79) Weck, Oscar. Ein Fall von Nervenerkrankung höchstwahrscheinlich hysterischer Art nach Trauma. Bonn 1895.
- 80) Weidemann, H. Die Tonsillen als Eingangspforten für infectiöse Krankheiten. München 1895.
- 81) Wien, Otto. Die Neoplasmen der Tonsillen. München 1895.
- 82) Will, Erich. Ueber die Articulatio crico-arytaenoidea. Königsberg 1895.
- 83) Witte, P. Ueber einen Fall von Pseudobulbärparalyse. Berlin 1895.
- 84) Wolff, H. Ueber Pseudobulbärparalyse. Berlin 1895.
- 85) Zöpplitz, K. Ueber multiloculäre Kiemengangscysten. Tübingen 1894.

Nicht zugänglich:

86) Paetow, Franz. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des *Musc. crico-thyreoideus*. Leipzig 1895.

87) Petrick, M. Ueber primäres Tonsillarcinom. Leipzig 1895.

\* \* \*

Die lesenswerthe Arbeit Will's (82), die sich auf ein Material von 30 Kehlköpfen stützt, verbreitet sich über die Form und Beschaffenheit der Gelenkflächen der *Cartilagocricoidea* und der *Cartilagine arytaenoidea*, über die Gelenkkapsel und die Beweglichkeit der Knorpel.

Die Details eignen sich nicht zu einem kurzen Referat.

Bircks (46) weist auf Grund von Untersuchungen an Hysterischen und Normalen (200 Individuen) nach, dass die physiologischen Grenzen der Erregbarkeit des Pharynx so schwankend sind, dass ein Fehlen der Erregbarkeit als ein hysterisches Phänomen durchaus nicht angesprochen werden kann.

Waldvogel's (78) Untersuchungen erstrecken sich hauptsächlich auf die Züchtung der verschiedenen Varietäten des *Streptococcus* bei diversen infectiösen Processen im Pharynx und Larynx.

Die Frage von den angeborenen Halsfisteln erfährt eine erfreuliche Förderung durch Rosenbaum (72), dem die seltene Gelegenheit geboten war, einen solchen Fall anatomisch zu durchforschen.

Bis jetzt liegt nur ein von Watson ausführlich untersuchter Fall vor. Es handelte sich bei R. um durchgehende, vollständige Fisteln, die ganz symmetrisch gelegen, am Innenrand des Sternocleidom. sich öffneten und zwar etwas unterhalb der Stelle, an welcher dieser Muskel den Omohyoideus kreuzt. Die Innenöffnung lag an der hintern untern Begrenzung der Tonsille (wo fast alle münden) in einer dicken carunkelartigen Duplicatur der Schleimhaut. In ähnlicher Weise wie im Fall Watson war die Wandung der Gänge von einem quergestreiften Muskel umgeben, der vom Sternocleidomastoideus ausgehend sich in die Musculatur der Pharynxwand verlief. Die Gänge waren 6 bezw. 6,5 Centimeter lang. Da die Canäle unterhalb des Nerv. hypoglossus, dagegen oberhalb des Glossopharyngeus verliefen, so ist ihr Ursprung aus der zweiten Kiementasche sicher.

Von Publicationen über die Diphtherie sei die von Hirsch (56) hervorgehoben, eine statistische Zusammenstellung von 2658 Fällen aus der Berliner chirurg. Universitätsklinik, die des Interessanten eine Menge bietet.

Pasemann (70) ist mit seinem Lehrer Mosler ein entschiedener Anhänger der Serumtherapie. Katzenstein (62), der die inneren Organe von 9 Diphtherieleichen mikroskopisch untersuchte, fand darin mannigfache degenerative Veränderungen, die man im Original nachlesen möge. Im Falle Lahr's (65) erfolgte die Haemorrhagie bei einem 4jährigen Kind infolge eines Decubitalgeschwürs der Trachea und Usurirung der Adventitia der Art. anonyma aus der letzteren. 3 Tage nach dem Decanulment.

Von sonstigen infectiösen Affectionen berichtet Schröder (75) über die pharyngo-laryngealen Complicationen des Typhus abdominalis (55 unter 198 Patienten der II. medicinischen Klinik in Berlin). Er

theilt dieselben je nach der Schwere der Affection in 4 Gruppen: 1) Catarrhe, 2) Erosionen, 3) Oedeme und oberflächliche Geschwüre, 4) Decubitalgeschwüre und Necrosen.

Schlender (73) beobachtete -- eine grosse Seltenheit! -- halbseitiges Kehlkopfödem bei acutem Gelenkrheumatismus.

Der Fall Hortmann's (58) ist nicht einwandfrei, da die Section keinerlei specifisch syphilitische Veränderungen in den Organen ergab. Es bestand eine narbige Stenose dicht über der Bifurcation, in Folge deren die Patientin erstickte.

Pollnow (71) beschreibt ein nach Angabe von Kafemann construirtes Instrument, das den Zweck hat, beim Curettement der oralen Epiglottisfläche ein Ausweichen derselben nach hinten zu verhindern und so der Curette den nöthigen Widerstand von hinten aus zu geben. In das Instrument kann ein Kehlkopfspiegel gesteckt werden, so dass eine Assistenz nicht nöthig ist.

Frost (51) räth bei Kindern, die an Laryngospasmus leiden, nach einer verlängerten Uvula zu fahnden und diese eventuell zu kürzen. Er belegt seine Ansicht durch eine Reihe günstiger Erfolge.

Künne (64) beschreibt ein Lipom der Regio interarytaenoidea, das fast die ganze Glottis ausfüllte und mittelst GlühSchlinge entfernt wurde. Wenn wir noch einen kurzen Blick auf die neuropathischen Kehlkopffunctionen werfen wollen, so sei der Fall einer rechtsseitigen Posticuslähmung erwähnt, den Levy (67) schildert. Ursache war ein Aneurysma der Aorta descendens, das sich stark nach rechts ausbuchtete. Das linke Stimmband war intact. Herms (55) berichtet über laryngologische Befunde bei Tabes aus Gerhardt's Klinik für die Zeit von 1884-94. Es waren im Ganzen 17 Fälle (unter 122) mit laryngealen Affectionen, doch halten wohl nicht alle Fälle bezüglich der Diagnose als speciell tabische einer eingehenden Kritik stand. So war 2 Mal Tuberculose vorhanden, und zwar das eine Mal direct perichondritische Prozesse beider Aryknorpel, die die gefundene Bewegungsstörung genügend erklären. In einem andern Fall mit angeblicher Lähmung der Arytaenoidei interni bestand keine phonatorische Störung, die doch eine unbedingte Folge dieser Lähmung sein würde.

In einem Fall von Pseudobulbärparalyse, mitgetheilt von Wolff (84), findet sich folgender Befund: „Bei ruhiger Athmung stehen die Stimmbänder in normaler Abductionstellung; bei der Phonation bewegen sie sich sehr träge, das linke macht weniger Bewegungen als das rechte, wobei sie die Mittellinie nicht ganz erreichen. Beim Intoniren wird das Gaumensegel nicht gehoben. Beim Versuch zu schlucken, beginnt Patient zu husten; bei Berührung der hintern Rachenwand erfolgt Schlingen, bei der des Kehlkopfs Schlingen und Husten. Durch Sprechen kann sich Patient nicht verständlich machen, statt aller Worte stösst er nur ein rauhes Hauchen aus.“

In einem andern Fall fand Witte (83) den Larynx intact, dagegen eine rechtsseitige Gaumenlähmung.

Friedrichs (50) erhob in 2 Fällen von amyotrophischer progressiver Bulbärparalyse nebst Andeutungen von amyotrophischer Lateralsclerose folgenden Befund: „Die Stimmbänder stehen etwas weiter auseinander als normal und schliessen beim Intoniren nicht ganz, vielmehr bleibt



ein schmaler Spalt in der ganzen Länge der Stimmritze. Beim Lachen jauchzende Inspiration. Keine Anzeichen von Laryngitis.“ Im zweiten Fall war die Laryngoscopie erschwert, da Patientin die Zunge nicht über die Zahnreihe hervorstrecken kann und ausserdem häufig den sich rasch ansammelnden Speichel schlucken muss. „Jedoch scheint keine Parese der Larynxmuskulatur vorhanden zu sein.“ Die Fähigkeit des Hustens ist erhalten.

Schliesslich beschreibt noch Weck (79) einen Fall von traumatischer Hysterie nach Fingerverletzung, wo klonische Krämpfe des betroffenen Arms und Stottern auftraten.

---

**Ueber Rhinitis caseosa.** Von Dr. Klingel in Elberfeld. (Arch. f. Laryngologie etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 199, 1895.)

K. versteht unter Rhinitis caseosa nur solche Fälle, bei denen es zur Ablagerung eines käsigen Secretes kommt, wobei diese Secretanhäufung das Wesen der Krankheit ausmacht, ohne daß sonstige tiefergreifende Veränderungen der Nase primär bestehen. Ueber einen einschlägigen Fall, eine 35—40 Jahre alte Frau betreffend, berichtet er ausführlich.

Beschorner.

---

**Bacteriologische Befunde in zehn Fällen von Kieferhöhlen-Eiterung.** Von Dr. J. Herzfeld und Dr. Fr. Herrmann in Berlin. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 143, 1895).

Es fanden sich vornehmlich Streptococcen, Staphylococcus albus, aureus, citreus, ruber; ein Bacterium coli und ein proteusartiger Bacillus; gelbe Sarcine (Friedländer's); ein Capselbacillus und verschiedene Arten von Stäbchen, die für Mäuse nicht pathogen waren und bei Brüttemperatur wuchsen. Zwei Befunde waren besonders wichtig. einmal die geringe Pathogenität des Eiters resp. der aus demselben gewonnenen Bacterien, ferner der Nachweis von Bacterien, die auf künstlichem Nährboden bei Brüttemperatur nicht fortkommen. Letztere Erscheinung erklärt sich dadurch, dass die Nase und deren Nebenhöhlen von einer Luft durchströmt werden, deren Temperatur weit unter Körpertemperatur sich befindet.

Beschorner.

---

**Zur Diagnose und Therapie der chronischen Stirnhöhleneiterung.** Von Prof. Dr. Schech in München. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 165, 1895.)

Nach Angabe einiger wichtiger und neuer Anhaltspunkte für die Diagnose giebt Sch. der Ueberzeugung Raum, dass die einzige sicher zum Ziele führende Therapie bei chronischen Stirnhöhleneiterungen, und zwar nicht nur bei jenen, welche mit Auftreibung der Höhle, Verdrängung des Bulbus, Fistelbildung und Erscheinungen des Hirndruckes verlaufen, sondern auch bei den latenten Formen, bei denen Supraorbitalneuralgie das alleinige subjective Symptom bildet, die Eröffnung von Außen mit Exstirpation der ganzen Sinusmembran sei.

Beschorner.

**Caries syphilitica (?) ossis ethmoidel. Auskratzung. Hirntod ohne Zusammenhang mit der Operation.** Von Dr. Ludw. Hellmann in Würzburg. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 210, 1895.)

Es handelte sich um, im Leben sichergestellte, ganz typische Empyeme der Kiefer- und vorderen Siebbeinhöhlen bei einer 50jährigen Frau, deren alte Syphilis nur aus der Anamnese mit Sicherheit erkennbar war. Probepunction vom unteren Nasengange aus ergab zähen, nicht übelriechenden Eiter in der rechten Kieferhöhle. Auskratzung der Granulationen im mittleren Nasengange mittelst scharfen Löffels, wobei sich neben wenigen morschen Knochensplittchen etwa ein halber Fingerhut voll übelriechenden Eiters entleerte, der aus einer Höhle im vorderen Theile der mittleren Muschel stammte. Aufblasen von Jodol. Besserung der Kopfschmerzen. 44 Tage darauf Tod unter schweren Hirnsymptomen. Die Obduction ergab Caries des Siebbeines und bewies mit Sicherheit, daß die Hirnsymptome und der Tod mit der Auskratzung in gar keinem Zusammenhang standen. Der Fall ist geeignet, die Skepsis gegenüber dem nicht specifischen Ursprung einer Siebbeincaries zu steigern, selbst dort, wo die Caries als solche durch die Obduction festgestellt wird.

Beschorner.

**Zur Aetiologie der Schleimpolypen der Nasenhöhlen.** (De l'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 5, Septbr./Octbr. 1895.)

Die myxomatöse Degeneration der Nasenschleimhaut, die sich histologisch nur wenig vom einfachen Oedem jener Membran unterscheidet, zeigt sich verschiedenartig, je nach der Gegend, wo sie beobachtet wird. Neigung zu gestielter Formation wird fast ausschliesslich an der mittleren Muschel und dem mittleren Nasengange angetroffen, entsprechend den Falten und Ausbuchtungen dieser Gegend. Gleichzeitiger Bestand einer Läsion des unterliegenden Knochens und myxomatöser Entartung der Schleimhaut ist keineswegs constant, ja, nach des Autors Erfahrungen, geradezu eine Ausnahme. — Die myxomatöse Entartung der Nasenschleimhaut ist oft völlig unabhängig von jeder Läsion der Nachbarschaft; sie kann wohl Folge wiederholter und langbestehender Nasencatarrhe sein, kann aber auch entstehen, ohne dass der Zusammenhang mit einem pathogenen Einflusse nachzuweisen ist.

Beschorner.

**Einfluss des Aufenthaltes an der Meeresküste auf die Krankheiten der Nase, des Halses und der Ohren.** (Influence du séjour au bord de la mer sur les affections du nez, de la gorge et des oreilles.) Von Dr. H. Lavrand in Lille. (Arch. internat. de Laryngologie etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr./Decbr. 1895.)

L. kommt zu dem Schlusse, dass sich Kranke mit chronischen Nasen-, Hals- und Ohr affectionen am Meere, d. h. inmitten der See- luft und bei Anwendung localer und allgemeiner Hydrotherapie, wohl befinden. Auszunehmen sind Individuen mit continuirlichen und intermittirenden Ohr-Eiterungen, mit sclerosen Otitiden und mit Ohrgeräuschen, drittens solche Rachen- und Kehlkopfleidende, welche Con-

gestionien unterworfen sind, ferner reizbare Tuberculöse, endlich Arthritiker, die zu Congestionen oder acuten und subacuten Schleimhautirritationen neigen.

Beschorner.

**Totalexstirpation einer grossen endonasalen Geschwulst durch die Choane.** Von Dr. Carl Laker. (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXII, XVII.)

Nach Austamponirung des mittleren und unteren Nasenganges mit Watte wurde mit den Branchen einer Kornzange die Watte nach hinten gedrückt, wobei der Stiel der Geschwulst riss und diese durch die Choane in die Mundhöhle kam.

Gomperz.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Harter Schanker im Gesicht; Facialisparalyse derselben Seite; tuberculöse syphilitische Krusten der Kopfhaut und des Gesichtes.** (Chancre indurée de la face; paralysie faciale du même côté; syphilides tuberculo-croûteuses du cuir chevelu et de la face.) (Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, séance du 13. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 31.)

Eine 68jährige Frau hatte vor 38 Jahren die Syphilis von ihrem Manne bekommen und wurde damals regelrecht behandelt; seither gesund, bis im Winter trockene tuberculöse Syphiliden am Oberschenkel und am Rumpfe eintraten und unter geeigneter Behandlung heilten; dann traten die oben angegebenen Erscheinungen ein. Wirkung der antisymphilitischen Behandlung bewies den syphilitischen Ursprung des Leidens.

Dr. P. K.

**Schanker am Zahnfleisch.** (Chancre de la gencive.) Von Dr. Danlos. (Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, séance de 13. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 31.)

Ein Kranker hatte geschwollene Cervicaldrüsen, papulösen Ausschlag und bald nachher Roseola und sonstige Syphilide. An den Genitalien war kein Schanker zu entdecken; blos war am oberen Zahnrande eine harte ulceröse Stelle, welche als Schanker angesehen werden musste (Fournier). Es werden von Dr. Barthélemy und Dr. E. Besnier noch zwei andere Zahnfleischanker erwähnt, welche schwer zu erkennen waren und denselben Verlauf wie der erste Fall hatten.

Dr. P. K.

**Ueber Zungenpapillitis.** (De la papillite linguale.) Von Dr. Barataux. (Archiv. latino de rinolog. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 10.)

Verf. nimmt mit Duplaix das Bestehen einer in Erosion der an der Zungenspitze und den Zungenrändern sich befindlichen Papillen bestehenden Krankheit an, welche ziemlich selten ist, öfter bei Frauen als bei Männern vorkommt und mittelst Galvanocaustik geheilt wird. Recidive kommen häufig vor.

Dr. P. K.

**Eine Curette zu Operationen an der Zungentonsille.** Von Dr. E. Winckler in Bremen. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1 2, pag. 211, 1895.)

Das Instrument ähnelt dem Gottstein'schen Ringmesser zur Beseitigung adenoider Vegetationen im Nasenrachenraume und hat zum Zweck, die Hyperplasien der Zungentonsille mit einem glatten Schmitte, aber unter Controlle des Spiegels, zu entfernen. Eine Abbildung giebt die Form der Curette wieder.

Beschorner.

**Die Mundseuche (Stomatitis epidemica, Maul- und Klauenseuche des Menschen).** Von Dr. Siegel in Britz-Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1 2, pag. 172, 1895.)

S. giebt ein vortreffliches Bild dieser sehr ernsten, übrigens bisher schwer zu diagnosticirenden und wenig beschriebenen Krankheit, welche, nach Bollinger, beim Menschen viel häufiger vorkommt, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist. Sie characterisirt sich sowohl nach den Symptomen, als auch dem pathologisch-anatomischen und bacteriellen Befunde bei Thieren wie bei Menschen als eine Infektionskrankheit mit dem Hauptsitz im Darm; wenn man auch sehr wesentliche Symptome in der Mundhöhle findet, so sind wirklich typische Veränderungen hier nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen zu beobachten. Das sicherste Erkennungszeichen liegt in der microscopischen Diagnose und es muss als Verdienst des Autors anerkannt werden, ein bacteriologisches Verfahren angegeben zu haben, welches jene zu einer leichten gestaltet. S. glaubt nämlich nach seinen reichen Erfahrungen und gründlichen Untersuchungen den Erreger der Krankheit in einem Bacterium zu erkennen, welches in der Mitte steht zwischen Coccen und Bacillen und welches sich regelmässig vornehmlich im Darme und dessen Inhalt findet. Dasselbe wurde bislang daselbst noch nicht beobachtet. — Der Arbeit muss das grösste Interesse entgegengebracht werden, um so mehr, als bislang gewiss unzählige Fälle von Mundseuche beim Menschen unbeachtet und unerkannt geblieben sind. Der Grund hierzu liegt darin: einmal, weil in leichten Fällen die Krankheit schnell und ohne grosse Belästigung vorübergeht, so dass zumeist kein Arzt geholt wird, dann aber weil in den schweren Fällen die Munderkrankung gegen die vom Darm und der Leber ausgehenden Symptome zurücktritt, und da letztere noch dazu fieberlos verlaufen und ohne stürmische Erscheinungen, sich die Patienten nicht in Krankenhäuser aufnehmen lassen. Die wenigen vielleicht zur Section gekommenen Fälle blieben wohl unaufgeklärt.

Beschorner.

**Chronische Amygdalitis colibacillärer Natur.** (Un cas d'amygdalite chronique colibacillaire.) Von Dr. Lermoyez, Dr. Helme und Dr. Barbier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 8.)

Verf. geben die genaue Krankengeschichte dieses klinisch und anatomopathologisch interessanten Falles; sie kommen zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) es besteht eine Art chronischer Mandelentzündung, welche sich klinisch und bacteriologisch von den bis jetzt bekannten chronischen Amygdaliden unterscheidet; 2) sie tritt acut auf und verläuft chronisch; 3) die gewöhnlichen Mittel helfen nicht, und

man muss die Totalexstirpation vornehmen: 4) subjective Symptome bestehen fast nicht: höchstens etwas Schlingbeschwerden, wenn das Exsudat zu confluierend sich gestaltet; 5) sehr schlechtes Allgemeinbefinden, welches in keinem Verhältniss zur Grösse des Localleidens ist: auffallend sind dabei die gastrischen Erscheinungen; dieselben verschwinden, wenn die Mandeln ordentlich gereinigt sind, um mit dem Wiederauftreten des Exsudates wieder zu beginnen: 6) charakteristisches Aussehen der Mandeloberfläche: 7) gesundes Aussehen der Umgegend der Mandeln: 8) keine geschwollenen Cervicaldrüsen; 9) man kann das Bacterium coli nachweisen.

Dr. P. K.

---

**Amygdalitis ulcerosa chaneriformis.** (De l'amygdalite ulcéreuse chaneriforme.) Von Dr. Mendel. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr. Decbr. 1895.)

Diese, leicht mit Chancer, Gumma oder Tuberculose der Mandeln zu verwechselnde, fieberlose Krankheit zeichnet sich vornehmlich durch ein mehr oder weniger tiefgehendes Geschwür der Mandel mit harten Rändern, durch leichte Submaxillardrüsenschwellung aus. Insbesondere die Kürze des Bestandes der Affection, ihr leichter Verlauf, die Geringfügigkeit der Symptome, namentlich der Drüsenschwellung und die rasche Heilung ohne besondere Medication, unterscheiden sie von Syphilis und Tuberculose. M. hält es für nicht unwahrscheinlich, dass die Krankheit eine besondere Form des Herpes darstellt, dessen Bläscheneruptionsstadium unbeobachtet oder unbeachtet blieb.

Beschorner.

---

**Mandalexstirpation mittelst Scheere.** (Incision des amygdales au moyen de ciseaux.) Von Dr. A. Bliss. (Therap. Gazette und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. zeigt eigens dazu construirte Scheeren, gebogen, mit kurzen Schenkeln und sehr solide gebaut; er gebraucht den Aether dabei und nimmt die Mandeln stückweise heraus.

Dr. P. K.

---

**Ueber ulceröse Amygdalitis follicularis.** (De l'amygdalite ulcéreuse folliculaire.) Von Dr. Delie. (Société belge d'otologie et de laryngologie 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 20.)

Verf. nimmt, mit Moure übereinstimmend, eine so titulirte eigenartige Mandelentzündung an, welche nicht mit Amygdalitis follicularis lacunaris, noch mit zurückbleibendem Geschwür nach Mandelabscess, noch mit syphilitischem Gumma, noch mit Carcinom, noch mit Schanker, noch mit Tuberculose verwechselt werden kann, und welches wahrscheinlich parasitärer Natur ist.

Dr. P. K.

---

**Mandelstein links.** (Calcul de l'amygdale gauche.) Von Dr. Botey. (Archiv. latinos de rinolog. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Seltene Fälle; man soll sie sobald als möglich operiren wegen der Nähe der Carotis interna und der Jugularis interna.

Dr. P. K.

**Ueber acute Mandelentzündungen und ihre verschiedenen Arten.** (Les amygdalites aiguës et leurs formes.) Von Dr. Massei. (Riforma medica und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. theilt sie in inflammatorische (rothe) und exsudative (weisse) und ihre Unterabtheilungen. Er betont die Mangelhaftigkeit der klinischen Diagnose, welche practischen therapeutischen Schaden bringt.

Dr. P. K.

**Ueber eine Art Pharyngitis, welche die Diagnose des Diabetes und des Morbus Brightii gestattet.** (Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète ou l'albuminurie.) Von Dr. J. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 2.)

Joal und später Lõri haben zuerst auf diese Art von Pharyngitis aufmerksam gemacht. Die hyperämische Form ist pathognomonisch und am wichtigsten; sie geht in die sogenannte Pharyngitis sicca über, welche nicht mehr so pathognomonisch ist. Die erstere Form zeichnet sich durch excessive Schwellung der Pharynxschleimhaut aus, letztere ist sehr empfindlich und der Spiegel wird kaum ertragen; sie ist gar kein sicheres Zeichen der Albuminurie oder der Zuckerkrankheit, sondern lässt blos an selbe denken und fordert zur Urinuntersuchung auf.

Dr. P. K.

**Corpus thyroideum und Morbus Basedowii.** (Corps thyroïde et maladies de Basedow.) Von Dr. Brissaud. (Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, Bordeaux 1895 und Semaine médicale 1895, No. 39.)

Zuerst von Trousseau auf ein Herzleiden, dann von Piorry auf Druck der Schilddrüse auf die Halsnerven zurückgeführt, wurde das Entstehen der Basedow'schen Symptome auf eine centrale bulbäre Ursache reducirt; in den letzten Jahren aber nimmt man meistens an, dass die Schilddrüse ein eigenes Gift secernirt, welches Gift auf das Centralnervensystem wirkt und so die bekannte Triade der Basedow'schen Krankheit hervorbringt. Von diesen beiden jetzt gangbaren Theorien nimmt man am besten das Mittelding an, indem man aus der Basedow'schen Krankheit keine eigentliche Krankheit, sondern nur mehr ein Syndrom macht, ebenso wie das längst für die Epilepsie gesehen ist. Jedes Syndrom ist characterisirt durch das Vorhandensein mehrerer Symptome, von welchen eines am constantesten und am ausgeprägtesten ist: bei der Epilepsie ist es der Verlust des Bewusstseins, bei Asthma ist es die Dyspnoe, bei der Parkinson'schen Krankheit ist es die Muskelstarre. Bei der Basedow'schen Krankheit ist es die Tachycardie, welche nie fehlt und um welche sich alle andern zahlreichen Symptome, von welchen allerdings der Exophthalmus und der Kropf die häufigsten sind, gruppiren. Die Basedow'sche Krankheit ist also eine einfache Neurose; es giebt überhaupt keine Art Neurose, welche sich nicht mit Basedow'schen Symptomen verbinden kann. Die Heredität spielt eine Hauptrolle bei ihrer Entstehung; und nicht nur die similäre Heredität, sondern am meisten die gewöhnliche nervöse Heredität; dieses Factum allein beweist schon, dass man es mit

einer Neurose zu thun hat. Was die Behandlung betrifft, so wurde wegen Erstickungsgefahr die Thyroidectomie gemacht: die Statistik dieser Fälle ist sehr ungünstig. Die Fütterung mit Schilddrüsen-substanz und mit Tabletten ist nicht nur unlogisch, sondern auch schädlich.  
Dr. P. K.

**Acute Thyroiditis mit Ausgang in Resolution.** (Thyroidite aiguë avec résolution) Von Dr. Galliard. (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 21. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 33.)

Bei Influenza trat bei einer 40jährigen Frau acute Entzündung der rechten Schilddrüse mit allen unangenehmen Symptomen auf. Anti-pyrin, Abführmittel, Belladonna zertheilten die Geschwulst.  
Dr. P. K.

**Ueber den Recurrens.** (Le nerf recurrent laryngé.) Von Dr. Stoc quart. (La voix parlée et chantée 1893 und Annales des maladies de l'oreille etc. 1894, No. 10.)

Der rechte Recurrens ist mehr von der Medianlinie entfernt, als der linke: beide haben also verschiedene intrathoracische Verhältnisse zu den Brustorganen. Der rechte umgreift die Subclavia in einem Punkte, welcher von dem seitlichen Trachealrand etwas entfernt ist, während der linke sich über die horizontale Partie des Aortenbogens schwingt, welcher Bogen der Wirbelsäule anliegt, vor welcher sich erst die Trachea befindet. Aus diesen Verhältnissen ergibt sich: 1) der linke Recurrens ist mehr in die tiefen, an der Trachealseite gelegenen Lymphdrüsen, hinter der Articulatio sternoclavicularis eingebettet; 2) der rechte Recurrens ist enger mit der Pleura verbunden; er liegt deren oberer Spitze an, welche sich bis in die Supraclaviculargrube erhebt. Dieser Kegel bildet mit der Trachea einen mit Fettgewebe angefüllten Raum, in welchem der rechte Recurrens liegt.

Dr. P. K.

**Die Schleimhautleisten der Stimm lippen des Menschen.** Von Dr. C. Benda in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 12, pag. 205, 1895.)

Bestätigung der von B. Fränkel 1888 constatirten Thatsache, dass das menschliche wahre Stimmband, die Stimmlippe der neuen anatomischen Nomenclatur, longitudinale Leisten der Schleimhaut enthält und genaue Untersuchungen über Anordnung und Verlauf derselben mittelst des von Blaschko angegebenen, durch L. Philippson verbesserten Verfahrens die Configuration der Epidermisunterfläche auf Macerationspräparaten zu studiren, wobei sich herausstellte, dass die Leistenformation eine besondere Modification papillärer Schleimhauterhebungen und eine constante Eigenschaft der ausgebildeten menschlichen Stimmlippe darstellt. An denjenigen neugeborener Kinder wurden sie vermisst. Der Einwand, dass die Leisten pathologische Gebilde seien, wird durch ihre regelmässige Anordnung bei normalem Kehlkopfe, besonders aber durch ihre, für beide Stimmlippen symmetrische Vertheilung widerlegt.  
Beschorner.

**Ueber den Ursprung und die Structur der sogenannten Schleimpolypen der Stimmbänder.** (Sur l'origine et la structure des polypes dits muqueux des cordes vocales.) Von Prof. Dr. Chiari. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 2.)

Die sogenannten Schleimpolypen sind nicht immer durchsichtig, trotz der ödematösen Infiltration, namentlich wenn das Blut selbe infiltrirt; dabei sind sie aber weich und schlotternd. Es sind immer nur Fibrome des Stimmbandes, d. h. eine circumscribte Hypertrophie der Stimmbandmucosa.

Dr. P. K.

**Ein Fall von nichtdiphtheritischer Angina mit Serum behandelt und tödtlichem Ausgang.** (Un cas d'angine non diphtéritique traitée par le sérum et suivie de mort.) Von Dr. Moizard. (Société médicale des hôpitaux, 5 Juillet 1895 und Semaine médicale No. 35.)

Ein sechsjähriges Mädchen, mit pseudomembranöser Angina behaftet, bekam eine Einspritzung von 10 Ccm. Serum aus dem Institut Pasteur; die inzwischen gemachte Cultur liess keine Diphtherie nachweisen; die Angina heilte in Folge der Einspritzung wunderbar schnell und das Allgemeinbefinden war ausgezeichnet. Aber am sechsten Tage trat hohes Fieber ein mit einem von der Injectionsstelle ausgehenden und sich über den ganzen Körper verbreitenden Urticarausschlag. Der Hals war vollständig geheilt, der Harn war ohne Albumen; der Tod trat unter den Erscheinungen von Krämpfen und Ergriffensein des Centralnervensystems ein. Verf. glaubt den Tod nicht der grossen Dosis, noch der Qualität des Serums, sondern einfach durch ungünstigen Einfluss der Toxine des Serums auf das Centralnervensystem zu erklären. Verf. und Dr. Legendre sind gegen die Präventivimpfungen, da das Roux'sche Serum keine Vaccine ist und nur gegen die festgestellte Diphtheritis gebraucht werden soll; das Serum wirkt nur auf die Pseudomembranen, nicht aber auf die Albuminurie und die gefährlichen Lähmungen.

Dr. P. K.

**Angina membranacea mit Roux'schem Serum behandelt. Tod durch Anurie mit urämischen Convulsionen.** (Un cas d'angine membraneuse traité par le sérum de Roux; mort avec anurie et convulsions urémiques. Von Dr. L. Guinon und Dr. Rouffilange. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Mars 1895 und Semaine médicale No. 35.)

Die bacteriologische Untersuchung war nicht gemacht worden. Am dritten Tage wurde die erste Injection gemacht, nach welcher, trotzdem die Angina sich besserte, Eiweiss im Urin und grosse Abgeschlagenheit des Körpers eintraten. Nach den drei folgenden Injectionen nahm die Nephritis mit allen ihren Symptomen immer zu und das Kind starb an Anurie mit urämischen Convulsionen. Verf. nehmen eine diphtherische oder streptococcische Nierenaffectation von vornherein an, welche auch ohne Injectionen bestanden hätte, aber sie rathen, die schon kranken Nieren nicht durch Seruminjectionen mit Arbeit zu überbürden, welche Arbeit darin besteht, die Toxine des antidiphtheritischen Serums auszuscheiden.

Dr. P. K.



**Combinirte gutartige Angina mit Serum behandelt; toxische Erscheinungen.** (Angine diphthérique associée bénigne traitée par le sérum; accidents toxiques.) Von Dr. Thibierge. (Revue mensuelle de l'enfance, Mai 1895 und Semaine médicale No. 35.)

Ein vierjähriges Mädchen bekam nach vier Einspritzungen Anurie und Collapsus, welcher glücklicher Weise mittelst Coffein, Kochsalzeinspritzungen unter die Haut, Sondenernährung, Bädern, Darmausspülungen, Sauerstoffeinathmungen bekämpft wurde. Die nach jeder Einspritzung eintretende Urticaria mit den übrigen Intoxicationserscheinungen bewiesen, dass die Symptome nicht von Diphtheritis herkommen konnten; die Periode der diphtheritischen Nierenerscheinungen war übrigens vorüber, es traten auch gar keine Lähmungserscheinungen auf.

Dr. P. K.

**Ueble Zufälle, welche der Serotherapie zur Last gelegt werden.** (Des accidents imputables à la sérothérapie.) Von Dr. Sevestre. (Société médicale des hôpitaux, 19. Juillet 1895 und Semaine médicale 1895, No. 37.)

Die Erytheme und Arthralgien kamen auch bei Diphtheritis vor, ehe die Serotherapie angewandt wurde. Sie kommen oft bei Streptococcen vor, selbst bei Abscessen mit Streptococcen ohne Angina.

Dr. P. K.

**Diagnose und Prophylaxis der Diphtherie.** (Diagnostic et prophylaxie de la diphtérie.) Von Dr. Cadet de Gassicourt. (Académie de médecine de Paris, séance du 25. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 33.)

Herpetische Angina ist klinisch nicht von diphtheritischer Angina zu unterscheiden: Verf. giebt Beispiele, wo selbst bei bestehendem Herpes der Lippen, der Nase und des übrigen Gesichtes Diphtheritis der Mandeln bestand: die bacteriologische Untersuchung ist also nicht zu entbehren. Seit der Anwendung des Behring'schen Serums ist die Ansteckungsgefahr noch grösser als früher, weil die Kinder viel früher geheilt werden und demnach noch immer bei der Genesung ansteckungsfähige Bacillen bei sich führen. Die Gelegenheit der Ansteckung ist also in stetigem Wachsen begriffen, was ja leider die Statistiken beweisen. Dem abzuhelpen, besteht nur die Isolirung der Kranken; wie erkennt man letztere? Durch die bacteriologische Untersuchung allein. Hier beginnen aber die Schwierigkeiten: Nicht alle Aerzte verstehen die Technik der Untersuchung und nicht alle können sich die dazu nöthigen Einrichtungen verschaffen: man muss also besondere Laboratorien zu diesem Zwecke errichten, sowie selbe in anderen Ländern bestehen. Die Academie wird also folgenden Wunsch aussprechen: Die französische Academie, überzeugt, dass das einzige Mittel, die Diagnose zu stellen und die Verbreitung der Diphtheritis zu verhindern, in der bacteriologischen Untersuchung besteht, bittet den Staat, bacteriologische Institute mit einem dazu geeigneten Arzte an der Spitze sobald als möglich zu gründen und alle practischen Aerzte davon zu benachrichtigen.

Dr. P. K.

**Prophylaxis der Diphtherie durch Antitoxine.** (Prophylaxie de la diphthérie par l'antitoxine.) (Archiv. of pediatrics und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Im Kinderspitale von New-York wurden alle Kinder untersucht und man fand bei 100 Kindern, welche sich wohl befanden, den Löffler-schen Bacillus. Seit einiger Zeit kamen alle neuen Diphtheritisfälle in New-York bei diesen Kindern vor. Es wurden nun 60 Kinder isolirt, von denen 30 Nasendouchen und 30 Injectionen von Serum erhielten; von ersteren erkrankte keines, von letzteren erkrankte eins nach fünf Wochen an lobärer Pneumonie mit Diphtheritis. Dr. P. K.

**Eingangspforte der Toxine; Vertheidigung des Organismus; Diarrhoe centralen Ursprungs.** (Porte d'entrée des toxines; défense de l'organisme; diarrhée d'origine centrale.) Von Dr. Charrin. (Société de biologie de Paris, séance du 13 Juillet 1895 und Semaine médicale 1895, No. 36.)

Verf. hat durch seine Experimente aus den Jahren 1885, 1887 und 1888 bewiesen, dass das active lebende Bacteriengift sowohl als seine Producte, die Toxine, ungestraft in den alcalisch oder nicht alcalisch gemachten Darm in der Quantität von 60 Cctm. und noch mehr eingebracht werden können, ohne dass Vergiftungserscheinungen oder Contagion eintreten, während dieselben in viel geringerer Quantität, in den Kreislauf direct gebracht, Enteritis, Congestionen, Geschwüre besonders um die Peyer'schen Drüsen und Blutungen hervorbringen. In letzter Zeit haben Roux, Yersin, Sanarelli, van der Velde, Courmont, Denys und Doyon dieselben Experimente mittelst intravenöser Einspritzung der Toxine von Diphtheritis, Typhus und Cholera gemacht. Bouchard hat sogar Cholera hervorgebracht, indem er Urin von Cholerakranken in die Ohrvene einspritzte. Aus diesen und aus anderen vom Verfasser gemachten Experimenten geht hervor, dass die Eingangspforte von der grössten Wichtigkeit bei dem Schaden ist, welchen die microbischen Producte ausüben; der Unterschied ist so gross, dass 10 Cctm. einer toxischen Flüssigkeit, in den Kreislauf gebracht, absolut tödtlich wirken, während 60 Ctm. derselben toxischen Flüssigkeit, in den Darm gebracht, unschädlich sind. Unser Organismus besitzt also Schutzmittel gegen solche Gifte; man muss dabei an die antitoxische Function der Leber und der Verdauungssäfte, an die Trägheit der Resorption, an die chemischen Veränderungen beim Uebergang in's Blut, an sonstige noch unbekannte Metamorphosen denken. Physiologisch betrachtet, ist der Darm besonders ein Resorptionsorgan, pathologisch betrachtet, ist er besonders ein Ausscheidungsorgan. Der Organismus kann sich also vertheidigen durch ein gewisses Verdauen und ein gewisses Ausscheiden der Gifte. Es ist eine längst bekannte Thatsache, dass organische Gifte (Uringifte) sowohl als inorganische (Quecksilber, Carbonsäure, Naphthol) denselben Ausscheidungsprocess, nämlich die Diarrhöen bewerkstelligen, welch' letztere man dann bekanntlich die centralen Diarrhöen nennt; letztere sind viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Dr. P. K.

**Ueber das Vorkommen der Diphtheritisbacillen im Auswurf und im Schleim des Halses; ihre Verwerthung für die Behandlung.** (Sur la présence des bacilles diphtériques dans le jetage et les mucosités de la gorge; application au traitement.) Von Dr. Barbier. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Verf. behandelt zwei Hauptpunkte: 1) das Vorkommen der Bacillen ausserhalb der Membranen im Auswurf und im Munde; 2) die Schlüsse, welche man daraus ziehen kann in Betreff der Behandlung. Man findet den Löffler'schen Bacillus, auch wenn keine Membranen vorhanden sind, im Auswurf, in der Nase, in den Bronchen, ja in der Reconvalescenz und der sogenannten Heilung; daher die grosse Gefahr der Ansteckung bei Reconvalescenten. Es genügt also nicht, die Pseudomembranen anzugreifen, sondern man muss Nase und Hals ordentlich waschen, einerlei, mit welchem Antisepticum; am besten hat sich dem Verfasser die Berlioz'sche Flüssigkeit und das sulfo-citronensaure Natron erwiesen. Besonders muss strenge Antisepsis bei ausgeführter Tracheotomie beobachtet werden: täglicher Cantülenwechsel, selbe mit Carbol- oder Jodoformgaze umwickeln und von der Halshaut trennen etc. etc.

Dr. P. K.

**Ein seltener Fall von Trachealdiphtheritis.** (Un cas peu connu de diphtérie trachéale.) Von Dr. I. W. Goodall. (Clinical Society of London und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ein 4jähriger Knabe war wegen Rachendiphtheritis im Spital. Am 9. Tage warf er einen Abguss der Trachea aus und expectorirte während einer Woche Pseudomembranen aus Trachea und Bronchien; er bekam noch Oculomotorius-, Gaumen- und Extremitätenlähmung und heilte endlich; auffallend dabei war das Fehlen der Dyspnoe, eben weil keine Laryngitis bestand; Verf. hat noch drei ähnliche Fälle beobachtet.

Dr. P. K.

**Verhalten der Tuberculose zu Diphtheritis.** (Des rapports de la tuberculose et de la diphtérie.) Von Prof. Dr. Revillod. (La tuberculose, Janvier 1895, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Diphtheritis kommt oft, mit mehrjährigen Pausen, bei den Mitgliedern ein und derselben Familie an verschiedenen Orten vor, so dass man nicht von Contagion reden kann. Tuberculose und Diphtheritis kommen sehr häufig bei ein und derselben Familie vor. Viele Autoren nehmen Tuberculose und Scrophulose als zur Diphtheritis prädisponirend an.

Dr. P. K.

**Ein Fall Ludwig'scher Angina.** (Un cas d'angine de Ludwig.) Von Dr. H. Ripault. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Der Fall betrifft einen 54jährigen Mann, welcher geheilt wurde. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) der Fall nahm einen ungewöhnlich raschen Verlauf, welcher die sofortige Tracheotomie erforderte; 2) die Zunge war sehr geschwollen, was gewöhnlich nicht

vorkommt; 3) der Trismus, welcher gewöhnlich nach der Incision nachlässt, dauerte noch 7 Wochen lang nachher; 4) es bildete sich eine zweite spontane Oeffnung im Munde; der Eiterherd musste also durch irgend eine Scheidewand in zwei Theile getrennt gewesen sein; 5) man kann bei solcher Angina in den Fall kommen, bei im Munde bestehender Hervorwölbung eine Incision dort zu machen. Dr. P. K.

**Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche nicht als diphtheritisch erkannt war.** (Paralysie consécutive à une angine pseudomembraneuse, reconnue non diphthéritique à l'examen bactériologique.) Von Dr. Bourges. (Archives de médecine expérimentale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ein Kind bekam nach einer Angina pseudomembranacea Oculomotorius-, Gaumensegel- und Extremitätenlähmung. Die bacteriologische Untersuchung ergab einen wenig virulenten Streptococcus; es war also eine Angina mit Streptococccen. Dr. P. K.

**Kehlkopf-Intubation bei Croup.** (Intubation du larynx dans le croup.) Von Dr. Collin in Paris. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr. Decbr. 1895.)

Modification der von O'Dwyer zum Einführen und Herausnehmen der Tuben angegebenen Instrumente. Die von C. beschriebenen gleichen beide einer Kehlkopfpincette, sind sehr solid, leicht von der Tube zu trennen, rasch und vollkommen zu reinigen und zu sterilisiren und haben sich im Pavillon Trousseau des Hôpital des Enfants-Malades seit Monaten bei täglichem und ausgiebigem Gebrauche vollkommen bewährt. Beschorner.

**Kropfoperationen.** (Opérations du goitre.) Von Dr. Roux von Lausanne. (Congrès français de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. verwirft die parenchymatösen Einspritzungen und nimmt blos die blutige Operation mittelst Messer an. Auf 292 Operationen hatte er blos eine Mortalität von 1,36 pCt. Die Indicationen zur Operation bestehen in Dyspnoe, Aphonie, Dysphagie und Herzleiden. 104 Mal hat er nach der Kocher'schen Methode und 73 Mal die Enucleation nach Socin vorgenommen. In den meisten Fällen genügte die locale Anästhesie. Nie entstand operatives Myxödem. Dr. P. K.

**Fall von Exothyropexie wegen Erstickungsgefahr bei Kropf.** (Un cas d'exothyropexie pour un goitre suffocant.) Von Dr. H. Hartmann. (Mercredi médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ein sich hinter das Manubrium sterni senkender und Erstickungserscheinungen hervorrufender Kropf wurde nach ausgeführtem medianen Hautschnitt nach oben und aussen luxirt und mit Jodoformgaze zugedeckt. Das stenotische Athmen hörte auf; in diesem Falle konnte die Tracheotomie nicht ausgeführt werden. Dr. P. K.

**Die laryngotrachealen Irrigationen bei Croup.** (Les irrigations laryngotrachéales dans le traitement du croup.) Von Dr. Guelpa. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Bei operirten croupkranken Kindern wurden im Hôpital Trousseau die Irrigationen nach Entfernung der Canüle durch ein, geringeren Durchmesser als die Canüle besitzendes, in die Trachea eingeführtes Kautschukrohr mittelst lauwarmer Boraxsäurelösung gemacht: der Kopf muss natürlich tiefer als die Trachea hängen. Die Heilungen ergaben 35 pCt., während in den Enfants malades nur 24 pCt. Heilungen waren.  
Dr. P. K.

**Behandlung der fétiden Bronchitis mittelst Creosotdämpfen.** (Un traitement de la bronchite fétide par l'aspiration des vapeurs créosotées.) Von Dr. Chaplin. (Semaine médicale 1895, No. 33.)

Der Patient befindet sich während einer bis anderthalb Stunden in einem kleinen, hermetisch geschlossenen Zimmer, in welchem man die Luft mit Creosotdämpfen geschwängert hat. Letztere werden einfach erzeugt, indem man eine Creosot enthaltende Schale auf eine Spirituslampe setzt. Patient thut gut, sich die Augen zu verbinden und einen eigens dazu bestimmten Anzug anzuziehen. Der Erfolg ist überraschend.  
Dr. P. K.

**Tuberculose der Aorta.** (Tuberculose de l'aorte.) Von Dr. Hanot. (Société de biologie de Paris, séance du 22. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 33.)

Bei einem mit Granulie behafteten Patienten fand man bei der Section am oberen Theile der Aorta thoracica einen hirsekorngrossen Tuberkel; es ist zum ersten Male, dass Tuberkel in grossen Gefässen erwähnt werden.  
Dr. P. K.

**Ueber zwei subglottische bilobäre Glottispolypen.** (Sur deux cas de polypes bilobés sous-glottiques.) Von Dr. Wagnier. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 20.)

Zwei gewöhnliche Symptome hervorrufende Polypen, welche mit der Störck'schen Guillotine mit Erfolg operirt wurden.  
Dr. P. K.

**Fremdkörper im Larynx.** (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Gaillard. (Médecine moderne und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1894.)

Dr. Gaillard stellte in der medicin. Gesellschaft von Grenoble ein 55 Mmtr. langes und 30 Mmtr. breites Stück Fleisch vor, welches ein Soldat hastig mit seiner Suppe getrunken hatte und dabei in die Larynxöffnung gekommen war. Der Kranke konnte weder athmen noch sprechen und war in zwei Minuten todt; die Section ergab den Fremdkörper zwischen beiden Stimmbändern eingeklemmt.  
Dr. P. K.

**Scheinbarer Keuchhusten, hervorgerufen durch einen Fremdkörper im Kehlkopfe bei einem 5jährigen Mädchen. — Ausstossung des Fremdkörpers. — Heilung.** (Pseudo-coqueluche produite par un corps étranger du larynx chez une enfant de cinq ans — Expulsion du corps étranger. Guérison. Von Dr. E. de Pradel. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr. Decbr. 1895.)

Ein 5jähriges Mädchen hatte seiner Angabe nach einen Kieselstein „verschluckt“ und litt seitdem an keuchhustenähnlichen Anfällen. Da der Fremdkörper mit den gewöhnlichen Untersuchungsmitteln nicht entdeckt wurde, glaubte man den Aussagen des Kindes nicht, nahm vielmehr die Existenz einer wirklichen Tussis convulsiva an. 4½ Monate darauf, nach kontinuierlichem Fortbestand des Stiekhustens, gab das Kind in Folge einer plötzlichen heftigen Bewegung den Stein, welcher 13½ Mmtr. lang, 8½ Mmtr. breit und 4½ Mmtr. dick war, von sich und verlor von dem Momente an seinen Husten. P. nimmt an, der Fremdkörper habe im Ventricul. Morgagni gesessen und schliesst mit der Warnung, man solle sich mit der Hoffnung, der Fremdkörper sei verschluckt worden, nicht trösten, wenn er nicht wirklich dort gefunden wird, wo man ihn dann gerechtfertigter Weise finden muss, sondern man solle sich die Mühe zu laryngoscopiren nicht verdiessen lassen, da man hierdurch, wie im vorliegenden Falle, einem Kinde 4 Monate lang währende Keuchhustenanfälle und Medicin ersparen könne.

Beschorner.

**Schnelle Wirkung der subcutanen Einspritzung von Calomel bei tertiärer Laryngitis.** (Efficacité rapide de l'injection sous-cutanée de calomel dans la laryngite tertiaire.) Von Dr. Mendel. (Société de dermatologie et de syphilographie de Paris, séance du 13. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 31.)

Zwei Fälle von tertiärer Laryngitis mit Erscheinungen von Stenose wurden schnell auf oben genannte Weise geheilt. Dr. P. K.

**Larynxepithelioma bei einem 23jährigen Mann. Tracheotomie. Totale Larynxextirpation. Recidive gleich nach der Operation.** (Epithelioma du larynx chez un jeune homme de 23 ans. Trachéotomie. Exstirpation du larynx. Récidive immédiate dans la place.) Von Dr. Luc. (Archives internat. de Laryngologie und Annale des maladies de Poreille et du larynx 1896, No. 10.)

Der Tumor wurde Anfangs für Tuberculose gehalten. Der Titel sagt das Uebrige. Dr. P. K.

**Beitrag zum primären Trachealcarcinom.** (Contribution à l'étude du cancer primitif de la trachée.) Von Dr. Pogrebinsky. (Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 12.)

Seltene Fälle, viel seltener als Larynxcarcinome, häufiger dennoch als Bronchialcarcinome. Sie wurden früher sogar von den ersten Laryngologen geleugnet. Verf. giebt die kurze Krankengeschichte von 13 Fällen, welche er in der Literatur sammeln konnte und von welchen ihm drei zweifelhaft erscheinen, und beschreibt alsdann seinen eigenen unzweifelhaften Fall nebst Abbildung.

Dr. P. K.

**Vorstellung eines mit colossalem, an der rechten Larynx- und Halsseite sitzenden Syphilom behandelten und geheilten Kranken.** (Présentation d'une malade guérie d'un syphilome énorme de la partie latérale droite de la gorge et du cou.) Von Dr. Rutten. (Réunion des otolaryngologistes belges 1895 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895. No. 9.)

Auf dem letzten deutschen Chirurgencongress betonte Esmarch die häufige Verwechslung des Sarcoms am Halse mit Syphilis: man glaubt an Sarcom und operirt; die betreffenden Patienten unterliegen gewöhnlich. Esmarch hat 50 Fälle gesammelt, welche als Sarcom angesehen, dennoch Syphilome waren. Verf. zeigt eine durch anti-syphilitische Behandlung geheilte Frau, bei welcher von allen Aerzten Sarcom diagnosticirt war.

Dr. P. K.

**Deformirende Arthritis deformans des Larynx.** (Arthrite déformante du larynx.) Von Dr. Casselberry. (American laryngological associat. und Annale des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Ein 58-jähriger Mann zeigte die allmählig eintretenden, sich bei jedem Catarrh bis zur Erstickung führenden Symptome einer Lähmung der Cricoarytenoidei postici, mit dem Unterschiede, dass man die Unbeweglichkeit der Stimmbänder im Laryngoscop leicht auf eine chronisch-entzündliche Ankylose der Cricoarytenoidalgelenke zurückführen konnte. Da das Larynxleiden ein schmerzhaftes war, da es langsam entstand und da Patient an Polyarthritis deformans der oberen und unteren Extremitäten litt, wurde die Diagnose auf Arthritis deformans laryngea gestellt.

Dr. P. K.

**Pathogenie der typhösen Larynxleiden.** (Pathogénie des affections laryngées d'origine typhique.) Von Dr. Lucatello. (Gaz. degli spit. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Verf. erzählt einen tödtlich verlaufenden Typhusfall, bei welchem lobuläre Pneumonie und catarrhalische Laryngitis bestanden. Am zehnten Tage der Erkrankung konnte man in der Milz den Eberth'schen Bacillus nachweisen; am zwölften Tage konnte man denselben Bacillus im Auswurf nachweisen. Verf. betont die Wichtigkeit dieses doppelten Fundes. Nach der Section konnte man im Larynx dieselben Bacillen durch Microscop und Cultur nachweisen. Die Lungen- und die Larynxinfection waren also specifischer Natur.

Dr. P. K.

**Fall von dreistündlichem tödtlichen Anfall von Laryngismus stridulus bei einem neunjährigen Knaben.** (Laryngite striduleuse ou spasme de la glotte mortelle en trois heures.) Von Dr. R. F. Grenner. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Das Kind hatte häufig Anfälle von falschem Croup. Es ging um neun Uhr schlafen, nachdem es den ganzen Tag mit seinen Kameraden gespielt und um acht Uhr mit seinen Eltern gespeist hatte. Um elf Uhr begann der Anfall und endete tödtlich um ein Uhr.

Dr. P. K.

**Statistisches über Larynx-Verletzungen.** (Essai de statistique des blessures du larynx.) Von Dr. Alex. Scheier in Berlin. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 5, Septbr. Octbr. 1895.)

Weitere Mittheilungen betreffend Kehlkopffracturen (über 95 in der Literatur gesammelte einschlägige Fälle wurde vom Autor bereits in der Deutsch. Med. Wochenschr. 1893, No. 33, berichtet) aus denen hervorgeht, dass die immerhin seltene Verletzung in der Mehrzahl der Fälle von schwersten Symptomen gefolgt ist, welche, wenn nicht schleunigst tracheotomirt wird, zum Tode führt. Nur in vereinzelten Fällen fehlen schwere Erscheinungen und tritt spontane Heilung ein.  
Beschorner.

**Larynxherpes.** (De l'herpès du larynx.) Von Dr. Brindel. (Revue de laryngologie 1895, Mars, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Nicht so selten wie man meint, aber unbeachtet; selten allein, oft mit anderen Herpeseruptionen verbunden. Befällt bloß die hintere Epiglottisfläche und den Aryknorpel, selten die Stimmbänder. Nur durch das Laryngoscop zu erkennen; das Bild der Herpesbläschen des Mundes und Dysphagie, Stimmstörung, Brennen im Halse, sehr leichte Dyspnoe sind die einzigen Symptome. Entsteht plötzlich, rascher Verlauf, Heilung in 2—3 Wochen. Recidive häufig. Man soll sich von Causticis enthalten.  
Dr. P. K.

**Ein Fall von starker traumatischer Laryngitis.** (Un cas de laryngite aigue intense, d'origine traumatique.) Von Dr. C. Compaired. (Revista de lar., otol y rinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Während des Deliriums bei Pneumonie verschluckte Patient einen Löffel, der oben stecken blieb, auch leicht herauszunehmen war, aber einen starken Druck auf den Larynx von hinten ausübte. Das Laryngoscop zeigte eine rothe, angeschwollene, links gerissene Epiglottis, angeschwollene obere und untere Stimmbänder, welche in ihrer vorderen Hälfte in eine Masse verschmolzen waren, Glottisverengerung. Absolute Ruhe, Inhalationen von Antipyrin ( $\frac{1}{300}$ ) und Cocain ( $\frac{1}{500}$ ), später Bepinselungen mit Höllensteinlösung; Antipyrin und Cocain sollen besser als das von Schrötter angerathene Morphin wirken.  
Dr. P. K.

**Behandlung der Larynxtuberculose.** (Traitement de la tuberculose laryngée.) Von Dr. Gleitsmann. (Med. Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. betont die Möglichkeit der spontanen Heilung und besonders der spontanen Besserung, welche Eventualitäten bei jeder Behandlungsweise in Betracht zu ziehen sind. Die Milchsäure vom Beginn an angewandt und nicht nachdem andere Mittel fruchtlos geblieben sind, bleibt immer das beste Mittel, und zwar unter der Form von submucösen Injectionen. Man spritzt alle 10 Tage 5 Tropfen einer 50proc. Lösung ein; sie ist besser als die Curettage und Excision.

Dr. P. K.



**Betrachtungen über Larynxstenosen; neue Dilatationsmethode.** (Considération sur les sténoses du larynx; nouvelle méthode de dilatation.) Von Dr. C. Corradi. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ausser den gewöhnlichen Larynxstenosen erwähnt Verf. eine Larynxobstruction nach Croup, welche durch eine Canüle entsteht, deren Fenster zu sehr nach hinten angebracht ist; dieses Fenster entspricht dem Larynxlumen gar nicht oder nur theilweise; so bildet sich allmählich eine wirkliche Larynxstenose aus. Zur Dilatation benutzt Verf. die Laminariastäbchen, welche eine Zeit lang liegen bleiben; der Vorzug dieser besteht darin, dass sie leichter zu führen sind und die Mucosa nicht so sehr wie die metallenen und elfenbeinernen reizen und selbst verwunden, besonders aber, dass sie sich in allen Richtungen gleichmässig und allmählig ausdehnen; sie reizen also die Schleimhaut nicht und bedingen keine nachherige Schwellung des Bindegewebes. Die Laminariastäbchen werden leicht, ohne zu verletzen, eingeführt, weil sie relativ dünn sind und nachher erst schwellen. Selbe haben viele Vorzüge vor den durch die Trachealöffnung eingeführten bivalven Dilatatorien und letztere müssen blindlings eingeführt werden, was in pathologischen Zuständen sehr störend ist; liegen selbe fest, so tritt oft Fehlschlucken ein, weil die Stimmbänder sich nicht schliessen können; die beiden Arme des Dilatators sind oft zu kurz, um die Stenose in ihrer ganzen Ausdehnung zu erweitern und nutzen dann nichts; sind diese Arme länger, so kann das Instrument wegen der von unten nach oben und von vorne nach hinten zu beschreibenden Curve nicht eingeführt werden; der Dilatator macht oft Verletzungen, deren Heilungsprocess durch Narbenbildung die Stenose vermehrt, statt vermindert; die beiden Arme drücken auf bestimmte Stellen, welche oft den stenotischen Stellen garnicht entsprechen. Die vom Verf. gebrauchten Laminariastäbchen, in zehn Grössen verfertigt, 2—3 Ctm. lang, werden von unten nach oben eingeführt; man kann sie ohne Laryngoscop blindlings einführen. Verf. giebt nun seine für ihn ganz einfache (für den Referenten complicirte und langwierige) Methode der Einführung der Laminariastäbchen, welche am besten im Original nebst den beiliegenden Figuren nachgesehen wird; die Hauptsache dabei ist, dass selbe bei entfernter Canüle durch die Trachealöffnung zugleich mit einer eigens dazu construirten Canüle, also nicht durch den Larynx eingeführt werden. Die so eingeführten Cylinder schwellen in sehr kurzer Zeit zu ihrem drei- bis vierfachen Volumen an, ohne die Schleimhaut zu verletzen; sie bleiben mehrere Stunden liegen. In den Zwischenräumen zwischen zwei solchen Einführungen tragen die Patienten während zwei bis drei Tagen, nämlich von einer Laminariaeinführung bis zur anderen, auf dieselbe Weise eingeführte Gummiröhren. Wenn es nöthig erscheint, kann man mittelst derselben Methode metallene Röhren einführen. Gelingt die Erweiterung nicht mittelst Laminaria, so hilft auch sicher keine andere Methode; dann hängt die Stenose von einer Insufficienz der Larynxknorpel selbst ab.

Dr. P. K.

**Larynxstenose mit nervöser Complication.** (Un cas compliqué de sténose laryngée d'origine nerveuse.) Von Dr. F. Kraus. (Revue de thérap. médicale et chirurgicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Lähmung des rechten Stimmbandes nach Diphtheritis; Contractur mit spasmodischen Bewegungen des linken Stimmbandes; Erstickungsanfälle. Heilung der Contractur durch Suggestion. Dr. P. K.

**Autoscopie des Larynx und der Trachea. (Laryngoscopia directa, Euthyscopic, Besichtigung ohne Spiegel.)** Von Dr. A. Kirstein in Berlin, (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 156, 1895.)

Als Autoscopie des Larynx und der Trachea bezeichnet K. die geradlinige Besichtigung der oberen Luftwege von der Mundöffnung aus, bei vorwärtsgedrücktem Zungengrunde und aufgerichtetem Kehldedeckel des Patienten. Dies zu erreichen, giebt Autor einen Apparat, Autoscop genannt, an, der unter folgenden Bedingungen angewendet werden kann: Patient muss Cocain vertragen; die mittleren Zähne seines Oberkiefers müssen gewissen Anforderungen genügen; er muss im Stande sein, den Kopf stark in den Nacken zu beugen und den Zungengrund nach vorn drücken zu lassen. — Neuester Zeit indessen ist es K. gelungen, das Verfahren derart zu verbessern, dass selbst ohne Cocain, ohne Druck auf die Zähne, ohne Rückwärtsbeugen des Kopfes und ohne Verdecken der Epiglottis, bloß durch einen in besonderer Weise auf die Zunge ausgeübten Druck mit einem geraden, breiten, rinnenförmigen Spatel das ganze Innere des Kehlkopfes und der Luftröhre bis zur Bifurcation bei vielen Menschen mit der allergrössten Leichtigkeit und Bequemlichkeit in einer bisher ungeahnten Schärfe und Schönheit direct inspiciert werden kann.

Beschorner.

**Thyrotomie wegen Larynxsarcom.** (Thyrotomie pour sarcome du larynx.) Von Dr. H. S. Birkett. (N.-Y. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Sarcom unterhalb der Stimmbänder, welches wegen seinem raschen Wachsen die Tracheotomie erforderte. Da die Frau schwanger war, machte man die Thyrotomie erst drei Wochen nach der Entbindung; das Sarcom wurde leicht entfernt und der Stiel mit Chromsäure geätzt. Heilung. Dr. P. K.

**Die anatomische Nomenclatur.** Besprochen von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1 2, pag. 215, 1895.)

Wiedergabe derjenigen Stellen aus der einheitlichen anatomischen Nomenclatur, „Nomina anatomica, Verzeichniss der von der Commission der anatomischen Gesellschaft festgestellten Namen, eingeleitet und im Einverständnis mit dem Redactionsausschuss erläutert von W. His“, welche für unsere Specialität besonders in Betracht kommen und den dazugehörigen Bemerkungen aus den „Erläuterungen zu dem Namenverzeichnis“. Es steht zu erhoffen, dass diese Nomenclatur allgemein angenommen wird, wie dies beispielsweise von der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin bereits geschehen ist. Beschorner.

## Notizen.

### — Otologentag. —

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft hat die folgende Einladung ergehen lassen:

Sehr geehrter Herr College!

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft beehrt sich, Sie zu ihrem

**am 28. und 29. Juni 1896 in Wien**

stattfindenden ersten

### — Otologentage —

freundlichst einzuladen.

Falls Herr College einen Vortrag oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, was der Gesellschaft sehr erwünscht wäre, werden Sie gebeten, Ihr Thema bis zum 15. Mai d. J. dem Unterzeichneten zuzusenden.

Die ausführliche Tagesordnung wird Anfangs Juni versendet werden.

Wien, 15. April 1896.

Mit collegialem Grusse

I. A.:

Adresse: I, Kärntnerstr. 39.

Docent Dr. Jos. Pollak

I. Schriftführer.

Wie uns mitgetheilt wird, haben sich die Herren Broadgeest (Utrecht), Burger und Posthumus Meyes (Amsterdam) und Schutter (Groningen), sämmtlich Docenten der Laryngologie an den Niederländischen Universitäten, an das Comité des Moskauer Congresses gewandt mit der Bitte, eine sowohl von der Chirurgie wie von der Otologie völlig unabhängige laryngologische Section bilden zu wollen. In gleicher Weise hat sich Prof. Gruber für Trennung der Otiatrie von der Laryngologie, welche Fächer man zu einer Section zu vereinigen Willens ist, in einem an den Secretär Dr. von Stein gerichteten Schreiben ausgesprochen. Der mächtige Aufschwung, den die genannten Specialitäten erfahren haben, bringt es mit sich, dass bei jedem Congresse eine grosse Anzahl von Vorträgen angemeldet ist. Im Interesse der Wissenschaft ist gelegen, dass sowohl für die Vorträge und Demonstrationen, als auch für die Discussion die nöthige Zeit geboten werde, was nur bei selbstständigen Sectionen möglich ist. Zu Vorträgen, welche ein mehr allgemeines Interesse bieten, können die betreffenden Sectionen, wie es bei der Naturforscher-Versammlung in Wien schon der Fall war, besonders geladen werden, wodurch der Nutzen, den die Vereinigung mit sich brächte, leicht zu erreichen ist.

Die III. Versammlung süddeutscher Laryngologen wird am zweiten Pfingstfeiertage (den 25. Mai) in **Heidelberg** stattfinden. Vorträge und Demonstrationen sind bis zum 25. April d. J. bei dem II. Schriftführer Herrn Dr. Eulenstein in Frankfurt a. M., Bleichstrasse 31, anzumelden. Die ausführliche Tagesordnung wird Anfang Mai versendet werden.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughfner** (Prag), Docent Dr. **Gempers** (Wien), Dr. **Weinza** (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. **Onedi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapfing** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Well** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

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

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

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

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.  
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, Mai 1896.

No. 5.

## I. Originalien.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

### Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Fortsetzung zu No. 4.)

Dem Detailberichte entnehmen wir Folgendes:

#### Missbildung der Ohrmuschel.

Von den beobachteten Missbildungen, beziehungsweise Missstellungen der Ohrmuschel bot nur ein Fall zu einem chirurgischen Eingriffe, welcher cosmetischen Rücksichten diente, Veranlassung. Es betraf eine angeborene Spaltbildung an der linken Ohrmuschel eines 22jährigen Mannes. Die Spalte durchsetzte die ganze Muschel vom Helix nach vorne und trennte so die Muschel in zwei Theile, deren unterer den Antitragus und das Läppchen, der obere den andern Theil der Muschel in sich begriff. Der über der genannten Spalte gelegene Theil der Muschel stand von der Seitenfläche des Schädels in einem

Winkel von  $75^{\circ}$  ab, während der unter der Spalte gelegene Theil mit der Seitenwand des Schädels einen Winkel von  $30^{\circ}$  bildete.

Die Operation wurde in folgender Weise ausgeführt: Auffrischung der Spaltränder durch Wegnahme schmaler Hautstreifen. Vereinigung der Hautränder durch Naht an der vorderen Fläche, dann auch der Hautränder an der hinteren Ohrmuschelfläche (wegen starker Retraction der Haut an der hinteren Fläche separat genäht). Excision eines längs-ovalen Hautlappens von  $3\frac{1}{2}$  Ctm. Länge und  $\frac{3}{4}$  Ctm. Breite aus der Haut am Ansatz der Ohrmuschel, die Spitze des Hautlappens in der Höhe der Spitze der Ohrmuschel, der Lappen selbst ungefähr in gleicher Ausdehnung der hinteren Ohrmuschelfläche und der Hautpartie des Warzenfortsatzes entnommen. Durch fünf Nähte wird die Ohrmuschel in die richtige Stellung gebracht. Heilung per primam. In der Stellung beider Ohrmuscheln ist nach der Heilung kein Unterschied wahrzunehmen.

#### Fremdkörper im äusseren Gehörgange.

Die Zahl der beobachteten Fremdkörper betrug 82. Die Entfernung derselben bei den Patienten (meist Kindern) war durch einfaches Ausspritzen leicht möglich, Instrumente wurden nur in den seltensten Fällen angewendet. In sieben Fällen war die instrumentelle Entfernung in Narcose erforderlich, darunter in fünf Fällen, bei welchen vorher ausserhalb des Spitals unzweckmässige Extractionsversuche ausgeführt wurden. Die beobachteten Fremdkörper waren: Watte, Knoblauch, Johannisbrotkörner, Erbsen, Fisoln, Bleistiftknöpfe, Steinchen, Zündhölzchenstücke, Kirschkerne, Fliegen, Fliegenmaden, Asseln, Wanzen, eine kleine Schnecke.

Bei einem Patienten wurde ein Kirschkern ausgespritzt, der angeblich seit 35 Jahren im Gehörgange steckte, wiederum ein Beweis dafür, dass manche Fremdkörper lange Zeit ganz reactionslos vertragen werden und dass es viel zweckmässiger ist, Fremdkörper, deren Entfernung grosse Schwierigkeiten bereitet und die keine Beschwerden verursachen, ruhig im Ohre liegen zu lassen, als eine Fremdkörperjagd zu veranstalten.

#### Otitis externa circumscripta et diffusa.

Ausser der üblichen Therapie wurden bei dieser Krankheitsform auch die Amygdalae aurium (nach Gruber) mit sehr gutem Erfolge angewendet. Es muss jedoch bei der Behandlung darauf geachtet werden, dass die eingeführten Amygdalae in einem angemessenen Grössenverhältnisse zum Lumen des Gehörganges stehen. Wenn eine kleine Amygdala in einen weiten Gehörgang eingeführt wird, zerfliesst sie nicht in demselben, so dass das Extractum opii aquosi nicht zur Geltung kommt und jede andere Wirkung auf die Gehörgangswände ausfällt.

#### Nässende Flechte der Ohrmuschel.

Fast alle hierher gehörigen Fälle waren durch Otorrhoe bedingt, Nebst entsprechender Behandlung der Otitis media suppurativa acuta bezw. chronica bestand die Therapie des Eczems der Ohrmuschel in

Entfernung der Borken, bei frischen Fällen in Umschlägen mit verdünnten Lösungen von Liquor Burowi, bei älteren Fällen in Application von Unguentum Diachyli (Hebra). Bei anämischen und scrophulösen Patienten wurde dem Allgemeinzustand durch Verabreichung geeigneter Medicamente und Regelung der Diät Rechnung getragen. Unter diesen einfachen Maassnahmen heilte das Eczem in befriedigender Weise.

#### Othaematoma auriculae.

Von den fünf beobachteten Fällen sollen nach anamnestischen Angaben drei spontan aufgetreten sein, ein Fall wurde auf Trauma, ein Fall auf Erfrierung der Ohrmuschel bezogen. In vier Fällen wurde die Incision mit Entleerung des Inhaltes und Auskratzung ausgeführt, in einem Falle wurde zunächst Druckverband und später Bepinselung mit Tct. jodi und Tct. opii spl. ää verwendet.

#### Ruptura traumatica membranae tympani.

Als Ursache der beobachteten traumatischen Rupturen wurde angegeben: Schläge auf das Ohr, versuchte Reinigung des Ohres mit einem Zahnstocher, mit einem Ohrlöffel, einem Strohalm, Schläge auf den Kopf, ein Mal Auffallen mit dem Kopfe auf einen Tischrand, ein Mal Sturz auf den Kopf von einer 4 Mtr. hohen Leiter, vier Mal hoher Luftdruck (bei Caissonarbeitern), ein Mal wurde eine traumatische Ruptur nach Luftpneumonie und ein Mal nach dem Ausspritzen von Cerumen beobachtet. In frischen Fällen wurde meist nach Desinfection der Gebilde eine expectative Behandlung geübt mit möglichst strenger Schonung des afficirten Trommelfells. Waren bereits entzündliche Erscheinungen vorhanden, wurde symptomatische Behandlung geübt. Die Fälle heilten mit wenigen Ausnahmen ohne Eiterung und ohne bleibenden Nachtheil für's Hören.

#### Sarcoma auris dextrae.

M. W., 9 Jahre alt, aus Vaslin (Rumänien), aufgenommen am 24. Februar 1895, ungeheilt entlassen 3. März 1895.

Vater und Mutter des Patienten gesund, von neun Kindern starb eines an Typhus, eines an Pocken. Patient ist angeblich niemals krank gewesen, im Sommer vorigen Jahres war er durch einige Wochen unwohl. Vor vier Wochen bemerkte die Mutter, dass das Gesicht des Patienten schief, das Auge sehr gross sei; dabei bestanden keine sonstigen Erscheinungen, auch das Gehör war gut. Er wurde in Jassy durch zwei Wochen electricirt, die Aerzte constatirten eine „Lähmung“. Geschwulst bestand noch nicht. Anfangs dieses Jahres merkte die Mutter einen üblen Geruch aus dem Ohre des Patienten und sah im Gehörgange vorne eine kleine Geschwulst; diese wurde in Jassy von einem Arzte entfernt, eine Ohruntersuchung wurde nicht vorgenommen. Den Rath, das Kind im Spitale zu lassen, befolgte die Mutter nicht. Es wurden Einträufungen vorgenommen; das Kind klagte über Zahnschmerzen, es wurden zwei Zähne aus dem rechten Unterkiefer ohne Effect extrahirt. Um diese Zeit trat eine Geschwulst hinter dem rechten Ohre auf, welche auf Anwendung von Cataplasmen sich spontan er-

öffnete: es entleerte sich Blut. Acht Tage nachher trat eine Geschwulst auch vor dem Ohre auf, die sich vor zwei Wochen spontan eröffnete. Ein in der vorigen Woche gerufener Arzt constatirte ein Gewächs und rieth der Mutter, das Kind nach Wien zu bringen.

Status praesens. Das Kind ist für sein Alter schwächlich entwickelt, hochgradig blass, abgemagert, afebril, die inneren Organe sind normal. Linkes Ohr normal, Augenhintergrund (Dr. R. Gruber) normal, Facialisparalyse rechts in allen Aesten, Lagophthalmus. Rechts vor und hinter der Ohrmuschel je ein über gauseigrosser, unregelmässig höckeriger, braunrother, die Haut in grosser Ausdehnung durchbrechender, an einzelnen Stellen zerfallender, hier und da mit Eiter oder mit etwas eingetrocknetem Blut bedeckter, mässig derber, von der Unterlage nicht verschieblicher, bei Berührung nicht schmerzhafter Tumor; zwischen beiden Tumoren steht die Ohrmuschel, so dass die rechte Gesichtshälfte gerade der Gegend des Ohres entsprechend hochgradig verbreitert erscheint. Die Ohrmuschel selbst ist normal. Aus dem Gehörgange ragt eine dunkelbraunrothe, mässig derbe sich anfühlende Geschwulst hervor. Am Nacken, drei Querfinger hinter der Ohrmuschel, eine fast walnuss-grosse, noch von normaler Haut bedeckte, nicht verschiebliche Lymphdrüse. Vor dem Tragus eine übererbsengrosser, exulcerirte, auch eitrig zerfallende Lymphdrüse. Die mikroskopische Untersuchung eines recidirenden Stückes ergiebt kleinzelliges Sarcom.

Der Tumor erstreckt sich in der Mundhöhle von rechts bis über die Medianlinie, nach oben in die Choanen, nach unten bis fast zur Epiglottis; die Schleimhaut darüber noch normal, Schluckbeschwerden gering.

Weber nach links, Rinne links positiv, rechts werden Stimmgabeln vor dem Ohre nicht gehört, vom Knochen nach links lateralisirt.

Wir hatten es also mit einem kleinzelligen Sarcom zu thun, welches von den tieferen Ohrgebilden, wahrscheinlich von der Schleimhaut des Mittelohres, seinen Ursprung nahm, Anfangs nicht einmal vermuthet, viel weniger erkannt, in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit so excessiv heranwuchs, dass an eine Operation mit Aussicht auf Erfolg nicht zu denken war. Dass das Sarcom vom Mittelohre ausging, darauf deutet einmal der Umstand, dass in ähnlichen, in der Literatur verzeichneten Fällen das Neugebilde meist vom Mittelohre ausging und ferner der Umstand, dass Erscheinungen von Facialisparalyse schon in einer Zeit bemerkt wurden, wo noch anderweitige auf ein Ohrenleiden hinweisende Erscheinungen gänzlich mangelten.

Bei dem Umstande, dass die Neubildung zur Zeit, als das Kind zu uns gebracht wurde, eine Ausdehnung erreicht hatte, bei welcher von einer Wegschaffung der ganzen krankhaften Substanz nicht mehr die Rede sein konnte, wurden die zweckmässig scheinenden medicamentösen und anderweitigen Maassregeln ertheilt und der Mutter gerathen, das Kind in der besseren Luft seiner Heimath zu pflegen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der K. K. Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten  
des Prof. Dr. J. Habermann in Graz.

## Zur Kenntniss der Nasenfracturen.

Von

Dr. Rich. Freytag, Ohrenarzt in Magdeburg.

Ausser den vortrefflichen Untersuchungen Zuckerkandl's im II. Band seiner Anatomie der Nasenhöhle, ist über die Fracturen der Nasenknochen verhältnissmässig wenig bekannt. Die meisten Lehrbücher der Rhinologie begnügen sich mit einer gelegentlichen Erwähnung der Nasenfracturen beim Besprechen der den Nasenarzt besonders interessirenden Folgezustände derartiger Verletzungen, der Deviationen und Abscesse der Scheidewand, während dort, wo das Capitel ausführlicher behandelt wird, wie in den Lehrbüchern der speciellen Chirurgie oder Mackenzie's bekanntem Lehrbuch der Krankheiten des Halses und der Nase, fast ausschliesslich die Fracturen der Nasenbeine Beachtung finden, von den Knochen der inneren Nase aber, Septum, Muscheln etc., nur beiläufig geredet wird. Der Grund für diese Einschränkung ist klar. Die Nasenbeine sind in Folge ihrer exponirten Lage weit häufiger traumatischen Insulten ausgesetzt, als die Knochen der inneren Nase, so dass Fracturen der ersteren nicht zu den Seltenheiten gehören. Dagegen sind die knöchernen und knorpeligen Bestandtheile der inneren Nase sowohl durch ihre Lage, als auch durch den elastischen Wall, den die Nasenknorpel von aussen einwirkenden Gewalten entgegensetzen, hinlänglich geschützt, um Fracturen derselben zu nicht gerade häufigen Befunden zu machen. Immerhin aber dürften sie doch nicht so überaus selten sein, wie man nach dem Schweigen der Lehrbücher annehmen sollte, da sie zum Theil wohl der Beachtung entgegen, so namentlich bei schwereren Traumen, welche die Schädelbasis in Mitleidenschaft ziehen und die Verletzung der Nase im Krankheitsbilde zurücktreten lassen, oder wenn derartige Verletzungen in Behandlung von Aerzten kommen, die mit der Untersuchung der Nasenhöhle nicht vertraut sind. Seitens der Nasenärzte haben sie denn auch neuerdings mehr Beachtung gefunden, namentlich in Zusammenhang mit der Lehre von den Stellungsanomalien und den Hämatomen resp. Abscessen der Nasenscheidewand.

Auf die vielfachen Controversen, welche die Frage nach der Ursache der Deviationen und Cristen der Nasenscheidewand hervorgerufen hat, kann ich hier nicht näher eingehen. Soviel steht fest, dass ein Trauma, welches den Nasenrücken trifft, unter Umständen Bruch und dauernde Verbiegung des knöchernen und knorpeligen Septums herbeiführen kann. Nach Zuckerkandl<sup>1)</sup> tritt eine Verletzung des knöchernen Septums nur in solchen Fällen ein, in denen durch heftigen Schlag die obere Hälfte der Nasenbeine eingebrochen wird, an der die Lamina perpendicularis ossis ethmoidae ansetzt, während das knorpelige Septum nach demselben Autor bei allen Brüchen der Nasenbeine in mehr oder minder hohem Grade betheiligt ist, indem es Verbiegungen, Luxationen

<sup>1)</sup> Zuckerkandl: Normal-pathol. Anatomie der Nasenhöhle, Bd. II, p. 37.



oder Fracturen erleidet. Die Schleimhaut reisst bei Brüchen der Scheidewand nicht ein: dafür kommt es zuweilen zu meist doppelseitigen, subperichondralen Blutergüssen, die bald in Abscedirung übergehen und in der Literatur als Abscesse resp. Hämatome der Nasenscheidewand beschrieben sind. Die Frage, ob sich derartige Abscesse auch spontan entwickeln können, darf wohl zur Zeit noch als offen behandelt werden. Einige Autoren, wie Mackenzie<sup>2)</sup>, Zuckerkandl<sup>3)</sup>, Gougenheim<sup>4)</sup>, sind geneigt, stets ein Trauma als Ursache anzuschuldigen, während andere, wie Schech<sup>5)</sup>, Kuttner<sup>6)</sup>, Wroblewski<sup>7)</sup>, dafür eintreten, dass diese Abscesse auch entweder spontan (idiopathische Perichondritis) oder als Folge anderweitiger Erkrankungen der Nase (bei Typhus oder Erysipelas z. B.) vorkommen. Die Möglichkeit, dass z. B. ein Erysipel der Nase zur Abscedirung führt, kann gewiss nicht bestritten werden, dürfte aber immerhin zu den Seltenheiten gehören. Bei neun auf der Grazer Klinik beobachteten Fällen von Nasenerysipel, die stets mit einer hochgradigen eitrigen Rhinitis einhergingen, eine Rhinitis, die man doch mit grosser Wahrscheinlichkeit als durch Erysipelcoccen bedingt ansehen kann, trat nicht ein Mal Abscedirung ein, während bei fünf in dem gleichen Zeitraum beobachteten Scheidewandabscessen jedesmal ein Trauma als Ursache angegeben wurde. In einem Falle combinirte sich Trauma und Erysipel, ohne dass es zu Abscessbildung kam:

Ein Mann war mit der Nase auf einen eisernen Bettpfosten gefallen. Bei der Untersuchung fand sich eine ca. 4 Ctm. lange Risswunde an der unteren Vorderpartie der rechten Seitenwand. Die Nase von der Spitze bis zur Mitte lebhaft geröthet, ebenso die Nasenflügel. Leichtes Oedem bis zur unteren Fläche der Orbita. Innere Nase beiderseits stark geschwollen, mit eitrigem Secret erfüllt. Septum nach links verbogen.

Dass die Verbiegung des Septums auf den Fall zurückzuführen ist, ist zwar nicht als erwiesen anzusehen, war aber in diesem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Fischenich<sup>8)</sup> nimmt an, dass ein spontanes Hämatom des Septums nach Analogie der spontanen Othämatome wohl möglich, dass aber meist doch ein Trauma, Schlag, Stoss oder Fall als Ursache anzunehmen ist: es kommt eine Gewebszerreissung zu Stande, wobei das Blut zwischen Schleimhaut und Knorpel tritt. Dagegen bestreitet er die herkömmliche Anschauung, dass zum Entstehen eines Hämatoms resp. Abscesses eine Fractur der Scheidewand nothwendig vorhergegangen sein müsse. Nach den Berichten hätte in den allermeisten Fällen eine solche nicht vorgelegen. Er theilt selbst zwei einschlägige Fälle mit, in denen nach einem mehr minder heftigen Schlag auf die

---

2) Mackenzie: Die Krankheiten der Nase und des Halses. 1884.

3) Zuckerkandl l. c.

4) Gougenheim: Verhandl. d. X. internat. med. Congresses. Berlin 1892.

5) Schech: Die Krankh. der Mundhöhle, des Rachens und d. Nase. 1892.

6) Kuttner, Archiv für Laryngologie 1895, Bd. II, pag. 76.

7) Wroblewski: Ibidem, pag. 287.

8) Fischenich, Archiv für Laryngologie 1895, Bd. II.

Nase ein Hämatom am Septum sich bildete, ohne dass der Knorpel verletzt war. Die Nasenbeine waren anscheinend in diesen Fällen ebenfalls nicht betheilig, und es ist zu beachten, dass nach Zuckerkandl (l. c.), der ja ein grosses Material durchforschte, isolirte Brüche des knorpligen Septums überhaupt nicht vorkommen. Zuckerkandl fand, dass die Fractur der knorpligen Scheidewand stets mit Bruch oder Infraction der distalen Nasenbeinabschnitte vergesellschaftet war. Wenn die Nasenbeine kräftig genug sind, die volle Wucht eines Schläges aufzufangen, ohne zu brechen, so ist es klar, dass sie auch das darunter liegende knorplige Septum schützen, namentlich in solchen Fällen, in denen es höher als sonst gewöhnlich am Nasenrücken hinaufreicht und von den unteren zwei Dritteln der Nasenbeine bedeckt wird (nach Zuckerkandl in etwa 10 pCt. der Fälle). Immerhin aber kann die Erschütterung heftig genug sein, eine Verbiegung des Knorpels oder einen Bluterguss unter das Perichondrium resp. die Schleimhaut zu bewirken. Bei den bereits oben erwähnten fünf Abscessen der Nasenscheidewand, welche in den letzten zwei Jahren an der Grazer Klinik behandelt wurden, war das knorplige Septum, ausser einer Verbiegung in einem Falle, nicht weiter in Mitleidenschaft gezogen, usurirte übrigens auch nicht im Verlauf der Behandlung, die in sofortiger Spaltung mit nachfolgender Tamponade resp. Drainage bestand. Ebensovienig waren die Nasenbeine betheilig. Dagegen kam ein Fall von Fractur der Nasenbeine zur Untersuchung, bei dem weder Hämatom noch Fractur der knorpligen Scheidewand nachzuweisen waren.

Fischenich<sup>9)</sup> macht mit Recht darauf aufmerksam, dass bei Nasenverletzungen die Richtung, in welcher das Trauma wirkt, von wesentlichem Einfluss ist. Traumata, welche den Nasenrücken treffen, führen zu Brüchen der Nasenbeine und des Septums, eventuell zu Hämatomen resp. Abscessen des letzteren, während von der Seite her einwirkende Traumata, die unter Umständen sogar Bruch des Nasenfortsatzes des Oberkiefers bewirken, diesen Erfolg nicht haben. Bei der Elasticität der Knorpeltheile der äusseren Nase ist diese Thatsache nicht weiter verwunderlich. Dagegen drängt sich die Frage auf, wie sich im Falle einer derartigen Verletzung, namentlich wenn der Nasenfortsatz des Oberkiefers mitbetheiligt ist, die Knochen der inneren Nase verhalten, vor Allem die Muscheln, von denen die untere ja in ihrem vorderen Drittel dem betreffenden Fortsatz direct anliegt. Hierüber scheinen noch keine Beobachtungen vorzuliegen, obwohl Brüche des Nasenfortsatzes des Oberkiefers keineswegs selten und mehrfach beschrieben sind. Schon in den ältesten Lehrbüchern der Chirurgie, so in einem 1840 erschienenen practischen Handbuch der Chirurgie, findet sich die Angabe, dass Brüche des Oberkiefers sich über den aufsteigenden Fortsatz erstrecken können, die Aushöhlung für den Thränensack oder den Nasencanal ergreifen und dadurch früher oder später Störungen der Thränensecretion bewirken. In der Chirurgie von Pitha und Billroth spricht O. Weber von ausgedehnten Splitterbrüchen des ganzen Nasengerüstes, die mit starken Quetschungen der Weichtheile

---

<sup>9)</sup> L. c.

verbunden sind und sich meist über die Nasenfortsätze der Oberkiefer und die Thränenbeine, das Siebbein, auch wohl die obere und mittlere Muschel hinweg erstrecken: ebenso äussern sich die meisten Lehrbücher der Chirurgie. Von den Rhinologen hat **Mason**<sup>10)</sup> eine Methode angegeben zur Behandlung solcher Fälle, in denen sich in Folge Bruch des Proc. nasalis des Oberkiefers bedeutende Depression der Fragmente findet. Leider war der betreffende Aufsatz im Original nicht zugänglich, so dass über Umfang und Art besagter Depression und Fragmente nichts Näheres mitgeteilt werden kann. **Fischenich**<sup>11)</sup> erwähnt einen Fall, in dem der aufsteigende Ast des Oberkiefers gebrochen war, ohne dass das Septum in Mitleidenschaft gezogen war. Auch **Wroblewski**<sup>12)</sup> scheint ähnliche Beobachtungen gemacht zu haben, nach einer Fussnote zu urtheilen, in welcher er der oben erwähnten Bemerkung **Fischenich's** über den Einfluss der Richtung des Trauma's beipflichtet, ohne jedoch nähere Angaben über seine Erfahrungen zu machen. **Zuckerkancl** fand unter 19 Fällen von Nasenfracturen in einem Falle folgendes Bild: Fractur des Nasenrückens und der Pars nasalis ossis frontis mit hochgradiger Depression, Eröffnung der Stirnhöhle gegen beide Orbitae, Bruch des Siebbeinlabyrinthes rechts und des rechten Oberkieferbeins. Alles geheilt mit mehr weniger grosser Deformität. In diesem Falle war also die mittlere Muschel rechts jedenfalls mitbetroffen: von einer Mitbetheiligung der unteren Muschel wird auch bei dieser hochgradigen Verletzung der Nase nichts erwähnt.

Für die Beurtheilung der Frage, ob die untere Muschel überhaupt bei Nasenverletzungen in Mitleidenschaft gezogen sein kann, dürfte nun folgender Fall von Interesse sein, der im October 1895 auf der Grazer Klinik in Behandlung kam.

**Pepi J.**, 10 Jahre alt, erhielt bei einer Prügelei mit Schulkameraden einen derben Faustschlag auf die Nase, den zu Hause zu verschweigen er trotz der heftigen Schmerzen für rätlich hielt. Erst nach einigen Tagen wurde die Mutter, die sich während der Erntearbeiten wenig um ihre Kinder kümmern konnte, auf die geschwollene Nase ihres Sohnes aufmerksam, beruhigte sich aber zunächst bei der Erklärung **Pepi's**, er sei bloß gefallen. Der Zustand der Nase verschlimmerte sich aber dergestalt, dass die Mutter den Jungen schliesslich auf die Grazer Klinik brachte, 14 Tage nach oben erwähnter Prügelei.

Der Befund war folgender: An der rechten seitlichen Nasenpartie, entsprechend dem Proc. nasal. des Oberkiefers, eine starke Schwellung, so dass der Nasenrücken nach rechts verbreitert erscheint. Die Schwellung ist ausserordentlich druckempfindlich, ebenso der ganze Umkreis der Apertura pyriformis rechts. Nasenbeine intact, nicht druckempfindlich. Auf der Mitte des Nasenrückens eine leichte, sattelförmige Einsenkung.

Aus der rechten Nase reichlich eitriger, mässig fötider Ausfluss. Umgebung der Nasenöffnung etwas excoriirt.

---

<sup>10)</sup> Citirt bei **Mackenzie** l. c.

<sup>11)</sup> **Fischenich** l. c.

<sup>12)</sup> **Wroblewski**, Archiv f. Laryngologie 1895, Bd. II.

Bei der Inspection zeigt sich die Nasenhöhle rechts von Eiter erfüllt, vorn sieht man im unteren Nasengang einen rundlichen, mit Eiter bedeckten Tumor von grauröthlicher Farbe, der mit der Sonde etwas verschieblich ist. Die Sondirung der Nase ist sehr schmerzhaft. Die Sonde stösst seitlich und am Septum auf rauhe Stellen.

L. Nasenhöhle eng, Muscheln von normaler Gestalt, mit geringer Secretauflagerung. Schleimhaut geröthet. Das Septum etwas convex vorspringend.

Rhinoscopia posterior nicht auszuführen bei der Ungeberdigkeit des Knaben.

Der Tumor in der rechten Nase imponirte auf den ersten Blick als Fremdkörper. Da aber Pepi nunmehr auf energisches Befragen den seinerzeit erhaltenen Faustschlag zugestand, war es klar, dass wir eine complicirte Nasenverletzung vor uns hatten, die aus einem Bruch des Nasenfortsatzes des Oberkiefers bestand mit Absplitterung von Knochentheilen, ohne dass zunächst entschieden werden konnte, welche Theile der knöchernen Nase betroffen waren. Die Verengerung der linken Nase und die convexe Hervorwölbung des Septum in letztere machten auch eine Luxation des knorpeligen Septums wahrscheinlich, zumal die Mutter auch angab, dass die erwähnte sattelförmige Einsenkung auf dem Nasenrücken vor der Verletzung nicht bestanden habe.

Ein Versuch, den fraglichen Körper aus der rechten Nase mit der Kornzange zu extrahiren, musste wegen allzugrosser Schmerzhaftigkeit aufgegeben werden: dagegen gelang es, ihn nach hinten in die Choane zu stossen, wo er zunächst stecken blieb.

Am nächsten Tage brachte Pepi ein Knochenstück mit, welches er beim Räuspern aus dem Rachen entfernt hatte. Das Stück war mit Fetzen necrotischer Schleimhaut bedeckt und bot nach Maceration in Wasser folgendes Bild:

Ein leicht gebogenes, papierdünnes Knochenplättchen, etwa von der Gestalt eines niedrigen, gleichschenkligen Dreiecks, dessen Basis ca. 25 Mmtr., Höhe ca. 10 Mmtr. beträgt. Die Ränder unregelmässig, scharf, ausgezackt, bis auf einen Theil der Basis, wo der Rand von einer etwa 12 Mmtr. langen, 1 Mmtr. breiten rauhen Fläche gebildet wird. Der an diese Fläche anschliessende Theil des Plättchens ist ebenfalls etwas dicker und erhält durch zahlreiche feine Poren ein schwammiges Aussehen, namentlich an der unteren concaven Fläche. Im Uebrigen ist das ganze Plättchen von mehr weniger feinen Poren durchlöchert. Die convexe Oberfläche ist durch drei niedrige Leisten von 5—20 Mmtr. Länge, welche parallel zur Basis verlaufen, in mehrere Furchen getheilt.

Danach handelte es sich um die untere Muschel resp. den grössten Theil derselben. Die Basis dieses Dreiecks entspricht der losgelösten Verbindung mit der lateralen Nasenwand: die erwähnte schmale rauhe Fläche der Insertionsfläche am Nasenfortsatz des Oberkiefers; die Furchen auf der convexen Oberfläche verlaufen dementsprechend sagittal und sind Gefässfurchen. Im Uebrigen vergleiche man die Schilderung

---

<sup>18)</sup> Zuckerkandl, Anatomie der Nasenhöhle, Bd. I.

der unteren Muschel bei Zuckerkandl<sup>13)</sup>, der sie im Wesentlichen entspricht; die dort beschriebenen Fortsätze, Processus ethmoidalis, lacrymalis und maxillaris fehlen an dem macerirten Stück, so dass es sich also nur um den Körper des Muschelbeins handelt, von dessen Randtheilen mehr oder minder grosse Stücke in Folge des Trauma's oder der Necrose verloren gegangen sind, während die Fortsätze und vielleicht noch der hintere Theil in ihrer Lage an der lateralen Nasenwand verblieben.

Nach Entfernung des Knochenstückes zeigte sich die rechte Nase (am zweiten Tage der Behandlung) von eitrigem Secret und Granulationen ausgefüllt, die anscheinend von der lateralen Wand ausgingen und einen genauen Einblick unmöglich machten. Die Sonde stiess wieder auf rauhen Knochen. Das postrhinoscopische Bild war normal bis auf geringe Secretmengen am Rachendach, doch muss bemerkt werden, dass die untere Muschel beiderseits nicht in das Gesichtsfeld kam.

Um Verwachsungen zu verhüten, wurde ein schmaler Streifen Jodoformgaze in die rechte Nase eingeführt und täglich gewechselt: später, bei Rückgang der Granulationen, wurden auch Dermatoleinstäubungen angewendet.

Nach 8wöchentlicher Behandlung bot sich folgendes Bild:

Nasenrücken nur noch wenig nach rechts verbreitert. Sattelförmige Einsenkung auf der Mitte des Nasenrückens deutlich. Schwellung und Druckempfindlichkeit verschwunden, so dass sich die Apertura pyriformis gut abtasten lässt. Etwa in der Mitte des Nasenfortsatzes des Oberkiefers eine über kirschgrosse Verdickung, die noch druckempfindlich ist.

Rechte Nasenhöhle mit eingetrockneten Secretborken erfüllt. Nach deren Entfernung zeigt sich die Nasenhöhle weit, so dass man die hintere Rachenwand, Tubenostium und obere Begrenzung der Choane gut überblicken kann. Die untere Muschel fehlt zum grössten Theil, nur von der hinteren Partie ist noch ein schmaler Wulst vorhanden. Die mittlere Muschel verdickt, liegt dem Septum an. Schleimhaut geröthet, mässig geschwollen. Das knorplige Septum, augenscheinlich verdickt, ist nach links verlagert: längs der unteren Ansatzstelle (am Vomer) eine schmale Leiste.

Linke Nase durch das convex vorspringende Septum verengt. Nasenmuscheln von normaler Gestalt, Schleimhaut etwas geröthet und mit schleimig-eitrigem Secret bedeckt.

Postrhinoscopisches Bild normal bis auf geringe Secretmengen am Rachendach, aber wiederum mit der Einschränkung, dass die untere Muschel beiderseits nicht in das Gesichtsfeld kommt.

Nach weiteren 8 Tagen der Behandlung, während welcher namentlich der Argentum nitricum-Spray (1:3000) benutzt wurde, hörte die Bildung von Secretkrusten in der rechten Nase auf und der Knabe konnte von seiner Verletzung geheilt aus der Behandlung entlassen werden. Beiderseits war in der Nase eine Rhinitis mässigen Grades vorhanden mit Verdickung und Schwellung der mittleren Muschel rechts, zu deren Behandlung dem Patienten ein alkalisches Nasenwasser zum Ausspülen verordnet wurde.

Nebenstehende Abbildung giebt ein etwas schematisirtes Bild der Nasenhöhle auf einem durch das vordere Drittel der mittleren Muschel gedachten Frontalschnitt und bedarf nach der obigen Schilderung keiner näheren Erklärung.

Es hat sich also in diesem Falle um eine Fractur des Nasenfortsatzes des Oberkiefers in Folge Faustschlages gehandelt, bei welcher auch untere Muschel und knorpliges Septum betheiligte waren, indem die erstere zum grössten Theil glatt abbrach, das letztere nach links luxirte. Dieser Luxation des Septums ist auch die mehrfach erwähnte Einsenkung des Nasenrückens an der Grenze zwischen Nasenbein und knorpligem Septum zuzuschreiben, welche vorher bestimmt nicht dagewesen sein soll. Ob auch eine Betheiligung des Siebbeinlabyrinthes, vielleicht in Form einer theilweisen Infraction, vorgelegen hat, ist nicht mit Sicherheit zu erschliessen. Die erwähnte Beschaffenheit der mittleren Muschel, namentlich die auffällige Verdickung, lässt eine solche wohl annehmen. Zu bemerken ist noch, dass der Ductus naso-lacrymalis in keiner Weise betheiligt war. Vom Beginne an waren niemals irgend welche Störungen der Thränensecretion vorhanden, wie sie sonst bei Brüchen des Nasenfortsatzes des Oberkiefers namentlich von chirurgischer Seite häufig beobachtet sind.

Die laterale Nasenwand unterhalb des Hiatus semilunaris wird also bei dem Knaben nunmehr noch gebildet vom Oberkieferbein, Gaumenbein und in die Schleimhaut eingebetteten Resten der unteren Muschel, von denen namentlich die Fortsätze in Frage kämen. Die Sondirung des Hiatus semilunaris gelang wegen der Verdickung der unteren Muschel nicht.

Ob es nicht möglich gewesen wäre, die untere Muschel bei rechtzeitigem Eingreifen der Behandlung, vielleicht durch eine geeignete Tamponade, zu erhalten resp. wieder anzuhellen, lässt sich nachträglich schwer sagen. Als der Knabe 14 Tage nach der Verletzung auf die Klinik kam, war die in Folge der Fractur vielfach gequetschte Schleimhaut schon so necrotisirt, dass der abgesprengte Theil der Muschel als Fremdkörper resp. als Sequester in der Nase lag und entfernt werden musste.

Durch den Verlust der unteren Muschel ist rechts eine weite Nasenhöhle geschaffen, wie sie nach den, allerdings sehr bestrittenen Ansichten einiger Autoren von Bedeutung für die Entwicklung der Ozaena sein soll, indem in Folge der geänderten Circulations- und Luftdruckverhältnisse die Infectionsträger der Ozaena leichter Boden fassen. Es bleibt abzuwarten, ob bei dem Knaben, der in Beobachtung verbleibt, sich eine Ozaena aus der erwähnten, übrigens schon vor der Verletzung vorhandenen Rhinitis entwickelt. In den letzten Wochen der Behandlung bot die rechte Nase ein Bild, welches einen mit der Geschichte des Falles unbekanntem Untersucher wohl zur Annahme einer einseitigen Ozaena hätte verleiten können. Das Fehlen der unteren Muschel, die Verdickung und Röthung der mittleren Muschel, wie man



sie ja häufig bei vorgeschrittener Atrophie der unteren Muschel findet, gelbgrüne Sekretkrusten an der mittleren Muschel und am Nasenboden gaben ein täuschendes Bild, in dem nur der Fötör fehlte.

Dieser, soweit ich die Literatur übersehe, bisher vereinzelt dastehende Fall von Fractur der unteren Muschel giebt also einen Beleg dafür, dass bei Traumen, welche die Nase von der Seite her treffen, nicht nur Nasenfortsatz des Oberkiefers und Septum, sondern auch die Muscheln in Mitleidenschaft gezogen werden können. Es ist wohl zu erwarten, dass die Beobachtungen sich mehren werden, wenn derartige Verletzungen häufiger, als es bisher geschieht, in Behandlung von Nasenärzten kommen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Habermann, spreche ich auch an dieser Stelle für die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank aus.

## Ueber chronischen Pemphigus der Schleimhäute.

Von

Dr. Arthur Thost in Hamburg.

Nach einem auf der Lübecker Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrag.  
(Schluss zu No. 4.)

IV. Auch den in der Landgraf'schen Publication erwähnten, von Semon im Internationalen Centralblatt für Laryngologie II, S. 422, ausführlich referirten Fall möchte ich meinen Fällen an die Seite stellen.

Wenn ich die Erscheinungen nach meinen Betrachtungen genau analysire, muss auch ich diesen Semon'schen Fall für Pemphigus halten.

Es handelte sich um einen 52jährigen Pächter, der wegen schleimig-citrigen, bisweilen blutigen Ausflusses aus der Nase zu Semon kam und bei dem sich ausser oberflächlichen Erosionen der Nasenschleimhaut nichts Krankhaftes vorfand. Da er 10 Jahre vorher Lues überstanden hatte, hielt man die Erkrankung zunächst fürluetisch und gab man ihm Hg. und Jod.

Eines Tages erschien Patient mit einem starken Gesichtserysipel und Bildung von Blasen, die man für bullöse Jodkaliumeruptionen ansah.

(Vielleicht war es auch nur ein einfaches Erysipelas bullosum?)

Jod wurde ausgesetzt. Die Erscheinungen gingen zurück, es kam aber nach einiger Zeit zu gelegentlich auftretenden und bald wieder verschwindenden kleinen serpiginösen Geschwüren am Gaumen, einem Psoriasis ähnlichem Ausschlag auf den Handtellern und schliesslich zu Thrämenträufeln und Bindehautentzündung auf dem rechten Auge, die, jeder Behandlung trotzend, rasch an Intensität zunahm. Man hielt daher auch den Process am Auge zunächst für einen von der Nase auf das Auge weiter gegangenenluetischen Process.

An den Augen kam es zu vollständiger Erblindung und Obliteration des Bindehautsackes und der ganze Process wurde später von Critschett als essentielle Schrumpfung der Conjunctiva erklärt.

Man dachte zwar an Pemphigus, die Diagnose konnte jedoch nicht sicher gestellt werden.

Dass es sich trotz der vorausgegangenen syphilitischen Erkrankung nicht um eine einfache syphilitische Affection gehandelt hat, wird schon dadurch wahrscheinlich gemacht, dass eine antisymphilitische Cur keinen Erfolg hatte, ebensowenig wie jede andere Therapie, und gerade dieser Punkt ist der für Pemphigus charakteristische.

Was mir aber die Diagnose ausser jedem Zweifel setzt, ist der Umstand, dass es in dem Fall von Semon zu einem ausgedehnten Erysipel mit Bildung von grossen weissen Blasen kam.

Schrötter beschreibt nämlich, wie noch später erwähnt werden wird, in seinen Laryngologischen Mittheilungen, die zehn Jahre vor der Semon'schen Mittheilung erschienen sind, einen Fall von unzweifelhaftem Pemphigus der Haut und der Schleimhaut, wo es unter hochgradigem Fieber zu einem Erysipel der Nase und der Wange mit collossaler Blasenbildung kam.

Die Patientin, eine 33jährige Pächtersgattin, erlag einer an dies Erysipel sich anschliessenden doppelseitigen Pleuritis.

Wenn es in dem Semon'schen Fall sich um einen Zusammenhang der vorausgegangenen Syphilis und dem späteren Pemphigus handelte, so kann ich mir denselben nur so denken, dass es in Folge der lange bestandenenen, nicht behandelten Lues zu einer Cachexie oder wenigstens zu einer Ernährungsstörung der Schleimhaut gekommen war, die nach meiner Auffassung zum Zustandekommen des chronischen Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege und der Conjunctiva in erster Linie erforderlich ist.

V. Die Schrötter'schen Fälle gleichen zwar den unseren insofern nicht, weil bei beiden die Haut mit befallen war. Ich möchte sie aber doch hier mit erwähnen, weil sie die ersten von einem Laryngologen beobachteten, in der Literatur beschriebenen Fälle sind und weil bei beiden der Ausgang (der eine in Heilung, der andere lethal endigend) so überaus interessant ist.

Beim ersten Fall handelte es sich um eine 20jährige Dame mit Pemphigus im Gesicht und Rücken. Die Dame war auch heiser und Schrötter fand bei mässiger Schwellung und Röthung der Epiglottis am freien Rand derselben ein faserstoffiges Häutchen, das wie eine Croupmembran in Abstossung begriffen war und theilweise als weisslicher Fetzen herabhing.

Bei der sicher constatirten Affection der äusseren Haut war die Diagnose nicht schwer.

Ueberraschend ist der weitere Verlauf:

Nachdem die Patientin die verschiedensten Kuren durchgemacht, wochenlang im Wasserbade verweilt, Eisenpräparate, Solutio arsen. genommen hatte, der Pemphigus sich aber oft in erschrecklicher Weise, namentlich über das ganze Gesicht, die hintere Rachenwand und Epiglottis ausgebreitet hatte, bekam sie endlich „Variola“, und mit dieser war auch der Pemphigus geheilt.



Es sind nun schon über 18 Jahre vergangen, und es hat sich bei vollkommenem Wohlbefinden der Kranken keinerlei Recidive gezeigt, wenigstens schreibt Schrötter in seinen Vorlesungen 1892, dass er die Dame zufällig kurz vorher gesehen und recidivfrei gefunden habe.

Beim zweiten Fall Schrötter's fand sich neben der Erkrankung der äusseren Haut auf der Schleimhaut der oberen Luftwege Folgendes:

Die Spitze der Zunge mit einer dichten Schicht Epithels bedeckt, welches an der unteren Fläche abgängig ist, so dass die lebhaft rothe Schleimhaut blossliegt. Entsprechend dem rechten aufsteigenden Aste des Unterkiefers eine zum weichen Gaumen hinziehende, mit verdicktem Epithel bedeckte, unregelmässige Narbe. An der hinteren Pharynxwand einzelne seichtere, blassrothe Narben. Die am freien Rande verdickte Epiglottis, deren Seitenränder einander genähert sind, ist so wie die hintere Kehlkopfswand in einen gelblichen Schleier gefüllt, der jedenfalls collabirten Blasen entspricht; da man die Zunge wegen der früher besprochenen Wunde nicht genügend herausziehen kann und die Epiglottis stark gesenkt ist, sieht man nur bei sehr zurückgeneigtem Kopfe, dass das rechte wahre Stimmband bedeutend mit Bedeckung des linken geschwellt und dabei schlottrig, blassrosaroth ist. Das linke wahre Stimmband erscheint blassroth, abgerundet, die Glottis bedeutend enger.

Nachdem es am harten Gaumen und im Larynx zu neuen Blasen gekommen war, trat am 27. November unter hochgradigem Fieber und gleichzeitigem Erysipel an der Nase und Wange eine colossale Blasenbildung, weiterhin mit Confluenz ein. Nach Hinzutritt einer beiderseitigen Pleuritis verschied die Kranke am 2. December.

Aus dem Sectionsbefunde:

An einzelnen Stellen der hinteren Rachenwand und im Kehlkopfe von der hinteren Fläche der Epiglottis an bis über die falschen und wahren Stimmbänder die Schleimhaut mit dicken, weissen, hier und da auseinander weichenden Epithellagen bedeckt.

VI. In dem Atlas von Krieg findet sich ein sehr hübscher Fall beschrieben und abgebildet, der aber gleichfalls kein reiner Schleimhaut-Pemphigus ist.

Die Abbildungen entsprechen fast genau den Bildern, die ich bei meinen Patienten sah, doch handelte es sich auch bei der Patientin Krieg's, einer 43jährigen Bauernfrau, um einen viel hochgradigeren, mit der Bildung grösserer Blasen einhergehenden Process, der mit unseren Fällen aber insofern Uebereinstimmung zeigt, als bei ihm auch die Bindehaut des rechten Auges narbig verändert war.

Auch bei diesem Fall kam es, wie bei dem Schrötter'schen, zu einem schweren Erysipelas faciei bullosum. — Weiterer Verlauf unbekannt.

Alle die erwähnten Fälle haben das Gemeinsame, dass bei ihnen die Schleimhaut der oberen Luftwege und der Conjunctiva entweder ausschliesslich oder vorwiegend erkrankt war und dass sie deswegen den von mir beobachteten zwei ganz gleichen Fällen an die Seite gestellt werden können.

Ich möchte aber, um in das verworrene Bild, was man vom Pemphigus der Schleimhäute hat, etwas mehr Klarheit zu bringen, noch

eine engere Auswahl treffen und meinen beiden Fällen, die nach genauer und mehrjähriger Beobachtung sich als völlig gleich erweisen, nur die Fälle zuzählen, bei denen die äussere Haut garnicht befallen war, oder höchstens, wie in dem Fall von Steffan und Becker, die direct an die Schleimhaut grenzenden Partien, die Augenlider, die Lippen oder die nächste Umgebung der Nase.

Es würde sich vor Allem um den Deutschmann'schen Fall handeln, der unseren völlig gleicht, ferner auch um den Fall von Steffan und um die beiden von ihm erwähnten Fälle von Lasègue und Becker, dann um den Landgraf'schen Fall und den Fall von Semon, so dass ich mit meinen Fällen eine Gruppe von acht Fällen von chronischem Schleimhaut-Pemphigus mit fast ausschliesslicher Betheiligung der Schleimhäute und der Conjunctiva zusammenstellen kann.

Den Fall von Krieg könnte man vielleicht noch zu unserer Gruppe rechnen, weil auch bei ihm die Erkrankung der oberen Luftwege und des Auges im Vordergrund stand, nur war bei ihm die äussere Hautdecke in ausgiebiger Weise befallen.

Bei diesen acht Fällen war immer die Conjunctiva mit erkrankt, so dass dieselben meist in der augenärztlichen Literatur beschrieben sind, ferner fand sich regelmässig ein fieberloser chronischer Verlauf.

Besonderen Werth möchte ich bei diesen Fällen darauf legen, dass es sich um cachectische, in ihrer Ernährung geschädigte Leute handelte, die, mit Ausnahme meines zweiten Falles, in vorgerückterem Alter standen und meist die Grenze des Greisenalters erreicht oder überschritten hatten.

Auch die therapeutischen Erfolge, oder besser Misserfolge, scheinen mir ein Charakteristikum jener Erkrankungsform zu sein, denn sowohl Augen- als Halsärzte berichten ohne Ausnahme von einem Fortschreiten des Processes, trotz aller versuchten Mittel. Speciell wurde auf Jod und Hg. ausnahmslos eine Verschlechterung beobachtet.

Es führten die Prozesse im Auge in einigen Jahren zur Obliteration des Bindehautsackes und zur Phthisis bulbi.

Auch auf der Schleimhaut des Rachens und der Nase verschlechterte sich der Zustand derart, dass die Patienten an Cachexie zu Grunde gingen, oder, weil sich der Process nicht besserte, aus der Behandlung wegblieben.

Wie auf der Bindehaut, kam es auch in der Nase und Rachen, da, wo die erkrankten Schleimhautflächen sich berühren, zu einer Verwachsung und Schrumpfung der Schleimhaut.

So berichtet Moritz Schmidt in seinem Fall eine Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit der Schlundwand, die nach und nach zu einem vollständigen Verschluss nach der Nase zu führte.

Auch Landgraf theilt in seinem Fall mit, dass das Innere des Kehlkopfes immer enger geworden sei, die Schleimhaut, namentlich die Epiglottis sich verdickt habe und die Stimmblätter in der vorderen Commissur verwachsen seien. Schliesslich wurde die Anschwellung des Kehlkopfeinganges so hochgradig, dass man das Innere des Kehlkopfes nicht mehr sehen konnte.

Auch in meinem Fall I findet sich in der Nase eine Verwachsung der mittleren Muschel mit dem Septum auf der linken Seite der Nase.

Ebenso zeigen die Gaumenbögen Verdickungen der Schleimhaut, die Uvula erscheint dicker und kürzer, wie geschrumpft, und auch am Kehlkopfengang lässt sich eine beginnende, aber sofort in die Augen fallende Verengung durch Verdickung der Schleimhaut feststellen.

Wie sich bei meinen Fällen nicht die geringste Schwellung der Drüsen nachweisen liess, so findet sich auch bei den anderen Fällen diese Beobachtung entweder besonders erwähnt, oder doch die gegen-theilige Beobachtung nirgends verzeichnet.

Fast in allen Fällen findet sich die Angabe, dass Symptome von Seiten der Nasenschleimhaut, Blutungen, Stockschnupfen, Borkenbildung oder profuse eitrige Secretionen die Erkrankung einleiteten.

Es scheint also, dass bei unserer Form von der Nase aus die Erkrankung sich sowohl nach dem Rachen, als durch den Thränennasencanal nach der Bindehaut zu verbreitet.

Auch in meinen Fällen waren in dem einen Nasenbluten, in dem anderen Stockschnupfen als erstes Symptom aufgetreten und bei Fall I fanden sich die ältesten Processe (Verwachsung der Muschel mit dem Septum) in der Nase.

Beim Eintritt in die Behandlung standen die Processe im Rachen und in den Augen im Vordergrund und erst in der letzten Zeit zeigte auch der Kehlkopf eine intensivere und regelmässige Mitbetheiligung.

Bei Fall II zeigte sich ebenfalls in der Nase (Nasenbluten) das erste Symptom.

Beim Eintritt in die Behandlung war bei diesem zweiten Fall immer fast ausschliesslich die hintere Rachenwand befallen und erst später zeigte die Epiglottis, die beim Eintritt in die Behandlung nie befallen war, regelmässig Veränderungen und im Auge wurden von Dr. Franke die ersten Blasen beobachtet, während Patient selbst noch keine Klagen über seine Augen hatte.

Auch in dieser Reihenfolge der einzelnen Symptome gleichen sich meine Fälle daher auf das Genaueste.

Da das Kind auch einen Namen haben muss, möchte ich meine Fälle und die zu derselben Gruppe gehörigen Fälle als einfachen chronischen Pemphigus der Schleimhaut bezeichnen, dessen charakteristische Momente die folgenden sind:

1) Ausschliessliche Betheiligung der Schleimhäute und völliges Freibleiben der Hautdecken, mit nur ausnahmsweisem Uebergreifen von der Schleimhaut aus auf die an dieselbe direct angrenzenden Hautbezirke.

2) Regelmässige Mitbetheiligung der Bindehaut des Auges, die zu essentieller Schrumpfung derselben und später zur Phthisis bulbi führt.

3) Neigung zur Verwachsungen und zu Schrumpfungen der Schleimhaut.

4) Fieberloser chronischer Verlauf.

5) Absolut unbeeinflussbares Verhalten gegen jedes Medicament, speciell gegen Jod und Hg.

6) Gleichzeitig bestehende Cachexie und schlechte Ernährung der Haut und Muskulatur.

Die interessanteste und wichtigste Frage ist natürlich die nach der Ursache der Erkrankung, weil von diesem Gesichtspunkte aus auch

alle die verschiedenen zahlreichen Formen von Pemphigus näher betrachtet und eingetheilt werden müssten.

Die pathologischen Veränderungen der befallenen Schleimhautbezirke bieten nichts Characteristisches. Es handelt sich eben um necrotisirte Theile. Was an diesen Befunden hervorzuheben ist, theilt Eppinger auf der in diesem Herbst in Graz tagenden Versammlung Deutscher Dermatologen als Resultate seiner histologischen Untersuchungen von 6 Pemphigusfällen mit:

Bei kleineren Blasen war die Hornschicht allein abgelöst, bei grösseren die ganze Epidermis mit gleichzeitiger Veränderung der Stachelschicht. Der Blaseninhalt ist besonders auf dem Boden sehr albuminreich. Die Cutis am Boden der Blase ist bis zu verschiedener Tiefe hinab ödematös, die Blutgefässe sind eng, öfter von einer hämorrhagischen Zone umgeben. Knäuel- und Talgdrüsen zeigen Desquamation, zwischen Epithel und Bindegewebe acidophile Massen, im Lumen eingetretenes Blut, zum Theil hyalin verändert. Es handelt sich also um necrotische Hautveränderungen, speciell um paralytische Gefässveränderungen. Das Hauptaugenmerk hatte Eppinger auf die Untersuchung der Hautnerven gerichtet, die er nach Wolters bis in die feinsten Verzweigungen darstellte. Die markhaltigen Nervenfasern am Boden der Blasen waren zum Theil varicös, schollig verändert, zum Theil krümlig zerfallen. Myelinkörnchenhaufen beweisen das Vorhandensein dieser Veränderungen schon während des Lebens. Ferner fand Eppinger zellige Exsudate um die Nerven und Hämorrhagien in dieselben. Gegenüber diesen Befunden treten einige, in 3 Fällen constatirte Rückenmarksveränderungen an Bedeutung zurück.

Eppinger stellt die Hypothese auf, der Pemphigus könne eine vielleicht durch, nach anderen Infectionskrankheiten im Körper zurückgebliebene, Toxine verursachte Erkrankung sein.

Das Aufschliessen der Blasen auf der Schleimhaut und der Haut ist ja nur ein Symptom, das ganz verschiedene Ursachen haben kann.

So erzeugt eine Verbrennung der Haut Blasen mit serösem Inhalt, die eintrocknen oder platzen; so beobachten wir beim Druck zu engen Schuhwerks ganz dieselben Blasen; so sieht man beim Erysipel einer durch Streptococceninvasion hervorgerufenen Hauterkrankung Blasenbildung, die heilt (Erysipelas bullosum), und so sieht man beim Herpes, dem Verlauf der Hautnerven folgend, Blasen mit hellem Inhalt, die eintrocknen oder vereitern und heilen.

Auch bei den verschiedenen Pemphigus-Formen mögen die verschiedensten erregenden Momente wirksam sein, und zwar scheinen hauptsächlich zwei schädigende Momente Blasenbildung auf der Haut und Schleimhaut zu verursachen.

Für die mehr acut verlaufenden, mit Fieber einhergehenden Formen von Pemphigus muss man wohl Microorganismen, die in Blut- oder Lymphbahnen gelangen, oder irgend eine andere Infection verantwortlich machen, während die mehr chronischen Formen, zu denen unsere Gruppe zu zählen ist, höchstwahrscheinlich auf trophische Störungen zurückzuführen sein werden.

Es lag nahe, auch bei unseren chronischen Fällen an einen bacteriellen Einfluss zu denken.

Unna spricht sogar im Orth'schen Lehrbuch der Pathologischen Anatomie die sichere Gewissheit aus, dass es gelingen werde, auch für den chronischen Pemphigus die Infectionsträger zu finden.

Er hat, wie erwähnt, in dem Deutschmann'schen Fall den Inhalt frischer Blasen mit allen Cautelen untersucht und auch einen Streptococcus gezüchtet, der aber keine für Pemphigus charakteristische Erscheinungen bei seiner Uebertragung auf Thiere gemacht hat.

Noch eingehender und sorgfältiger wurde ein Pemphigus-Fall, über den Mosler auf dem Wiener Congress für „Innere Medicin“ berichtet, und zwar von keinen Geringeren, als Professor Löffler, bacteriell untersucht.

Es ergab sich dabei, dass der Inhalt der Blasen steril war, wenn dieselben ganz frisch untersucht wurden und die Haut vorher durch Sublimatbäder sterilisirt war, während sich in älteren Blasen mit trübem Inhalt die verschiedensten Organismen nachweisen liessen. Auch ein Versuch, zu dem ein Student sich erbot, den Blaseninhalt auf die beiden Oberarme zu überimpfen, ergab ein negatives Resultat.

Mosler führt daher namentlich, gestützt auf die symmetrische Ausbildung, die in seinem Fall der Pemphigus auf der Haut zeigte, die Erkrankung auf neuropathologischen Einfluss zurück, bezeichnet ihn als vasomotorische Neurose und heilte ihn, soweit die Beobachtungen reichen, mit Chinin.

Auch bei dem Landgraf'schen Fall wurde von Professor Ehrlich mit Bestimmtheit irgend eine bacterielle Affection ausgeschlossen.

Was nun meine Fälle anlangt, so habe ich schon in Lübeck besonders hervorgehoben, dass bei der langen Beobachtung mir nicht ein einziges Moment aufgefallen ist, was die Vermuthung einer bacteriellen Erkrankung stützen könnte, und habe deswegen auch von vornherein auf eine bacterielle Untersuchung der Fälle verzichtet.

Dass bei der auch in gesunden Mund- und Nasenhöhlen nachgewiesenen Anwesenheit aller möglichen pathogenen Organismen durch die matsche Epidermis allerlei Organismen hindurchwachsen, ist sonnenklar und durch die Löffler'schen Versuche sicher bewiesen.

Dagegen habe ich den Eindruck gewonnen, dass es sich, wenigstens bei unseren Fällen, um eine trophische Störung der Schleimhaut handelt.

Die Cachexie, schlechte Ernährung und Musculatur fällt bei meinen Fällen sofort auf und wird bei allen übrigen Fällen erwähnt, so dass ich mich für diese Fälle der Mosler'schen Ansicht anschliessen möchte, dass es sich um eine trophische Störung handelt.

Es sind ja auch zahlreiche Fälle von Pemphigus auf diesen Punkt hin untersucht, so von Schwimmer, Baber, Sarky und Petrini, die im Rückenmark Sclerisirung der Goll'schen Stränge und Degeneration der Ganglienzellen der Hinterhörner nachwiesen.

Auch an den peripheren Nerven wurden Veränderungen gefunden, so von Petrini und Ferraro und ganz neuerdings in einem chronischen Fall von Pemphigus foliacius, der auf der Abtheilung von Engel-Reimers beobachtet und von Bargum in der Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des Aerztlichen Vereins zu Hamburg veröffentlicht ist.

Bargum fand das Rückenmark zwar normal, namentlich am N. cruralis aber und N. peroneus ganz beträchtliche Läsionen.

Dem gegenüber stehen die wohl zu beachtenden Befunde von Demme und Anderen, bis auf die neuesten Mittheilungen von Peter in Königsberg (Berliner Klinische Wochenschrift 1896, No. 6), der im Blut pemphiguskranker Kinder Streptococcen und Staphylococcen und einen, dem Demme'schen ähnlichen Diplococcen nachwies.

In diesen Fällen handelte es sich aber um ganz andere klinische Symptome, meistens fieberhafte, acute Erkrankung bei Kindern oder um Pemphigus-Blasen in der Nähe inficirter Wunden, (Nabelrest).

Bei unseren Fällen könnte nur die Erkrankung an Gesichtserysipel, die Schrötter, Krieg und Semon an ihren Fällen beobachteten, auf eine bacterielle Ursache hinweisen, wenn nicht die Annahme ebenso nahe läge, dass durch die von den Pemphigus-Blasen erzeugte Verletzung der Epidermis Streptococcen in die Haut gelangen, wie dies bei chronischen Nasencatarrhen ja eine alltägliche Beobachtung lehrt.

Die Prognose scheint bei unseren Fällen eine rechte trübe zu sein. Am Auge führte in allen veröffentlichten Fällen die Erkrankung zum Verlust desselben und auch auf der Schleimhaut der oberen Luftwege machte der Process, allen Bemühungen zum Trotze, langsame Fortschritte, die zum Theil zu schweren Veränderungen führten.

Auch in meinen Fällen muss ich leider eher eine Verschlimmerung, als eine Verbesserung constatiren.

Therapeutisch versuchte ich bei beiden das übliche Jodkali und Hg., die aber eine ganz entschiedene Verschlechterung bewirkten, so dass ich dieselben gleich wieder aussetzte. Dasselbe möchte ich von Arsen sagen.

Da Mosler einen Fall mit salzsaurem Chinin geheilt hat, versuchte ich auch Chinin ohne besonderen Erfolg.

Der Mosler'sche Fall gehört wohl zu einer auf anderer Aetiologie beruhenden Form von Pemphigus.

Local wurden ebenfalls Jodpräparate, Aristol, Nosophen und Dermatol versucht; subjetiv am meisten fühlten sich die Patienten erleichtert, wenn man die befallenen Stellen mit leichten Lapslösungen pinselte.

Der Fall von Schrötter, der nach einer Variola-Erkrankung heilte, bietet ja auch für die Therapie ein grosses Interesse, aber in ihm handelt es sich offenbar um eine andere Form von Pemphigus.

Mir unterliegt es keinem Zweifel, dass unser chronischer Pemphigus als Folge einer schweren, fortschreitenden Veränderung, wahrscheinlich in den (trophischen?) Nerven aufgefasst werden muss.

Vielleicht habe ich später noch Gelegenheit, über diese Punkte mir Gewissheit zu verschaffen.

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 28. April 1896.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Docent Dr. Pollak.

Der Vorsitzende macht Mittheilung von einer Einladung der n. ö. Statthalterei, an der im laufenden Jahre in Prag stattfindenden pharmaceutischen Ausstellung theilzunehmen.

Die n. ö. Statthalterei urgirt eine gutachtliche Aeusserung über die Bearbeitung einer neuen österr. Pharmacopoe. Mit der Abfassung dieses Gutachtens werden die Proff. Gruber und Politzer, sowie Docent Dr. Pollak betraut.

Docent Dr. Pollak macht darauf aufmerksam, dass am 27. April 25 Jahre seit der Ernennung der Herren DDr. Gruber und Politzer zu Professoren verflossen sind, und stellt den Antrag, die hochverdienten Leiter der Ohrenkliniken, die Herren Proff. Gruber und Politzer zu beglückwünschen und den Glückwunsch protocollarisch zum Ausdruck zu bringen.

Nachdem dieser Antrag mit grossem Beifalle aufgenommen wurde, sprechen die Proff. Gruber und Politzer der otol. Gesellschaft ihren Dank aus.

### Demonstrationen:

1) Prof. Gruber stellt ein 6jähriges Mädchen mit Missbildung der Ohrmuschel und Mangel des äusseren Gehörganges bei hochgradiger Asymmetrie der Gesichtshälften vor.

Patientin ist 6 Jahre alt, von gesunden Eltern. Ursache der Missbildung unbekannt.

Die linke Ohrmuschel ist, was die Theile im Allgemeinen betrifft, normal. Die Darwin'sche Spitze ist stark entwickelt und hinter dem Antitragus, welcher viel weiter als im Normalen vom Tragus entfernt ist, wodurch die Incisura intertragica an ihrem obern Ende einen Durchmesser von vorne nach hinten von 1 Ctm. zeigt, befindet sich am Ohrläppchen eine kleinhanfkorn-grosse Erhabenheit, deren genaue Untersuchung ergiebt, dass sie von einem Knorpel gestützt ist. Zwischen ihr und dem Knorpel des Helix kann man beim Betasten genau eine Unterbrechung des Knorpels herausfühlen.

Die rechte Gesichtshälfte ist gegenüber der linken in auffallender Weise verkleinert, wodurch auch der linke Mundwinkel etwas tiefer steht und die Oberlippe, namentlich an der linken Hälfte, stärker als die Unterlippe vorspringt. Das Dach der Mundhöhle ist stark concav, die Zähne des Oberkiefers sind so gestellt, dass sie mit ihrem scharfen Rande die scharfen Ränder des Unterkiefers beim Schliessen berühren. Beim Oeffnen des Mundes ist die Mundspalte rechterseits weiter und die ganze Mundspalte mehr nach rechts verzogen. Die Nase im knöchernen Theile mässig aufgetrieben.

Schädelcircumferenz 57 Ctm.; die Entfernung der linken Ohrmuschel vom linken Nasenflügel beträgt 10 Ctm., die Entfernung der rechten rudimentären Muschel vom rechtsseitigen Nasenflügel, immer

von der tiefsten Insertionsstelle der Nase gemessen, beträgt 8 Ctm. Die Höhe der linken Ohrmuschel 6 Ctm., die Höhe der rudimentären an dem weichen Lappen allein 3 Ctm., den oberen, vom Knorpel gestützten Höcker einbezogen 3,5 Ctm.

Die linke Ohrmuschel ist repräsentirt durch einen knorpelbaren Hautlappen, welcher rundliche Gestalt hat, mit breiter Basis inserirt, nach hinten convex, nach vorne concav und gegen das Gesicht hin umgeklappt erscheint.

Nirgends ist in ihm die Spur eines Knorpels nachweisbar, so dass das ganze Gebilde als ein excessiv entwickelter Lobulus aufzufassen wäre. Ueber demselben findet sich ein mit verschiebbarer Haut überzogener Höcker von länglich-ovaler Gestalt mit dem Längendurchmesser von vorn nach rückwärts, welcher ganz deutlich von Knorpel gestützt ist. Dieser Knorpel ist auf eine kleine Strecke in die Tiefe zu verfolgen (rudimentärer Gehörgangsknorpel). Vor dem grösseren Hautlappen findet sich eine nach Art der Appendices auriculæ inserirende Bildung, welche, von abgerundeter Kegelform, ungefähr 5 Mmtr. hoch ist, an der Basis etwa 3 Mmtr. im Durchmesser hat. Ungefähr 5 Mmtr. unter dieser befindet sich eine kleinhanfkorngrosse, flache, ähnliche Bildung.

Der Processus mastoideus ist deutlich an der normalen Stelle zu fühlen, die rudimentäre rechte Muschel inserirt tiefer, als das untere Ende der linken Ohrmuschel, so dass die Entfernung der rudimentären Muschel von der Mitte des Kinns 10 Ctm. beträgt, während die rechte von demselben Punkte nur 8 Ctm. entfernt steht.

Der Kopf des Unterkiefers articulirt an der normalen Stelle. Von einer äusseren Ohröffnung nirgends eine Spur zu entdecken. Weder bei geschlossenem Munde, noch bei Senkung des Unterkiefers kann man die geringste Andeutung wahrnehmen, welche auf das Vorhandensein eines äusseren Gehörganges schliessen liesse.

Die Tuba Eust. ist auch rechterseits leicht zu catheterisiren und bei Anwendung der Luftdouche fühlt die geübte Hand, dass die Luft gegen die Ohrgegend strömt; die Auscultation ergiebt aber keine Erscheinung, aus der man mit Sicherheit auf die Beschaffenheit der Mittelohrgebilde schliessen könnte. Die Angaben des Kindes über die beim Einströmen der Luft wahrgenommenen Empfindungen sind unverlässlich und nicht verwertbar.

Am linken Ohre hat das Kind normales Gehör und am deformirten rechten hört sie mässig laut gesprochene Worte ganz deutlich. Die Stimmgabel hört sie sowohl in der Luftleitung, als auch beim Anlegen an die Kopfknochen. Betreffs des Weber'schen Versuches sind die Angaben schwankend. Schallorientierungsvermögen normal.

Die Missstaltung ist in Folge des weit nach vorne gedrängten unförmlichen Hautlappens sehr auffällig und das war der Grund, warum man das Kind auf die Klinik brachte.

Der Vortragende meint, von der Herstellung eines brauchbaren Gehörganges könne wohl keine Rede sein, das, was man nach seiner Meinung in diesem Falle aber leicht erzielen werde, ist, durch eine entsprechende Operation die nach vorne umgeklappte rudimentäre Muschel mehr nach rückwärts zu befestigen. Gruber schildert das



Operationsverfahren, das er dabei einzuhalten gedenkt, und ladet die anwesenden Collegen ein, sich darüber zu äussern.

In der nun folgenden Discussion schliessen sich Politzer und Urbantschitsch der Anschauung des Vortragenden an, dass die Anlegung eines künstlichen Gehörganges zwecklos sei, und stimmen der vorgeschlagenen cosmetischen Operation zu.

Dr. Ferd. Alt stellt eine 40jährige Patientin der Klinik Gruber vor, die vom September bis November 1895 an acutem Gelenkrheumatismus litt und während dieser Zeit auf ärztliche Verordnung im Ganzen 149 Gramm Natrium salicylicum nahm. Gleich zu Beginn der Erkrankung trat Ohrensausen beiderseits auf, zu dem sich dumpfer Kopfschmerz gesellte. Im November, noch während der Salicyltherapie, begann sie an Schwindelanfällen zu leiden, sie fühlte sich nach rechts gerissen, es wurde ihr schwarz vor den Augen, sie stürzte zu Boden und war durch kurze Zeit bewusstlos; Ohrensausen rechts bestand continuirlich. Diese Anfälle traten Anfangs in je 2 bis 3 Wochen ein Mal auf, in letzter Zeit wiederholen sie sich täglich. R. O.: Trommelfell leicht retrahirt, getrübt, Lichtreflex verzogen. L. O.: Trommelfell nahezu in seiner Totalität durch eine Narbe ersetzt. Weber nach links, Rinne links positiv. Vor dem rechten Ohre werden weder hohe, noch tiefe Stimmgabeln percipirt, vom Warzenfortsatze nach links lateralisirt. Uhr links 1 Mtr., rechts Null. Laute Sprache wird rechts nur in unmittelbarer Nähe des Ohres, wahrscheinlich von links gehört. Der Fall verdient Interesse, weil hier zweifellos durch den Gebrauch grosser Mengen von Natrium salicylicum eine Labyrinth- bezw. Acusticus-Affection auftrat und weil diese Affection eine einseitige ist.

Docent Dr. Pollak fragt, welche Erfolge die Collegen mit der Chinintherapie bei der Ménière'schen Krankheit erzielt haben? Er selbst berichtet über günstige Resultate nach Darreichung kleiner Dosen, 0,10 drei Mal pro die.

Gruber, Politzer und Urbantschitsch haben mit der Chinintherapie, namentlich in grossen Gaben, schlechte Erfahrungen gemacht und sie deshalb aufgegeben.

Dr. Alt stellt ferner einen 46jährigen Spediteur vor, der in der Nacht vom 18. zum 19. Januar d. J. in betrunkenem Zustande vom dritten in den zweiten Stock seines Wohnhauses stürzte und bewusstlos liegen blieb. Als er zu sich kam, blutete er aus der Nase und dem rechten Ohre. Tags darauf suchte er die Klinik Gruber auf. Der Status praesens, ganz kurz zusammengefasst, war folgender: Die rechte Gesichtshälfte geschwollen und blutig suffundirt, an der rechten Sklera ein grosses Ecchymoma subconjunctivale, nahezu vollständige Facialisparalyse rechts, Augenhintergrund normal, Augenbewegungen frei. Geruch und Geschmack intact, keine Störung Seitens des X., XI. und XII. Hirnnerven. Puls 84, Temp. 36,3. Vor dem rechten Ohre eine nussgrosse, druckschmerzhaftige Schwellung, die Gegend des Tragus dunkelblau verfärbt, der Gehörgang weit, dessen Wände mit eingetrocknetem Blute bedeckt. Von der oberen und hinteren Gehörgangswand ragt eine bohngrosse, dunkel rothblau verfärbte, weiche Geschwulst herab, die zum grössten Theile das Trommelfell verdeckt. Die sichtbaren Partien des Trommelfells sind livid verfärbt und vorgewölbt.

Linkes Ohr normal. Weber nach links, Rinne links positiv. Vor den rechten Ohre werden weder hohe, noch tiefe Stimmgabeln gehört, vom Warzenfortsatze aus nach links lateralisiert. Uhr rechts Null. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt Pat., beim Gehen hat er die Tendenz, nach rechts zu fallen. Beim Räuspern und Schnäuzen kommt geronnenes Blut aus dem Munde bzw. aus der rechten Nasenhälfte.

Nach acht Tagen war die Geschwulst im Gehörgange geschwunden, nach zwölf Tagen kam kein Blut mehr beim Schnäuzen und Räuspern und das Trommelfell rechts war normal. Die Facialislähmung ging unter Anwendung des faradischen Stromes rasch zurück. Der Schwindel hörte auf, dagegen stellte sich Ohrensausen ein. Der Stimmgabelbefund blieb unverändert.

Die Diagnose lautete: Fractura baseos cranii, der Riss reicht durch das Tegmen tympani nach vorne in die obere knöcherne Gehörgangswand, ohne das Trommelfell zu verletzen, und geht entweder durch das Labyrinth oder in den Meatus auditorius internus mit Verletzung des Acusticus. Der Nervus facialis wurde nicht durchtrennt. Die Facialisparalyse, die rasch zurückging, dürfte auf ein Hämatom zurückzuführen sein, das den Facialis comprimirte.

Dr. Alt stellt schliesslich einen 6jährigen Knaben vor, der im Januar 1895 von seinen Angehörigen auf die Klinik Gruber gebracht wurde mit der Angabe, dass er von Geburt aus taubstumm sei. Anamnestisch wurde erhoben, dass Vater und Mutter des Knaben taubstumm wären und Beide in einer Taubstummenschule Unterricht genossen hätten. Eine jüngere Schwester des Knaben höre schlecht. Der Trommelfellbefund beim Kinde war normal; es reagierte nicht auf Zuruf, Pfeife und Trompete und gab kein Zeichen des Verständnisses, als ihm die schwingende Stimmgabel auf den Kopf aufgesetzt wurde. Da von einer medicamentösen Behandlung in diesem Falle nichts zu erwarten war, wurden Hörübungen auf der Klinik ausgeführt und dann den Angehörigen überlassen. Als der Knabe nach zwei Monaten auf die Klinik gebracht wurde, hörte er jedes zu ihm gesprochene Wort und war im Stande, es nachzusprechen. Bevor das Kind auf der Klinik erschien, hielten es die Angehörigen für taubstumm und nahmen sich keinerlei Mühe, es sprechen zu lehren. Der Knabe befand sich in einem Zustande, wie ein Kind, das noch nicht gewohnt ist, auf Sprache und Höreindrücke überhaupt zu reagieren. Anlässlich der Hörübungen hielt er sich viel bei Angehörigen auf, die mit ihm im Gegensatz zu den taubstummen Eltern viel sprachen, er gewann acustische Eindrücke und lernte sprechen. Die Frage, ob derartige Kinder in Taubstummenanstalten abgegeben werden sollen, muss auf das Entschiedenste verneint werden, es ist vielmehr sehr leicht möglich, diese Kinder zum Hören und Sprechen zu bringen, wenn man sie den taubstummen Eltern entzieht.

#### Discussion:

Politzer hält den Fall für psychische Taubheit.

Gruber und Urbantschitsch schliessen sich dieser Ansicht an. Urbantschitsch warnt vor Unterbringung derartiger Kinder in Taub-

stummenanstalten, weil dort die Wiedererlangung des Hörvermögens ganz ausgeschlossen bleibt.

Max demonstirt einen 29jährigen Mann, der an seiner linken Ohrmuschel einen eigenthümlichen Defect aufweist. Ungefähr in der Mitte der oberen Muschelhälfte befindet sich nämlich ein kreisrundes, wie mit einem Locheisen herausgeschlagenes Loch von circa Kirsch kerngrösse, welches im oberen Drittel des Antihelix beginnt, so dass die Bifurcation desselben fehlt; nach aufwärts erstreckt sich die Lücke ca. 7—8 Mm. — Von der oberen Peripherie derselben sieht man die normal geformten oberen zwei Drittel der Crura antihelicis wieder. Die Muschel ist sonst intact, nicht missgestaltet. Die Ränder der Lücke sind scharf umschrieben, nicht narbig. An der correspondirenden hinteren Muschelfläche ist die Lücke von derselben Grösse und Beschaffenheit.

Der Defect ist nicht angeboren und entwickelte sich erst nach vollendetem zweiten Lebensjahre im Laufe einiger Monate. Ueber die ursächliche Erkrankung weiss Patient nichts anzugeben. Ein „Ass“ soll die Erkrankung eingeleitet haben. Lues oder Tuberculose sind nicht vorhanden. Eine circumscribed Gangrän würde den Erkrankungsprocess am ehesten erklärlich erscheinen lassen.

Vortragender wird durch Auffrischung der Ränder und Anlegen von Nähten durch Haut und Knorpel in der Verlaufsrichtung des Antihelix die Lücke zum Verschluss bringen. Die Ohrmuschel würde dadurch in ihrer Breitendimension etwas verkürzt.

In der einschlägigen Literatur ist ein ähnlicher Defect bisher nicht verzeichnet worden.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Ein Initialsymptom der Sclerose.** Von Dr. Zwaardemaker (Utrecht).  
(Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVIII, 2.)

Z. kommt auf Grund seiner an 50 Fällen gemachten und in Tabellen bezüglich der Details übersichtlich zusammengestellten Beobachtungen zu folgender Schlussfolgerung: „Bei primärer Sclerose findet sich fast ohne Ausnahme eine Verschiebung der oberen Tongrenze über die normale Grenze hinaus, welche während der ersten Jahre des Mittelohrprocesses bestehen bleibt, und dann allmählig durch die normale Grenze hindurch in eine Einschränkung übergeht. Vom sclerotischen Ohre werden in Folge dessen während dieses Stadiums noch eine, zwei oder mehr Halbtöne gehört, welche für normale Personen gleichen Alters gänzlich unhörbar sind.“

Da z. Z. unter den Begriff der Sclerose noch eine Reihe differenter pathologisch-anatomischer Prozesse klinisch zusammengefasst wird, so beschränkt der Autor die Bedeutung vorbezeichneten Initialsymptoms auf diejenigen Fälle, wo es sich um Festlagerung der Knöchelchenkette

ohne Labyrinthcomplication handelt, sei es durch Verwachsungen in der Nische des ovalen Fensters oder durch allgemeine Sclerose der Mittelohrschleimhaut. Da bei der Sclerose die untere Tongrenze heraufgerückt zu sein pflegt, nach Z.'s Beobachtung aber die obersten Töne vorzüglich und zuweilen selbst besser als in der Norm gehört werden, so könne man auch von einer totalen Verschiebung der ganzen Tonleiter nach Oben hin reden. Die Zeitdauer dieses Initialstadiums könne sich über viele Jahre erstrecken. Bezüglich einer Erklärung des bezeichneten Symptoms verweist Z. auf die Möglichkeit, dass das Besserehören der höchsten Töne eine Folge des Ausfalles der Interferenzerscheinungen sein könne, wie solche nach Helmholtz beim normalen Hören zwischen den Massen- und Molecularschwingungen der Gehörknöchelchenkette einerseits und den Luftschwingungen andererseits bestehen, und gerade bei Schallwellen kürzerer Länge eine Verschlechterung der Perception bedingen. Dadurch dass in Folge des sclerotischen Processes die Beweglichkeit der Gehörknöchelchen behindert werde, komme es zum Ausfall der Massenschwingungen derselben und damit zum Wegfall der Interferenzerscheinungen. Auf dem durch diesen Wegfall bedingten Besserehören höchster Töne beruhe vielleicht auch das im Anfangsstadium der Sclerose so häufig auftretende Ohrensausen, insofern dasselbe wahrscheinlich ein Gefäßgeräusch sei, welches aus sehr hohen Tönen zu bestehen scheine, die erst durch den sclerotischen Process zur Wahrnehmung gelangten. — In Consequenz vorstehender Anschauungen hält Z. dafür, dass dem durch Sclerose Schwerhörigen ein wesentlicher Nutzen für sein Gehör verschafft werden könnte, wenn es gelänge, durch irgend eine Vorrichtung alle Schalleindrücke mittlerer Tonlage in höhere zu transponiren; er giebt selbst einige Andeutungen, nach welchen Principien solch' ein Instrument zu construiren sein dürfte.

Keller.

---

**Die electriche Behandlung des Tinnitus aurium.** Von Dr. L. Jones, London. (Archives of Otolgy, No. 3 u. 4, 1895, pag. 293.)

Die für das Ohr bestimmte Electrode ist zweitheilig, so dass je eine Electrode, deren Durchmesser wenigstens 2 Ctm. betragen muss, vor dem Tragus aufgesetzt wird, wo sie durch eine Feder oder dgl. festgehalten wird. Der entgegengesetzte Pol wird im Nacken aufgesetzt. Die Ohrelectrode wird mit der Anode verbunden. Einschleichen des Stromes bis zu 5, und event. auch bis zu 8 oder 10 Milliampères. Schon bei der ersten Sitzung kann man sehen, ob und wieviel man von fortgesetzter Behandlung erwarten darf. Vorsichtiges Ausschleichen des Stromes ist nothwendig. In progressiver Sklerose darf man von der Electricität nicht viel erwarten.

M. T.

## b) Rhinologische:

**Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen.** Von Dr. G. Killian in Freiburg i. Br. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 1, 1896.)

Der dritte Abschnitt seiner Untersuchungen über obengenannten Gegenstand (die ersten beiden finden sich Bd. II, pag. 234 und Bd. III, pag. 17, und wurde über dieselben Jahrg. XXIX, pag. 253 und Jahrg. XXX, pag. 87 dieser Monatsschrift referirt) bildet die Fortsetzung der Betrachtungen über die ursprüngliche Morphologie der Siebbeingegend und bespricht K. zunächst das Knorpel- und Knochengerüst der lateralen Siebbeingegend, dann das Verhältniss der Schleimhaut zu dem Knorpel- und Knochengerüst, ferner die Muschelfrage und endlich die Nebenhöhlen. Die, es sei wiederholt, ungemein sorgfältige und gründliche Arbeit bedarf eingehenden Studiums an der Hand der zahlreichen, dem Texte beigegebenen schematischen Zeichnungen, Skizzen und Abbildungen.

Beschorner.

**Beitrag zur Aetiologie der blutenden Tumoren der Nasenscheidewand.**

Von Dr. J. Sendziak, Warschau. (Journal of Laryngology, März 1896.)

Ein 34 Jahre alter Patient hatte sich häufig wiederholende Epistaxis gehabt, welche einen hochgradigen Zustand von Anämie verursacht hatte. An der rechten Seite des Septum, im oberen Theile desselben, wo knorpelige und knöcherne Scheidewand sich treffen, und in der Höhe der mittleren Muschel, fand sich ein wallnussgrosser Tumor, der auf die leichteste Berührung heftig blutete. Nach Bestäubung desselben mit 15procentiger Cocainpulver wurde in zwei Sitzungen mittelst der galvanokaustischen Schlinge, mit sehr geringem Blutverlust, entfernt. Die Basis des Tumor wurde sorgfältig kauterisirt. Nach einigen Monaten hatte sich kein Recidiv des Tumors noch der Blutung eingestellt, und der allgemeine Zustand des Patienten war bedeutend gebessert.

Microscopisch erwies sich die entfernte Geschwulst als ein Angioma cavernosum sarcomatoides. Dies ist eine sehr seltene Geschwulstform, da diese Tumoren gewöhnlich Angioma oder fibro-angioma sind. Ausserdem kommen sie nur selten bei Männern vor, und gewöhnlich am vorderen und unteren Theil des Septum, dem sogenannten Cocus Kiesselbachii.

M. Thorner.

**Ein Fall von Nasensteinen bei einem 12jährigen Mädchen.** Von E. N. Malutin. (Medicinskoje Obozrenje No. 5, 1896.)

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass in einer Nasenseite (der rechten) sich drei ganz unabhängige Nasensteine fanden, von denen der grösste, einen Abguss der untern Muschel darstellend, folgende Dimensionen zeigte:  $2\frac{1}{2}$  Ctm., 1 Ctm., 8 Mm. Das Gesamtgewicht der 3 Steine betrug 1,5 Gramm. In keinem derselben fand sich ein Fremdkörper als Kern. Die Steine bestanden hauptsächlich aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk.

Gorodecki.

**Der sogenannte blutende Polyp der Nasenscheidewand.** Von Dr. W. Freudenthal, New-York. (*Annals of Ophthalmology and Otology*, July 1895, pag. 424.)

Der sogenannte blutende Polyp des Septum narium ist eine sehr seltene Erkrankungsform. Histologisch sind sie gewöhnlich Angiomata. Die Mehrzahl derselben kommt bei Frauen vor, doch sind sie nicht als vicariirende Menstruation aufzufassen. Vielmehr sieht F. die Ursache in einem Trauma, das gegen einen sehr gefässreichen Platz, den vorderen Theil des Septum gerichtet ist. F. berichtet ausführlich einen von ihm beobachteten Fall. Die Patientin, 22 Jahre alt, bemerkte nach einem Falle Verstopfung der rechten Nasenhälfte; bald hinterher stellte sich recidivirendes Nasenbluten ein, das acht Monate lang angehalten hatte. Beim Versuche, die Geschwulst zu entfernen, trat eine gefahrdrohende Blutung auf, die erst nach vielen Bemühungen durch Cauterisation gestellt werden konnte. Histologisch erwies sich die entfernte Geschwulst als Fibroangiom. M. T.

**Ueber Behandlung von Septumdeviationen mittelst der Trephine und der Methode von Asch.** Von Dr. J. W. Gleitsmann in New-York. (*Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 115, 1896.*)

Erwähnung der zuerst von Goodwillie angegebenen schneidenden Trepankronen und stumpfen Drillbohrer für Operationen in der Nase und der Mundhöhle; Beschreibung der Operationsmethode von Asch, welche namentlich für solche Fälle geeignet ist, in denen der vordere knorpelige Theil des Septums mehr weniger zur Seite gebogen sich findet, manchmal in dem Grade, dass er die innere Wand des Nasenflügels berührt, und in denen die Entfernung des obstruirenden Knorpels eine grosse Perforation schaffen würde; Besprechung der dazu nöthigen Instrumente, als: Scheere mit convexen Branchen, deren eine schneidend, die andere stumpf ist, einer der Adam'schen ähnlichen Zange und mehrerer Obturatoren von Hartgummi in verschiedenen Grössen, ferner der Electromotoren als treibender Kraft und schliesslich eingehendere Erörterung der Nachbehandlung.

Beschorner.

**Zwei bemerkenswerthe Fälle von Tuberculose der obersten Athmungswege.** Von Dr. Pluder in Hamburg. (*Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 119, 1896.*)

Der erste Fall betraf einen 34jährigen, kräftig gebauten Klempner ohne erbliche Belastung, mit ausgesprochener Tuberculose der obersten Athmungswege und secundärer Erkrankung der Nase, des Nasenrachens und der Mundhöhle bei bestehender Lungen- und Kehlkopfhypophyse — der zweite ein 16 Jahre altes Zwillingkind, gleichfalls ohne erbliche Belastung, mit ausgebreiteter tuberculöser Affection des Isthmus faucium und Rachens, die bei negativem sonstigen Befunde als primär aufgefasst werden musste. — Bei dem ersten Kranken konnte trotz energischer allgemeiner und Localbehandlung eine Heilung oder Besserung nicht erzielt werden, während bei dem zweiten eine relative Heilung, namentlich unter intensiver Anwendung des scharfen Löffels und purer Milchsäure zu Stande kam. Beschorner.

**Behandlung des Hustens, welcher auf reflectorischem Wege von der Nase und dem Gehörorgan aus entsteht.** (Du traitement de la toux reflexe d'origine nasale et otique) Von Dr. Beverley Robinson. (Semaine médicale No. 57, 1895.)

Es giebt einen besonders des Nachts auftretenden Husten, welcher von der Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln herrührt und der aufhört, wenn man Abends den Nasopharynx mit Carbollösung (2:15) in Glycerin bepinselt. Ebenso hört der vom äusseren Meatus auditorius ausgehende Husten auf, wenn man die unmittelbar vor der Trommel nach aussen liegende geröthete Stelle mit Liquor von Swieten oder einer einprocentigen Höllensteinlösung bepinselt.

Dr. P. K.

**Bemerkungen hinsichtlich der Ursache des Catarrhs der Nase.** Von Dr. H. J. Mulford, Buffalo. (Amer. Medico-Surgical Bulletin, März 1895.)

Verf. nimmt an, dass dem chronischen Nasencatarrh immer eine Diathese zu Grunde liege. In vielen Fällen seien Stoffwechselstörungen die primäre Ursache. Sobald das Blut schwach alkalisch reagire, sei es das cavernöse Gewebe der Nasenmuscheln, das zuerst Veränderungen zeige. Im Laufe der Zeit entwickle sich dann ein chronischer Nasencatarrh. Einen Beweis für seine Behauptungen bringt Verf. nicht vor.

M. T.

**Vasomotorische Rhinitiden sumpfigen Ursprungs** (Rhinites vasomotrices d'origine palustre.) Von Dr. W. Chappell. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Bei allen Fällen von Wechselieber bemerkte Verf. häufig das Auftreten von Fieber mit Niesen, wässerigem Nasenfluss, Congestion, welcher Schnupfen schnell dem Chinin wich.

Dr. P. K.

**Recidive nach Entfernung von adenoiden Vegetationen.** Von Dr. T. E. Hopkins. (Manhattan Eye and Ear Hospital Report, Januar 1895.)

Bericht über 12 Fälle, in denen adenoide Vegetationen, nachdem sie von guten Operateuren sorgfältig entfernt worden waren, recidivirt sind. Verschiedene Operationsmethoden waren angewendet worden. H. ist der Ansicht, dass Recidive nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen viel häufiger sind, als die meisten Autoren angeben.

M. T.

**Kopfschmerz, durch adenoide Vegetationen verursacht.** Von Dr. H. S. Straight, Cleveland, O. (Medical News, 9. Nov. 1895.)

Bericht eines Falles, in welchem Patient jeden Morgen mit heftigen Kopfschmerzen erwachte, die bis gegen Mittag anhielten. Bei der Untersuchung ergab sich der Nasenrachenraum voll von adenoiden Vegetationen. Nach Entfernung derselben verschwanden die Kopfschmerzen und blieben seitdem fort.

M. T.

**Zwei seltenere Fälle aus der rhinologischen Praxis.** (Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr., Sitzung am 17. Febr. 1896.)

Herr Gerber berichtet über die folgenden zwei Fälle:

Fall 1. Er betrifft eine 32jährige Dame, die vor etwa vier Jahren an ihrem gegenwärtigen Leiden erkrankte. Es fing mit wässerigem Ausfluss aus der linken Nasenseite an, dem sich häufigeres Nasenbluten zugesellte; der Ausfluss wurde allmählich dicker, eitrig und schliesslich übelriechend. Thränenröpfeln auf dem linken Auge, linksseitige Kopfschmerzen stellten sich ein. Die Nase der etwas blossen Dame ist in der Mitte ein wenig aufgetrieben, auf Druck nicht besonders schmerzhaft. Bei Aufheben der Nasenspitze wölbt sich aus dem linken Nasenlumen ein Tumor hervor, der mässig scharfkantig gerade zwischen Septum und lateraler Wand zu sitzen scheint. Die Oberfläche ist mit Eiter bedeckt, soweit sichtbar, von weisslichgelbgrüner, wenig ausgesprochener Farbe. Die Sonde erweist ihn als knochenharten Körper, der dem Zuge verschiedener gebräuchlicher Kornzangen nicht folgt. Erst mit einem Conchotom gelingt es, das Corpus alienum zu entfernen. Es erweist sich als ein sehr ansehnlicher Nasenstein von ca. 3 : 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub> Ctm. Durchmesser und 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Gr. Gewicht.

Im Ganzen dürften bisher etwa 130 Publicationen über diesen Gegenstand existiren. Ueber die Veranlassung zur Bildung des vorliegenden Steines konnte anamnestisch nichts ermittelt werden; den Stein selbst aber wollte ich nicht zerstören, zumal ich auf frühere Befunde<sup>1)</sup> hinweisen kann, die ergeben haben, dass Bacterien (Leptothrix?) einen Hauptantheil bei der Steinbildung haben dürften, ein Resultat, mit dem auch die Untersuchung entkalkter Fragmente des vorliegenden Steines genau übereinstimmte.

Fall 2. Hier handelt es sich um einen 13jährigen Knaben, der seit Juni 1894 an sehr häufigen und heftigen Blutungen aus Nase und Mund litt. Dazu gesellte sich später eine immer mehr zunehmende Behinderung der Nasenathmung, die schliesslich ganz durch Mundathmung ersetzt wurde. Patient bekam häufig Nachts Erstickungsanfälle und wurde sehr anämisch und kraftlos. Bei der Untersuchung mittelst vorderer Rhinoscopie stösst die Sonde hinten beiderseits auf einen Widerstand. Schon der leisesten Sondenberührung folgt heftige Blutung. Bei der hinteren Rhinoscopie zeigt sich eine den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende, gut abgrenzbare Tumormasse, die nach oben zu weit an das Rachendach hinauf- und nach unten bis fast zum Rande des Segels reicht und nicht nur Choanen und Septum, sondern auch die Tubenwülste beiderseits völlig überlagert. Die Farbe ist blassröthlich; die Form die eines quer liegenden Hühnereies und auch die Grösse wohl einem solchen entsprechend. Die Diagnose wurde auf Nasenrachenfibrom — wahrscheinlich Choanenrandfibrom — gestellt. Bei der Operation zeigte sich der Tumor so weich und brüchig, dass von einem Umlegen der galvanocautischen Schlinge Abstand ge-

<sup>1)</sup> Zur Kenntniss der Nasensteine. Deutsche medicinische Wochenschrift 1892, No. 51.

Nochmals: Der Nasenstein ein Bacterienproduct. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1894, No. 10.



nommen werden musste und die Entfernung — grösstentheils vom Munde, zum kleineren von der Nase her — mit schneidenden Zangen und Curetten bewerkstelligt wurde. Die Ausräumung förderte eine grosse Menge weicher Tumormassen zu Tage, die das Aussehen adenoider Vegetationen boten.

Die microscopische Untersuchung eines an Herrn Professor Nauwercck übersandte Stückchens ergab: lymphadenoides Gewebe, und hatten wir es nach alledem in diesem Falle mit einer excessiven Hypertrophie der Rachenmandel zu thun, die einen Nasenrachenpolypen vortäuschte.

Seither ist die Nasenathmung eine normale, die Blutungen haben aufgehört.

---

**Die hinteren Muschelenden.** (Les queues de cornet.) Von G. Laurens in Paris. (Arch. internat. de laryngol. etc. Bd. IX, No. 1, Januar-Februar 1896.)

Betrachtungen über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, wie sie sich bei der Hypertrophie des hinteren oder pharyngealen Endes der Nasenmuscheln darstellen, und über die subjectiven wie physicalischen Erscheinungen, welche diese, beim Menschen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre so häufige Affection mit sich bringt; Beschreibung und Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden: Electrolyse, galvanocaustische Zerstörung, Abtragung mittelst kalter oder heisser Schlinge und Bemerkungen über die Nachbehandlung, wobei den nicht selten heftigen Blutungen besondere Würdigung zu Theil wird.

Beschorner.

---

**Fall eines Empyems der Highmorshöhle bei einem 3wöchentlichen Kinde.** Von A. S. Greidenberg. (Medicinskoje Obosrenje No 5, 1896.)

Bei einem 3wöchentlichen Kinde, dessen Vater Lues überstanden hatte, bildete sich eine Anschwellung unter dem linken Auge; zugleich bemerkte man am Alveolarrande des linken Oberkiefers einen weissen Fleck, der sich als ein hohler, dünnwandiger Zahn erwies, der bei Berührung ausfiel. An dessen Stelle, die dem ersten oberen linken Schneidezahn entsprach, bildete sich in den folgenden Tagen eine Necrose des Zahnfleisches aus. Auch die Anschwellung unter dem linken Auge nahm zu, es gesellte sich hohes Fieber und eitrig-blutiger Ausfluss aus dem linken Nasenloche hinzu. Es wurde nur der Eiterherd durch eine breite Incision eröffnet, die Höhle durchgespült und Jodoformgaze von der äusseren Wunde durch die Höhle zum Alveolarrande hindurchgeführt. Im Verlaufe der weiteren Behandlung wurden zu verschiedenen Zeiten 5 Sequester entfernt. Heilung nach 2 Monaten.

Gorodecki.

---

**Qualitative Geruchmessung.** Von Dr. H. Zwaardemaker in Utrecht und Dr. C. Reuter in Ems. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag 55, 1896.)

Die Untersuchungen haben den Zweck, die Frage der Entscheidung nahe zu bringen, ob nur Verschiedenheit der Intensität des Reizes oder Verschiedenheit der Empfindlichkeit des Geruchsorganes Ursache

dazu sind, wenn sich bei einem Falle von Anosmie herausstellt, dass der eine Riechstoff wohl, der andere nicht gerochen wird, und erstrebt die von Z. und R. genau beschriebene Methode der qualitativen Geruchsmessung, mit einfachen Hilfsmitteln schnell einen Ueberblick zu verschaffen über das Verhalten einer Anosmie den verschiedenen Klassen der Riechstoffe gegenüber, und wenn einmal Abweichungen gefunden worden sind, diese nach strenger Methode zu prüfen. Beschorner.

**Allgemeine Technik der intranasalen Operationen.** (Technique générale des opérations intranasales.) Von Dr. Marcel Lermoyez. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Im Allgemeinen sind die intranasalen Operationen, selbst gar nicht antiseptisch ausgeführt, doch von normalem Verlauf wegen der antiseptischen Eigenschaften des Nasenschleimes. Diese bacterientödtende Eigenschaft hat aber ihre Grenzen und es können nachtheilige Folgen eintreten. Verf. theilt diese unangenehmen Ereignisse ein in: 1) Infection, 2) Reflexerscheinungen, 3) Blutungen. Verf. giebt nun die allgemeinen Empfehlungen, die Regeln, welche vor der Operation, während der Operation und nach der Operation zu befolgen sind.

Dr. P. K.

**Ein Apparat zur Ausspritzung der Nase.** Von Dr. H. Daae in Christiania. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 128, 1896.)

Gewöhnlicher Nélatoncatheter (No. 12—15), dessen vorderster Theil in einer Ausdehnung von ca. 5—8 Ctm. durchlöchert ist; das Ohr des Catheters ist zugenäht. Die Spritzung wird vorgenommen, indem man das Instrument, nachdem es an die Ballonspritze befestigt ist, so weit in die Nase bringt, wie die Löcher reichen. Das Wasser strahlt dann durch diese und reinigt die Nase.

Beschorner.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Die Streptococcen des normalen und des kranken Mundes.** (Les streptocoques de la bouche normale et pathologique) Von Dr. F. Widal und Dr. F. Besançon. (Bulletin et mémoires de la société des hopitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Bei sehr vielen Allgemeinerkrankungen und Localleiden des Halses fanden Verf. Streptococcen, ohne dass sie dieselben für jeden Fall von einander unterscheiden konnten; die Streptococcen, welche man bei Gesunden im Munde findet, geben durch Impfung nie Erysipelas oder Sepsis; die Streptococcen, welche aus dem Munde von 10 Erysipelasfällen entnommen wurden, ergaben durch Impfung einmal Sepsis und Tod nach 3 Tagen und zwei Mal ein typisches Erysipel. Bloss in einem Falle von membranöser nicht diphtheritischer Angina ergab die Impfung mittelst aus dem Munde entnommener Streptococcen beim Kaninchen Erysipel. Alle diese Streptococcen können, wenn sie mit anderen Microben zusammen sich finden, pathogenisch wirken. Verf. kommen zu dem Schlusse, dass man in keinem Falle die Mund-Rachenleiden nach dem Vorhandensein der Streptococcen classificiren soll.

Dr. P. K.

**Microben des gesunden Halses.** (*Microbes de la gorge normale.*)  
Von Dr R Adams. (*Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 3, 1895.)

In 28 gesunden, im Spital untersuchten Hälsen fand man 5 Mal den Klebs-Löffler'schen Bacillus; man fand ihn zwei Mal bei 19 auswärtigen Kranken. Bei 28 maserkrankten Kindern fand man 10 Mal den Klebs-Löffler'schen Bacillus; die Patienten wurden gleich behandelt und nicht einer bekam Diphtheritis. Dr. P. K.

**Condylome der Luftröhre.** Von Dr. H. Griffin. (*New-York Med. Journ.*, 16. Nov. 1895.)

Patientin, 30 Jahre alt, klagte über leichte Dyspnoe und unangenehme Reizzustände im Halse. War vor acht Jahren syphilitisch inficirt worden. Der Hals war sehr geschwollen und empfindlich. Laryngoscopisch konnte man nahe unterhalb der Stimmbänder eine der Vorderwand der Luftröhre anhaftende Geschwulst sehen. Dieselbe war schmutzig roth, mit schmierigem Belage bedeckt und oberflächlich zerklüftet. Heilung trat innerhalb einiger Wochen durch energische antisiphilitische Behandlung ein. M. T.

**Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.** Von N. D. Wischnakow. (*Medicinskoje Obosrenje* No. 5, 1896.)

Einem 57jährigen Mann gerieth eine kleine Gurke (bohnergross) in die Luftwege. Bei der Auscultation zeigte sich, dass der mittlere und untere rechte Lungenlappen sich bei der Athmung nicht betheiligten; somit war der Fremdkörper offenbar im rechten Bronchus eingekeilt. Am 10. Tage nach Beginn der Erkrankung stiess Pat. den Fremdkörper bei einem heftigen Hustenanfall aus. Gorodecki.

**Fremdkörper der Luft- und Verdauungswege.** (*Corps étrangers des voies aériennes et alimentaires*) Von Dr. F. Semon. (*Société laryngologique de Londres*, Décembre 1894 und *Revue de laryngologie et d'otologie* No. 8, 1895.)

Verf. zeigte verschiedene Fremdkörper, welche theils künstlich, theils natürlich aus den Luft- und Verdauungswegen entfernt worden waren: 1) ein Stück Holz aus der Nase eines vierjährigen Kindes entfernt, 2) eine Stecknadel mittelst Pincette aus dem Ligamentum aryepiglotticum bei einem 13jährigen Kinde entfernt, nachdem selbe seit mehreren Monaten dort gewellt hatte, 3) ein Ohrring, welcher Anfangs unter dem linken Stimmbande, dann in dem linken Bronchus sich befand und dann ausgehustet wurde, 4) ein Arm einer Zahnzange mittelst Tracheotomie aus dem rechten Bronchus einer Frau entfernt, 5) zwei halbe Penny's aus der Glottis von kleinen Kindern, welche selbe verschluckt hatten, entfernt, 6) ein Stück Fleisch, ein langes spitzes Knochenstück enthaltend, aus dem Oesophagus eines Erwachsenen entfernt. Verf. giebt die Einzelheiten aller dieser Fälle. Verf. ist der Meinung, bei einmal sicher gestellter Diagnose die Extraction mittelst aller uns zu Gebote stehenden Mittel vorzunehmen; ausgenommen in dem Fall, wo der Fremdkörper rund ist und durch das Gesetz der Schwere durch Kopfstellung herausfallen kann. Dr. P. K.

**Ueber die Aetiologie der Mandeltuberculose und deren Behandlung.** (De l'étiologie de la tuberculose des amygdales et de son traitement.) Von Dr. Tussau (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Bis jetzt zu wenig gewürdigt, dennoch sehr wichtig. Klinisch findet man Excesse im Trinken und Rauchen als Ursachen. Die anti-septische Secretion der Mandeln wird durch Excesse in absorptionsfähige Herde für septische Substanzen umgewandelt. Die Mandeltuberculose kann primär und secundär sein; im ersteren Fall soll man immer operiren. Verf. giebt drei Beispiele als Beleg. Dr. P. K.

**Lacunäre acute Diphtheritis der Mandeln.** (Diphthérie lacunaire aiguë des amygdales.) Von Dr. Henry Koplik. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Die lacunären Diphtherien, welche ohne Fieber, ohne gestörtes Allgemeinbefinden, ohne Pseudomembranen verlaufen, sind wichtig. Das symmetrische Ergriffensein der Mandeln nebst der bacteriologischen Untersuchung sind die wichtigsten Symptome. Dr. P. K.

**Ueber Anomalieen der Entwicklung der Schilddrüse.** Von Dr. med. A. Falkenberg. Aus der Kiewer chirurgischen Hospitalcllinik des Prof. F. K. Bornhaupt. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 5, 1895.)

Nach einer Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Entwicklung der Schilddrüse, berichtet Verf. über einen Fall von Persistenz des Ductus thyreo-glossus fast in seiner ganzen Länge. Ein ähnlicher Fall ist bisher noch nicht publicirt worden. Es handelte sich um ein 17jähriges Mädchen, bei welchem vor ca. 1½ Jahren sich nach kurzdauernden entzündlichen Erscheinungen eine nässende Fistel gebildet hatte. Die Fistelöffnung befand sich 3 Ctm. über dem Sternalrand und secernirte etwas schleimigen Eiter. Ueber der Fistelöffnung liess sich unter der Haut ein Strang in der Mittellinie des Halses bis über das Zungenbein hinaus verfolgen. Bei der Operation liess sich der Strang bis in die Zungenwurzel hinein herauspräpariren. Er wurde hier abgetrennt, aber zeigte an dieser Stelle noch ein Lumen. Das blinde Ende konnte jetzt in der Zungenwurzel nicht mehr gefunden werden. Die Wunde heilte per primam, doch öffnete sich nach einem Monat die Fistel wieder über dem Zungenbein. Auf eine zweite Operation ging Pat. nicht ein. Bei Untersuchung der Zunge liess sich eine Sonde in's Foramen coecum 2 Ctm. tief einführen. Die microscopische Untersuchung des excidirten Canales zeigte, dass derselbe mit Flimmer-epithel ausgekleidet war, was seine Identität mit dem Ductus thyreo-glossus beweist.

Ferner beschreibt Verf. einen von Prof. Bornhaupt operirten Fall von accessorischer Schilddrüse in der Regio submentalis, dem er eine Uebersicht der in der Literatur veröffentlichten Fälle accessorischer Schilddrüsen aureilt. Gorodecki.

**Adenom embryonaler Anlagen der Schilddrüse.** Von Dr. J. M. Bachmaninow. Aus dem Moskauer Marienhospital. (*Medicinskoje Obosrenje* No 1, 1896.)

Nach einer Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Bau und Entstehung der Strumen, berichtet Verf. über zwei von ihm histologisch untersuchte Fälle von Halstumoren. Es handelte sich um einen Jüngling von 18 Jahren und ein 10jähriges Mädchen (Geschwister), welche beide Träger recht ausgebreiteter Geschwülste an den seitlichen und vorderen Halsparthien waren. Die Tumoren wurden in mehreren Sitzungen extirpirt und erwiesen sich als theils mit der Schilddrüse zusammenhängende, theils selbstständige Wucherungen vom Baue der Schilddrüse, wobei jedoch das häufige Auftreten solider Epithelzapfen auffiel. Verf. deutet die Tumoren als Adenome, die sich aus embryonalen Schilddrüsenkeimen entwickelten. Bezüglich der Genese der Strumen lehnt er sich hiermit an die Theorie von Cohnheim-Wölfler an.

**Thyroiditis mit Pneumococcen nach einer Pneumonie. Heilung.** (*Thyroidite à pneumocoques postpneumonique. Guérison.* Von Dr. G. Léwi und Dr. Bensaude. (*Bulletin de la société anatomique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Ein 49jähriger, nie mit Kropf behafteter Mann bekam in der Reconvalescenz nach Pneumonie Fieber und Abscess der Schilddrüse. Eröffnung des Abscesses. Die bacteriologische Untersuchung ergab die Pneumococcen, wie Talamon und Fränkel selbe beschreiben. Die Culturen, auf Mäuse eingepflicht, tödteten selbe in 3—4 Tagen. Verff. fanden nur ein einziges ähnliches Beispiel in der Literatur.

Dr. P. K.

**Die Nebenschilddrüsen beim Menschen.** (*Les glandes parathyroïdiennes de l'homme.*) Von Dr. Chantemesse und René Marie. (*Bulletin et mémoires de la société méd. des hôpitaux de Paris und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx* No. 1, 1894.)

Dank der Entwicklung dieser Drüsen nach vollzogener Thyroidectomie bekommen die Patienten keine Cachexie strumipriva. Der Schwede Sandström hat dieselben zuerst beim Menschen und Thiere beschrieben; Chantemesse und René Marie bestätigen Sandström's Entdeckungen. Regelmässig bestehen am unteren Rande der Schilddrüse, an dem Punkte, wo die Arteria thyroidea inferior sich in die Drüse senkt, 2—3 kleine Drüsen, oben am hinteren Rande besteht ebenfalls, aber nicht so regelmässig, beiderseitig eine einzige kleine Drüse, welche sich ebenfalls an dem Einsenkungspunkte der Arteria thyroidea in die Schilddrüse befindet. Meistentheils befinden sich diese kleinen Nebendrüsen in der Schilddrüsen-capsel, seltener in dem umgebenden Fettgewebe. Sie haben dieselbe Farbe wie die Schilddrüse, sind fein gelappt und haben einen kleinen vasculären Stiel, der sie mit den Thyroidalgefässen verbindet. Verschieden geformt, bewegt sich ihre Grösse zwischen der eines Hirsekorns und einer Linse; das Microscop ergiebt die Structur der embryonalen Schilddrüse, die sich allmählig in

die ausgewachsene Schilddrüse verwandelt. Es ist Pflicht des Operateurs, bei der Thyroidectomie diese Drüsen zu schonen; man soll also intracapsulär operiren. Dr. P. K.

---

**Thyroidectomie mit nachfolgender Resection der Cartilago cricoidea und der fünf oberen Trachealringe; neuer phonetischer Apparat.** (Thyroidectomie suivie de résection du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée et nouvel appareil pour rétablir la phonation.) Von Dr. Péan. (Gazette des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Eine Frau bekam die Schilddrüse entfernt. Nach zwei Jahren Recidive mit carcinomatösem Aussehen; die Cartilago cricoidea und die fünf obersten Trachealringe mussten mitentfernt werden. Verf. zieht folgende wichtige Schlüsse: es können Anfangs gutartige Schilddrüsentumoren in bösartige sich umwandeln; es ist nothwendig, ausgiebig zu entfernen; sogar Larynxtheile und Trachealringe, wenn es nöthig ist; die Operation ist leicht wegen der Torsion und der Zerstückelung; man kann einen künstlichen Stimmapparat anlegen.

Dieser von Kraus erfundene Apparat erlaubt das Mundathmen und gestattet die normale Stimme. Die Construction des Apparates wird am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

---

**Supracervicale Phlegmone und Ludwig'sche Angina.** (Phlegmon cervical supérieur et angine de Ludwig.) Von Dr. G. Phocas. (Revue intern. de rhinologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Zwei Fälle bei je einem 9jährigen Kinde, Heilung. Die Infection war jedenfalls von den Zähnen ausgekommen, da sonst keine Eingangspforte entdeckt werden konnte. Die Microben hatten die Lymphbahnen betreten und der Eiter hatte sich am Mundboden oberhalb des Musculus mylohyoideus angesammelt. Verf. zieht vor, den Abscess durch die äussere Haut zu öffnen: ein einfacher Hautschnitt genügt; man kann dann mit stumpfen Instrumenten sich in die Tiefe bis auf den Eiterherd durchbohren, ohne eine Blutung zu befürchten.

Dr. P. K.

---

**Die sublinguale Phlegmone, Ludwig'sche Angina.** (Le phlegmon sublingual, angine de Ludwig.) Von Dr. Delbet. (Gazette médicale de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Ludwig'sche Angina bei einem 24jährigen Mann, mit ungeheurer linksseitiger Schwellung, Schmerz, Dyspnoe, Dysphagie. Verf. verwirft den Namen Ludwig'sche Angina, weil es sich nicht um eine eigentliche Angina handelt. Es ist eine infectiöse Phlegmone, welche durch die verschiedenen pyogenen Microben hervorgebracht werden kann; sie entsteht immer in der Unterzungenloge, nie in der submaxillären Loge. Daher auch die Vorschrift, tief einzuschneiden und immer den Musculus mylohyoideus zu durchtrennen. Wenn man in solchen Fällen nicht frühzeitig eröffnet, so ist die Prognose trüb. Dr. P. K.

**Bacteriologische Befunde bei Angina lacunaris.** Von Dr. E. Meyer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 66, 1896.)

M. fand, dass die Mehrzahl der Angina lacunaris-Fälle durch den Streptococc. pyogen. hervorgerufen wird; dass die Staphylococcen, wenn überhaupt, wohl nur in den allerseltensten Fällen für die Aetiologie heranzuziehen sind, während sie in der Majorität der Fälle als Begleiter auftreten; dass drittens der Diphtheriebacillus eine unter dem Bilde der Angina verlaufende Erkrankung verursachen kann und dass endlich, nach gut beobachteten Fällen in der Literatur, auch der Pneumococcus manchmal die Ursache der Angina ist. Beschorner.

**314 Fälle von Diphtherie, behandelt mit Serum.** Von Dr. W. Samgin.  
**120 Fälle von Diphtherie, behandelt mit Serum.** Von O. W. Gortinska.  
**Behandlung der Diphtherie mit Serum. Zweite Serie (56 Fälle).** Von A. Malinowski. (Medicinskoje Obosrenje No. 1, 1896.)

Alle drei Arbeiten geben die üblichen Zusammenstellungen. Hervorgehoben sei hier das günstige Mortalitätsverhältniss: a) Dr. Samgin: 19,4 pCt. (bei Croup 37,5 pCt.), b) Dr. Gortinska 20,8 pCt. (bei Croup 16,6 pCt.), c) Dr. Malinowski 7,2 pCt. (bei Croup 10 pCt.).

Gorodecki.

**Resultate der Diphtherie-Behandlung mit Serum im Moskauer Kinder-Hospital des heil. Wladimir für das erste Halbjahr 1895.** Von W. F. Dreyer. (Wratsch No. 45, 1895.)

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 310 Kranke. Die Mortalität betrug 20 pCt., während sie in den vorhergehenden Jahren zwischen 40,3 pCt. bis 47,9 pCt. schwankte. Die Behandlung war ausser den Einspritzungen die übliche: Tonica, Desinfection des Rachens, wenn nöthig Tracheotomie (31 Fälle mit 42 pCt. Mortalität). Von unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtete Verf. häufigeres und frühzeitigeres Auftreten von Paralyse, Exantheme. Auch das Auftreten von Herzschwäche mit Arythmie des Pulses bereits nach Ablauf der localen Erscheinungen möchte Verf. auf die Serumbehandlung zurückführen.

Verf. benutzte theils Behring'sches, theils Moskauer Serum (mit Chloroformzusatz). Einen Unterschied in der Wirkung konnte er nicht constatiren. Gorodecki.

**Ueber Behandlung der Diphtherie mit salzsaurem Pilocarpin.** Von S. A. Barski. (Wratsch No. 45, 46, 47, 1895.)

Gegenüber der herrschenden Strömung zu Gunsten der Serumbehandlung betont Verf. den bereits von verschiedenen Seiten festgestellten günstigen Einfluss der Pilocarpinbehandlung der Diphtherie. Nach einer kurzen Uebersicht der Literatur berichtet Verf. über das Resultat seiner eigenen Beobachtungen, die er im Laufe von zehn Monaten während einer schweren Diphtherie-Epidemie in zwei Nachbardörfern des Jekatarinoslauer Gouvernements, welche 202 Kinder (10000 Einwohner) dahinraffte, anstellte. Verf. behandelte nur einen geringen Theil aller Erkrankten: 95 Fälle mit einer Gesamtmortalität von 32,63

pCt. Er theilt seine Pat. in 4 Gruppen ein: 1) nur mit Pilocarpin behandelt 48 Fälle mit 16,66 pCt. Mortalität, 2) mit Pilocarpin und Serum zugleich behandelt 17 Fälle mit 17,64 pCt. Mortalität, 3) mit Serum allein behandelt 6 Fälle mit 16,66 pCt. Mortalität, 4) weder mit Pilocarpin noch mit Serum behandelt 24 Fälle mit 79,16 pCt. Mortalität. Auch die anderen Zusammenstellungen des Verf.'s nach Alter, Häufigkeit der Stenosen etc. sprechen alle zu Gunsten des Pilocarpins. Klinisch äusserte sich die günstige Wirkung in Temperaturabfall, Besserung des Pulses und Allgemeinbefindens, sowie leichter und reichlicher Abstossung der Membranen. Auf letztere, sowie auf die reichliche Schweiss-, Speichel- und Harnsecretion möchte Verf. die günstige Wirkung des Pilocarpins zurückführen. Gorodecki.

---

**Ueber die Ursachen der Trübung des Diphtherie-Heilserums.** Von S. K. Dzerzgovski. (Wratsch No. 51, 1895.)

Verf. hat im Petersburger Institut für Experimentalmedizin ausgedehnte Untersuchungen über die chemischen und biologischen Eigenschaften des Bodensatzes im Diphtherie-Heilserum angestellt und fand, dass derselbe in den allermeisten Fällen unschuldiger Natur sei. Besonders gilt dies vom carbolisirten Serum, welches auch künstlich hereingebrachte Microorganismen (ausser Milzbrandbacillen) abtödtet.

Gorodecki.

---

**Ueber Veränderungen im Blute und einigen Organen bei Kaninchen nach subcutaner Injection von Antidiphtherieserum.** Von D. J. Kossortow. (Referirt in Medicinskoje Obosrenje No 5. 1895)

Verf. injicirte 3 Kaninchen je zweimal 500 Cubikcentimeter Heilserum und gelangte zu folgenden Resultaten:

- 1) In Leber und Nieren fand sich Hyperämie und trübe Schwellung.
- 2) Die Lymphdrüsen zeigen acute Hyperplasie, weniger die anderen Drüsen, sowie die Milz.
- 3) Im Blute fand sich eine bedeutende Quantität von sogen. Stechapfelformen, sowie auch Leucocytose.

Gorodecki.

---

**Ueber Intubation des Kehlkopfs im Zusammenhang mit der Blutserumbehandlung der Diphtherie.** Von A. A. Polievktow, Assistent der Kinderklinik in Moskau. (Detskaja Medicina No. 1, 1896.)

Verf. beschreibt die an verschiedenen europäischen Kliniken gebräuchlichen Methoden der Intubation, ihre Indicationen und Resultate, welche letztere mit Einführung der Serumtherapie sich derart verbessert haben, dass in Zukunft die Intubation wohl der Tracheotomie den Vorrang ablaufen dürfte. Der Aufsatz bringt nichts wesentlich Neues. Empfehlenswerth erscheint Ref. das vom Verf. beschriebene, gegenwärtig in Paris gebräuchliche Intubationsbesteck von Sevestre-Bayeux, dessen viel kürzere Tuben ohne Extractor und ohne Fadenschlinge durch einfache Expectoration bei geneigtem Kopfe und gleichzeitigem Druck auf Ring- und obere Trachealknorpel sich entfernen lassen.

Gorodecki.



**Pseudodiphtheritis und Streptococcen.** (*Angine pseudodiphthérique à streptocoques.*) Von Dr. Jaccoud. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* und *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Localer Halsschmerz und Dysphagie, kein Fieber, submaxilläre Ganglienschwellung und Pseudomembranen im Pharynx; etwas Albuminurie, Heilung nach zwei Wochen. Die bacteriologische Untersuchung ergab Streptococcenangina, trotzdem die klinischen und microscopischen Symptome die der echten Diphtheritis waren. Verf. macht darauf aufmerksam, dass diese Art von Angina nicht so plötzlich mit Schüttelfrost und hohem Fieber auftritt, wie die Diphtheritis. Man soll in ähnlichen Fällen die Pseudomembranen entfernen, mit Sublimatlösung (1—500) einpinseln und dazwischen Inhalationen von Borsäurelösung machen.

Dr. P. K.

**Ein Fall von acuter Nephritis nach einfacher herpetischer Angina mit eclamptischen Anfällen, Bronchopneumonie, Coma und Tod.** (*Un cas de néphrite suraigue consécutive à une angine herpétique simple, avec crises éclamptiques, bronchopneumonie intercurrente, coma et mort.*) Von Dr. V. Siraud. (*Province méd., Revue internationale de bibliographie* und *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

**Hysterisches Stummsein.** (*Mutisme hystérique.*) Von Dr. Coradecchi. (*Gaz. degli ospit. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Hysterisches Stummsein, mit der Menstruation zusammenfallend und von den Schwierigkeiten letzterer abhängig. Behandlung mittelst Bromcampher und citronensaurem Eisenammoniak brachten Heilung.

Dr. P. K.

**Hysterisches Stummsein.** (*Mutisme hystérique.*) Von Dr. Carlo Gioffredi. (*Il progresso medico und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Verf. erzählt einen Fall von hysterischem Stummsein, welcher durch einmalige Aethernarcose geheilt wurde. Er giebt die Statistik von 79 gesammelten Fällen, welche durch die verschiedenartigsten Mittel geheilt wurden; zu den heftigen Gemüthsbewegungen sind auch die sogenannten Wunder an Wallfahrtsorten zu rechnen, wo ebenfalls Heilungsfälle vorgekommen sind. Selten tritt keine Heilung ein.

Dr. P. K.

**Abductorenlähmung zweifelhaften Ursprunges und Bronchocele cystica und Dyspnoe; Operation; Besserung.** (*Paralysie double abductrice d'origine incertaine avec bronchocele kystique et dyspnée; opération; amélioration.*) Von Dr. Bowlby. (*Société laryngologique de Loudres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie* No. 8, 1895.)

Ein 60jähriger Mann hat Bronchocele und Dyspnoe. Sehr starke Cyste an der linken Halsseite, welche Larynx und Trachea sehr nach rechts verdrängte. Anfälle von Erstickung, Schlingbeschwinden; doppel-

seitige Cricoarytenoideilähmung. Entleerung der Cyste. Bedeutende Besserung. Die Lähmung besteht weiter, ohne dass man eine sonstige Ursache davon finden kann.

Dr. P. K.

**Aneurysma des Aortenbogens, den Vagus linkerseits und den Recurrens nebst der Trachea comprimirend; Parese des rechten Stimmbandes durch unvollständige Posticuslähmung.** (Anévrysme de la crosse de l'aorte comprimant les nerfs pneumogastrique et laryngé recurrent gauches et la trachée, avec parésie abductrice de la corde vocale droite.) Von Dr. Bowlby. (Société laryngologique de Londres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 8, 1895.)

Verf. zeigt das anatomische Präparat eines 60jährigen Mannes, welcher an einem Aneurysma des Aortenbogens litt, welches trotz genauer Untersuchung nicht diagnosticirt worden war. Die Section ergab, dass das Aneurysma nirgends mit den Thoraxwänden in Contact war, ausgenommen auf den Körpern zweier Wirbel; daher konnte es intra vitam nicht diagnosticirt werden. Die Tracheotomie, welche hier unnützer Weise ausgeführt worden war, hilft nie in solchen Fällen, weil die Compression intrathoracisch ist.

Dr. P. K.

**Die Erschütterungen der Trachea bei Aortenaneurysma.** (Les secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte.) Von Dr. V. Martin-Durr. (Thèse de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1894.)

Oliver hat selbe im Jahre 1878 zuerst als pathognomonisches Zeichen des Aortenaneurysma beschrieben; das Aneurysma muss aber an dem hinteren unteren Theil des horizontalen Stückes des Aortenbogens liegen; es reitet dann natürlich auf dem Anfang des linken Bronchus. Es giebt drei Methoden, die trachealen Erschütterungen festzustellen: 1) der Kranke steht gerade, schliesst den Mund, hebt das Kinn so hoch wie möglich; der Arzt nimmt die Cartilage cricoidea zwischen Zeigefinger und Daumen und hebt selbe langsam nach oben; 2) der Arzt stellt sich hinter den Kranken, nimmt die Cartilago cricoidea zwischen die zwei Zeigefingerspitzen und hebt die Cartilago nebst der Trachea langsam in die Höhe; 3) man legt abwechselnd den Zeigefinger bald links, bald rechts seitlich auf das Laryngotrachealrohr; diese Methode verhindert die Verwechselung mit dem Klopfen der Halsarterien. Zur Controlle dient, dass gewöhnlich bei Aneurysma Symptome des Vagus oder wenigstens des Recurrens durch Compression bestehen.

Dr. P. K.

**Ueber die Behandlung verschiedener Kropffarten mit Schilddrüsenpräparaten.** Von K. P. Serapin. (Wratsch No. 5, 1896.)

Verf. behandelte 12 Fälle mit dem trockenen Thyreoidin von Prof. A. W. Poehl und gelangte zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die wirksamen Bestandtheile der Schilddrüse vermindern in einer gewissen Anzahl von Fällen den einfach hyperplastischen Kropf; manchmal selbst bis zur Norm.

2) Mit Vorsicht lassen sich unangenehme Nebenwirkungen vermeiden.

3) Die Wirkung des Mittels äussert sich nicht nur in Verminderung der Geschwulst, sondern auch in Regulirung der häufig begleitenden nervösen Störungen.

4) Zur Controlle der Wirkung eignet sich am besten eine Reihe photographischer Aufnahmen. Gorodecki.

---

**Schilddrüsenbehandlung beim gewöhnlichen Kropf.** (De la médication thyroïdienne dans le goître vulgaire.) Von Dr. P. Marie. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 8 Novembre 1895 und Semaine médicale No. 56, 1895.)

Ein 14jähriges Mädchen hat einen apfelgrossen, ziemlich harten, aber noch elastischen Kropf; nach der Schilddrüsenmahrung trat gleich in den ersten Tagen Besserung und bald Heilung ein: die Allgemeinerscheinungen waren unbedeutend, das Körpergewicht hatte blos um drei Pfund abgenommen. Diese Beobachtung stimmt mit denen von Bruns überein, dass die Methode am besten wirkt, wenn der Kropf von relativ kurzer Dauer, wenn Pat. nicht myxomatös, wenn das Volumen nicht zu bedeutend, wenn die Hypertrophie parenchymatös und wenn Pat. jung ist. Dr. P. K.

---

**Ueber den Tod der Kinder bei Hypertrophie der Thymusdrüse.** (De la mort chez les enfants par l'hypertrophie du thymus.) Von Dr. J. Mussy. (Médecine moderne und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Der Spasmus glottidis der kleinen Kinder wird von den einen Autoren als centrale convulsivische Krankheit, von den anderen als durch den Druck der hypertrophirten Thymusdrüse auf die Trachea hervorgebracht angesehen. Verf. unterscheidet mit Recht zweierlei solche Anfälle von Spasmus, so dass beide Autoren Recht haben und besonders, wenn nicht immer, sind die plötzlich eingetretenen Todesfälle bei Spasmus glottidis auf eine Hypertrophie der Thymus zurückzuführen, was ja auch die Section jedes Mal beweist. Dr. P. K.

---

**Intralaryngeale Injectionen von Guajacol und Menthol bei fötidem Auswurf.** (Des injections intralaryngées de guajacol et de menthol dans les cas d'expectoration fétide.) Von Dr. James Mc. Naught. (Brit. med. Journ. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Bei einer 50--60jährigen Frau bestand nach einem Influenzaanfall fötider Auswurf und lautete die Diagnose auf Abscess oder Bronchoectasie. Jedenfalls nützen die Einspritzungen auffallend, nicht blos local, sondern auch auf den Allgemeinzustand. Es wurden täglich ungefähr 2 Gramm in den Larynx von folgender Mischung gespritzt: Guajacol 2 Gramm, Menthol 10 Gramm, Ol. olivarum 240 Gramm. Ausserdem nahm Patientin täglich von folgenden Pillen: Jodoform, Creosot, Crotonchloralhydrat ää 0.12 Centigramm. Heilung nach sechs Wochen. Dr. P. K.

**Oedema glottidis als erstes Symptom des Morbus Brightii bei Erwachsenen.** (Oedème de la glotte considéré comme symptôme primitif du mal de Bright chez l'adulte.) Von Dr. Maire Améro. (Thèse de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1894)

Es muss immer schon, wenn auch ein leichtes Larynxleiden bestehen, wenn das Larynxödem das erste Symptom der Albuminurie sein soll. Entsteht meist langsam, selten plötzlich. Als Mittel werden Aderlass (?), diuretische Mittel, namentlich Digitalis und Lactose gegeben. Die Tracheotomie muss so frühzeitig als möglich ausgeführt werden; die Tubage scheint von Nutzen zu sein. Dr. P. K.

**Zwei Todesfälle nach laryngealen Manipulationen.** Von J. S. Geschelin. (Süd-russische med. Zeitung No. 25, 26, 1895.)

In dem einen Falle bei einem 19jährigen kräftigen Individuum, der an Angina und sodann an Phlegmone laryngis erkrankte, brachten Scarificationen Anfangs Erleichterung. Später wurde der Zustand schlimmer. Es wurde mit 20procentiger Cocainlösung gepinselt. Einst, nach 2maliger Pinselung, entwickelte sich bei gutem Allgemeinbefinden plötzlich Glottiskrampf und der Kranke starb momentan. In dem andern Fall, bei einer 27jährigen Frau mit Laryngitis syphilitica, war Tracheotomie vorausgegangen. Die Canüle war bereits entfernt und eine anti-syphilitische Cur eingeleitet. Da fand sich an einer Seitenwand des Larynx eine Wucherung, die entfernt wurde. Um Recidiven vorzubeugen wurde der Rest mit Acid. lactic. purum bestrichen. Sofort entwickelte sich Laryngospasmus und die Athmung sistirte. Weder Tracheotomie, noch künstliche Athmung konnten das Leben zurückrufen. Bei der Section fand sich ein eröffneter Abscessus ex perichondritide cartilaginis cricoideae. Beide Fälle werden vom Autor auf Reizung des N. laryngeus superior zurückgeführt. (Referirt in Medicinskoje Obosrenje No. 5, 1896.) Gorodecki.

**Larynxabscesse.** (Absès du larynx.) Von Dr. Price Brown. (Med. Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

1) Abscess bei einem 50jährigen Manne nach einer acuten Laryngitis. Weder Syphilis noch Tuberculose. Verf. schlug Scarificationen und die Tracheotomie vor, welche beide nicht zugelassen wurden. Am anderen Tage starb Patient plötzlich. Die Section ergab einen Eiterherd in der Höhe der Cartilago cricoidea mit Infiltration der Portio supraglottica. Epiglottis intact.

2) Abscess bei einem 42jähr. Manne, geheilt nach verschiedenen Scarificationen und Punctionen theils in die Epiglottis, theils in die falschen Stimmbänder und die Regio arytenoidea.

Verf. hat 42 solcher Fälle, wo ein Larynxabscess ohne nachweisbare Ursache, durch eine sogenannte Erkältung entstanden ist, gesammelt. Selbe sind bei kleinen Kindern gefährlicher, weil sie leicht übersehen werden. Die Operation ist nothwendig, da von 10 Nichtoperirten 9 starben, während von 10 Operirten nur einer starb. Dr. P. K.

**Die Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfs und der Luftröhre mit gläsernen Schornsteincanülen nach Mikulicz.** Von Dr. W. Kimmel in Breslau. (Arch. f. Laryngol etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 72, 1896.)

Bei schweren Narbenstenosen, bei tiefgreifenden Gestaltsveränderungen, wie sie sich an operative und andere Tumoren anschliessen, und bei hochgradigen Verengerungen, welche beim Sclerom der oberen Luftwege und der Laryngitis hypoglottica gefunden werden, eignet sich nach Ansicht von K. die von Mikulicz in Anwendung gezogene Behandlungsart in hervorragender Weise und schildert K. dieselbe, wie sie sich seit dem Jahre 1888 ausgebildet hat, dabei Vergleiche anstellend mit anderen, hier in Betracht kommenden Verfahren. — Die Eigenthümlichkeit der Methode ist die, dass von vornherein und dauernd ein breiter Zugang zu der verengten Partie geschaffen und erhalten und in die Stenose eine einfach cylindrische, eventuell am oberen Ende allmählig aus dem runden in einen entsprechenden dreieckigen Querschnitt übergehende gläserne Dilatationscanüle, gleichfalls zu längerem Liegenbleiben bestimmt, eingelegt wird. Am vorderen Rande dieses Rohres ist ein massiver, kräftiger, nach vorn in eine breite, quer-gestellte Platte auslaufender Stiel angebracht, mit welchem die Canüle angefasst und in geeigneter Weise eingeführt wird. K. theilt 11 Krankengeschichten so behandelter Patienten mit, bei denen es sich 1) um durch Laryngitis hypoglottica und Sklerom bedingte Stenosen (3 Fälle), 2) um Narbenbildung nach operativen und anderen Verletzungen (5 Fälle), 3) um Narbenstenosen nach entzündlichen Processen (3 Fälle) handelte. Von diesen 11 Kranken wurden 9 geheilt entlassen, 2 starben, und zwar einer an Bronchopneumonie im Gefolge von Carcinom der linken Kehlkopfhälfte, der andere an Bronchitis und Pleuritis im Verlaufe einer Lues tertiaria mit Kehlkopf- und Trachealstenose. In letzterem Falle spielte das Abbrechen der Canüle wohl eine bedeutungsvolle Rolle, wie denn doch die Möglichkeit eines solchen Ereignisses als ein Nachtheil der Glascanüle zu bezeichnen ist. Immerhin scheint es, dass die Behandlungsweise in geeigneten Fällen selbst dann noch erfreuliche Resultate zu liefern im Stande ist, wenn andere Methoden den Erfolg versagten.

Beschorner.

**Larynxcyste bei einer 80jährigen Frau, endolaryngeale Exstirpation.**

**Heilung.** (Kyste du larynx chez une femme de quatre vingts ans; extirpation endolaryngée; guérison.) Von Dr. Hunter Mackenzie. (Brit. med. Journ. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Dyspnoe und Aphonie. Anfang vor sechs Monaten. Ein ziemlich grosser Tumor lag am Larynxeingang, mehr nach links. Der Tumor war glatt, roth, beweglich und theilweise durch die Epiglottis bedeckt: der Stiel schien vom linken Ventrikel auszugehen. Verf. konnte den Tumor mit der rechtwinklig gebogenen, sich von vorne nach hinten öffnenden Mackenzie'schen Zange entfernen: es war eine gestielte, mit fibröser Capsel versehene Cyste. Augenblickliche Heilung.

Dr. P. K.

**Verengerung der Bronchien in Folge des Scleroms.** Von Dr. A. Baurowicz in Krakau. (Archiv für Laryngologie etc. Bd. IV, Heft 1. pag. 99, 1896.)

Dieser seltene Fall (es existiren in der Literatur nur noch zwei, der eine von Stroganoff, der andere von Schrötter, in welchen das Sclerom nach den Bronchien hinübergriff) betrifft ein 18jähriges Bauernmädchen aus Galicien, welche, trotzdem sie vor zwei Jahren tracheotomirt war und die Canüle trug, hochgradige Athemnoth zeigte. Wie es sich herausstellte, gingen die Infiltrate und Hyperplasien längs dem Bronchus der I. Ordnung auch tief auf die der II. Ordnung über; im Kehlkopfe waren die chordalen und subchordalen Infiltrationen, Verwachsungen, Wulstungen so beträchtlich, dass nur eine kleine, kaum für eine feine Sonde durchgängige Glottisöffnung zu constatiren war. Curettiren und Dilatiren der Bronchien, Laryngofission und zahlreiche andere Eingriffe, welche mit grösster Ausdauer über ein halbes Jahr mit wechselndem Erfolge fortgesetzt wurden, vermochten das tödtliche Ende nicht abzuwenden. Beim 46. Curettement erlag die Kranke ihrer unheilbaren Krankheit unter dem Bilde des Erstickens in Folge des Eintrittes von Blut in die verengten Bronchien.

Beschorner.

**Primäre Perichondritis des Larynx mit Zerstörung der Larynxknorpel. Tracheotomie. Tod nach sieben Monaten.** (Perichondrite primitive du larynx avec destruction des cartilages. Trachéotomie. Mort sept mois après.) Von Dr. S. Mayer. (New-York Eye and Ear Infirmary reports und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Seltener Fall, dessen Ursache nicht nachgewiesen werden konnte. Der Titel sagt Alles. Dr. P. K.

**Larynxstenose bei einem Kinde, bedingt durch pseudoleukämische Schleimhautinfiltration.** Von Dr. A. Stieda in Rostock. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 46, 1896.)

Ein 1 Jahr 11 Monate alter Knabe mit ausgesprochener Kehlkopf-Verengerung, welche im Verlaufe von ca. 2 Monaten entstanden war und stetig zugenommen hatte, ohne dass es gelungen wäre, über die Art der Stenose laryngoscopisch Aufklärung zu erlangen, wurde tracheotomirt. Kurze Zeit darauf entstand im Anschlusse an einige heftige Hustenstösse ein hochgradiges universelles Hautemphysem und durch das gleichzeitig auftretende Emphysem des Mediastinums intensiver Luftmangel. Bald darauf Exitus letalis. Die Obduction ergab: Allgemeine Schwellung des lymphatischen Apparates mit besonderer Localisation in den Taschenbändern des Kehlkopfs und der Epiglottis mit folgender Stenose, wobei die blasse, feinkörnige Schwellung der Larynxschleimhaut hervorzuheben war; eitrig Bronchitis, beginnende beiderseitige fibrinöse Pleuritis, Stauung in Nieren, Leber, leichte Fettinfiltration der letzteren. Allgemeines Haut- und Mediastinalemphysem. — Wahrscheinlich handelte es sich um eine pseudoleukämische Affection des Kehlkopfs und darf wohl der Fall als ein äusserst seltener bezeichnet werden.

Beschorner.

**Fremdkörper im Larynx.** (*Corps étranger du larynx.*) Von Dr. Watson Williams. (*Brist. Medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.*)

Ein 30jähriger Mann verschluckte einen „Souverain“ und spürte Respirationsbeschwerden; am anderen Tage war Patient aphonisch, athmete aber gut. Das Laryngoscop liess die Münze quer über den Stimmbändern zwischen beiden Taschenbändern eingeklemmt sehen: der Kranke athmete durch den hinteren breiteren, nicht bedeckten Theil der Glottis. Die Adduction der Stimmbänder war unmöglich. Ein Zangenversuch wäre gefährlich gewesen. Man wollte die Tracheotomie ausführen, aber während des Chloroformirens wurde die Münze durch einen Hustenanfall in den Pharynx befördert. Dr. P. K.

**Behandlung der Larynxphthise durch Anwendung und durch submucöses Einspritzen von Creosot.** (*Traitement de la tuberculose laryngée par les applications et les injections summuqueuses de creosote.*) Von Dr. Walter F. Chapell. (*N.-Y. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.*)

Man soll nicht nur Creosot innerlich geben, sondern man soll intralaryngeale Einspritzungen unter die Mucosa damit machen. Man soll nicht mehr als 8—4 Gramm auf 30 Gramm Oel einspritzen und vorher cocainisiren. Diese Behandlungsweise mit guten hygienischen und climaterischen Verhältnissen gepaart, giebt die besten Resultate.

Dr. P. K.

**Laryngotomie ohne Tracheotomie.** (*Laryngotomie sans trachéotomie.*) Von Dr. Périer. (*Académie de médecine de Paris, séance du 25. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 33.*)

Verf. stellt zwei Patienten vor, denen er durch einfache Laryngotomie ohne Tracheotomie papillomatöse Geschwülste aus dem Larynx entfernt hat; bei beiden hatte die endolaryngeale Methode nicht zum Ziele geführt; die eine blieb geheilt, bei der zweiten trat trotz sorgfältiger Galvanocauterisation aller verdächtigen Stellen nach der Exstirpation Recidive ein, welche eine zweite Operation fordert. Verf. stellt eine dritte Patientin vor, welche ebenfalls zwei Mal operirt werden musste, aber nach vorausgegangener Tracheotomie; die Heilung ist vollständig und Patientin hat eine schöne Singstimme erhalten.

Dr. P. K.

**Ein Kehlkopfdiaphragma.** Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (*Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 107, 1896.*)

Bei der 41 Jahre alten Patientin zeigt die laryngoscopische Untersuchung, bei übrigens vollständig normalem Verhalten sämtlicher Kehlkopfgebilde, etwas unterhalb der Rima glottidis eine graugelbliche, sehnigglänzende Membran über das ganze Tracheallumen hinübergespannt, indem sie dieses gegen den oberen Kehlkopfraum vollkommen abschliesst und auch mit der Hinterwand desselben vollständig verwachsen ist. In der Gegend des linken Aryknorpelwinkels sieht man eine winzige dunkle Oeffnung von der Grösse eines Stecknadelkopfes; ausser ihr findet sich kein anderer Weg für die Athmung. Die Affection

besteht ca. 15 Jahre, indem seit dieser Zeit Patientin ohne jede merkbare Veranlassung (sie wurde niemals laryngoscopirt) an Athemnoth zu leiden begann, welche sich bis zu heftigem Stridor laryngis steigerte und die Kranke dann durch 15 Jahre keinen Augenblick verliess. Physikalisch merkwürdig ist die Thatsache, dass eine Stimmstörung, trotz des fast absoluten Luftabschlusses, nicht bestanden hat. — Spaltung der Membran und Einlegen von Schrötter'schen Hartkautschuk-Tuben erzielte vollständige Heilung innerhalb von ca. zwei Monaten. Was die Ursachen anlangt, welche hier das schwere Leiden bewirkt haben, so ist nicht unwahrscheinlich, dass eine congenitale Anlage vorhanden war, welche das Fundament zur späteren, einer unbekannteren Ursache entstammenden Ausbildung der beschriebenen Schleimhaut bildete. Beschoner.

**Ein zerlegbarer und sterilisirbarer Kehlkopfspiegel.** (Un miroir laryngien démontable et stérilisable.) Von Dr. G. Killian. (Archives internat. de laryngologie, Tome VII, p. 18, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Der gewöhnliche Larynxspiegel ist schwer zu desinficiren. Selbst in antiseptischer Lösung gewaschen, kann man noch Culturen von Tuberculosebacillen hervorbringen (Cornet). Um solche Spiegel gehörig zu desinficiren, soll man (Jung) sie in heissem Wasser seifen und bürsten, in Alcohol waschen, während 6—10 Minuten in starker Carbollösung liegen lassen, wieder mit Wasser oder Alcohol abwaschen und dann mit einem sterilisirten Tuche abtrocknen: eine langwierige Methode, welche dabei den Spiegel verdirbt. Der Killian'sche ist leicht zu sterilisiren: er besteht in einem Spiegel, welcher in eine dünne Capsel mittelst Kitt befestigt ist; diese doppelte Scheibe ist ähnlich einem Brillenglas in einen Metallring eingefasst, welchen Ring man nach Belieben durch einen auf dem Stiel sich bewegenden Zapfen öffnen und schliessen kann. Diese Montur kann immer dienen, man braucht den eigentlichen Spiegel nur zu erneuern.

Der Beschreibung nach zu urtheilen, ist der Killian'sche Larynxspiegel nicht so einfach wie der bewegliche, von Hopmann construirte; letzteren wendet man zur grössten Zufriedenheit an (der Referent).

Dr. P. K.

**Ein Fall von Epiglottiscyste.** (Un cas de kyste de l'épiglotte.) Von Dr. Noquet. (Société centrale de médecine du département du Nord, October 1895 und Bulletin médical du Nord No. 21, 1895.)

Seltene Fälle. Hier wurde die Cyste zufällig bei einem 13jährigen Knaben entdeckt; keine krankhaften Symptome. Glatte, kirschgrosser, runder, weissgelber, flachaufliegender, an der vorderen linken Seite der Epiglottis sich befindender Tumor; durch Druck hatte der Tumor die Epiglottis in eine Falte gelegt, so dass die so gefaltete Epiglottis in eine linke und rechte Hälfte mit linker und rechter Fläche (statt vorderer Fläche) getheilt war. Die Cyste war jedenfalls durch Verstopfung einer traubenförmigen Drüse entstanden. Eröffnung und Verbrennung der Cyste mit dem galvanischen Messer. Dr. P. K.



**Tuberculose des Corpus thyroideum.** (Un cas de tuberculose de la glande thyroïde.) Von Dr. Walter F. Chappell. (Manhattan eye and ear hosp. reports und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Ein 15jähriger hereditär belasteter Knabe bekam vor zwei Jahren Schwellung des Corpus thyroideum, welche allmählig zunahm; der Tumor war hart, die Haut roth, am Isthmus befand sich eine Oeffnung, aus welcher käsigte Massen herauskamen. Husten und Dyspnoe; Lungen-, Larynx- und Halsdrüsentuberculose. Die käsigten Massen zeigten den Koch'schen Bacillus.

Dr. P. K.

**Epithelioma des Corpus thyroideum, Metastase in der Pleura und in beiden Oberarmknochen, spontane Fractur derselben, Fibrom des Uterus.** (Epithélioma du corps thyroïde, métastase dans la plèvre et les deux humérus qui sont fracturés spontanément. Corps fibreux utérin.) Von Dr. Martin. (Bulletin de la société anatomique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

**Bestehenbleiben des Ductus thyreoglossus.** (Persistence du conduit thyroéglousse.) Von Dr. Durham. (Société de méd. et de chirurgie de Loudres und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Drei Fälle bei je einem 19jährigen, 6jährigen und 18jährigen Patienten. Diese congenitalen, in der Mittellinie des Halses sich befindlichen Fisteln sind häufiger, als allgemein angenommen wird und werden oft mit Bronchialfisteln verwechselt.

Dr. P. K.

**Resection des Os hyoideum.** (Résection de l'os hyoïde.) Von Dr. C. Beçk. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du lar. No. 2, 1895.)

In diesem Falle wurde die Resection des grossen und des kleinen Hornes sowie der betreffenden Hälfte des Corpus ausgeführt zur Heilung einer Halskiemen- (Bronchial-) Fistel. Verf. rath diese Resection bei Fractur und Caries an.

Dr. P. K.

**Eine Stecknadel in der Trachea.** (Une épingle dans la trachée.) Von Dr. H. Carduell. (Medic. Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Die Stecknadel wurde 25 Tage lang vertragen, kaum dass, besonders des Nachts, etwas Husten mit blutigem Auswurf bestand. Sie konnte im Laryngoscop nicht gesehen werden und die geringen Symptome forderten auch keinen energischen Eingriff. Nach 3 Monaten und 5 Tagen wurde selbe mit einem kräftigen Hustenstoss ausgeworfen.

Dr. P. K.

**Blutegel in der Trachea.** (Un cas de sangsue dans la trachée.) Von Dr. Ridola. (Archiv ital di laring. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Ein 59jähriger Mann trank am Brunnen geschöpftes Wasser aus einem irdenen Krug. Gefühl des Fremdkörpers im Munde. Nach 2—3 Stunden kam Blutspeien ohne Stimm- und Respirationsstörungen.

Das Laryngoscop liess einen dunkeln Fremdkörper unter dem rechten Stimmbande, den ersten Trachealringen anheftend, erkennen. Nach 10 Tagen wurde das Thier (Hämopis vorax) lebend extrahirt.

Dr. P. K.

**Klinische und pathologisch-anatomische Studie über primäre Trachealstenosen.** (Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique des sténoses trachéales intrinsèques.) Von Dr. Strazza. (Archiv ital. di laryng. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Eine 21jährige Frau, Reconvalescentin von einer Pleuritis, zeigte die Symptome einer Laryngotrachealstenose. Nach einiger Zeit zeigte die Tracheoscopie einen granulirten Tumor, dessen grösster Durchmesser sich in der Höhe des fünften bis sechsten Trachealringes befand. Die Dilatation mit den etwas mehr gebogenen Schrötter'schen Röhren brachte grosse Erleichterung. Die Diagnose wurde auf tuberculösen Tumor gestellt.

Dr. P. K.

**Traumatische Lungenhernie; chirurgischer Eingriff; Heilung.** (Hernie traumatique du poulmon; intervention chirurgicale suivie de guérison) Von Dr. Reynier. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 30 Octobre 1895 und Semaine médicale No. 55, 1895.)

Ein 61jähriger Mann wurde durch die Deichsel einer Kutsche in der Gegend des fünften Intercostalraumes gequetscht und wurde mit kleinem Pulse, Dyspnoe und Emphysem an der betreffenden Hautstelle in's Spital gebracht. Bei jedem Inspirium wurde die Haut durch einen gashaltigen Tumor in die Höhe gehoben. Ein Hautschnitt legte die Lunge bloss, der Intercostalraum zeigte sich in einer Länge von 11 bis 12 Ctm. zerrissen, eine kleine Lungenwunde wurde vernäht, die Lungenhernie wurde reducirt, der Intercostalraum wurde durch eine umschlungene Naht vernäht, die zwei betreffenden Rippen wurden durch einige Silberdrähte einander genähert; es bildete sich ein oberflächlicher Hautabscess, welcher am sechsten Tage geöffnet wurde. Heilung.

Dr. P. K.

**Chirurgische Eingriffe bei Lungenverletzungen.** (De l'intervention chirurgicale dans les plaies du poulmon.) Von Dr. Quénu. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 6 Novembre 1895 und Semaine médicale No. 56, 1895.)

Ein 19jähriger junger Mensch wurde mit einer perforirenden linksseitigen, den siebenten Intercostalraum einnehmenden Thoraxwunde in's Spital gebracht. Die Wunde wurde zugenäht. Am anderen Tage fielen die Blässe und die grosse Schwäche des Patienten auf. Eine Punction ergab 600 Gramm reinen Blutes; eine zweite Punction ergab 2000 Gramm fast reinen Blutes. Da der Schwächezustand andauerte, wurde die Wunde geöffnet und erweitert, die siebente Rippe resecirt; da die Blutung nicht von der Arteria intercostale herrührte, welche letztere unversehrt war, wurde die Pleura weit eröffnet, die gegen die Wirbelsäule retrahirte Lunge von den sie umgebenden Blutgerinnseln befreit und mit Jodoformgaze tamponirt. Die Blutung hörte auf und Patient war in zwei Wochen geheilt.

Dr. P. K.

**Fremdkörper im Oesophagus. Folgender Abscess. Tod.** (Corps étranger de l'oesophage. Abscès consécutif. Mort.) Von Dr. Rabet. (L'année médicale de Caen und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894)

Ein gierig verschlucktes Stück Hammelknochen blieb in der Höhe der Cartilago cricoidea stecken, drang in's Mediastinum und verursachte linksseitiges Emphysem am Hals und Gesicht. Später entstand ein perioesophagealer Abscess, welcher längs der linken vorderen Lungenfläche sich senkte und in die linke Pleurahöhle brach. Pyämie und Tod nach 7 Tagen.

Dr. P. K.

## Notizen.

Dr. Passow, Assistent an der Klinik Prof. Trautmann's, wurde an die Stelle von Moos zum Prof. extraordinarius in Heidelberg ernannt.

## 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Frankfurt a. M., 21.—26. September 1896.

Die Herren San.-Rath Prof. Dr. med. Moritz Schmidt (Grosse Gallusstrasse 18) als Einführender und Dr. med. Carl Vohsen (Guiollottstrasse 4) als Schriftführer der Section No. 20. Laryngologie und Rhinologie; ferner die Herren Dr. med. Oscar Wolf (Oedenweg 16) als Einführender und Dr. med. H. Seligmann (Rochstrasse 12) als Schriftführer der Section No. 19. Otologie laden die Herren Vertreter dieser Fächer zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilungen ein.

Gleichzeitig bitten sie Vorträge und Demonstrationen frühzeitig — bis Ende Mai — bei den Einführenden anmelden zu wollen, da die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, welche eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungssitzungen enthalten sollen. Wünsche in Betreff gemeinsamer Sitzungen mit anderen Abtheilungen mögen ihnen kundgegeben und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen genannt werden. Als Tag für gemeinsame Sitzungen ist Mittwoch, der 23. September, in Aussicht genommen.

## Oesterreichischer Otologen-Tag.

Die Einladungen zum Oesterreichischen Otologen-Tage, welcher bekanntlich am 28. und 29. Juni in Wien stattfinden wird, sind bereits ergangen. Anfangs Juni wird das Verzeichniss der angekündigten Vorträge versandt.

**Internat. med. Congress in Moskau.** Unsere Bemerkung über die Unzweckmässigkeit der Vereinigung der Otologie und Laryngologie zu einer Section war von Erfolg. Wie uns vom Secretär Herrn Dr. von Stein aus Moskau berichtet wurde, und wie wir nunmehr auch dem bereits versandten neuen Reglement entnehmen, ist man von dem ursprünglichen Plane abgegangen und wird für jede der genannten Specialitäten eine eigene Section bestehen.

---

Verantwortlicher Redacteur Prof. Dr. Jos. Gruber, Wien.  
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).  
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 38.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., 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. **Beschorner** (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. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Oncdi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Prof. Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weill** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

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

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

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

---

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

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

---

Jahrg. XXX.

Berlin, Juni 1896.

No. 6.

---

## I. Originalien.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

### Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Fortsetzung zu No. 5.)

Catarrhus chronicus und Otitis media hyperplastica.

Bei der Behandlung chronischer Catarrhe und Fällen von Otitis media plastica wurde nebst dem üblichen Catheterismus die Injection von Vaselinum liquidum sterilisatum per tubam ausgeführt. Dieses Mittel erwies sich als zweckmässig und viel empfehlenswerther als der einfache Catheterismus mit Luftpentreibung. Viele der Kranken gaben an, dass quälende subjective Beschwerden (Ohrensausen, Schwindel) sich wesentlich besserten, mitunter auch ganz zurückgingen. Auch bei der Otitis media plastica waren, allerdings nur in wenigen Fällen, objectiv nachweisbare Erfolge zu verzeichnen. Ausserdem wurde bei der Therapie der chronischen Catarrhe Catheterismus mit Eintreibung von Aether. aceticus-Dämpfen und Jodkalium-Lösungen angewendet. Versuche, heisse Luft und Wasserdämpfe zu benutzen, wurden bald als unzweckmässig aufgegeben. Den Nasen- und Rachenaffectionen,

welche die chronischen Mittelohr-Catarrhe begleiten oder bedingen, wurde eine entsprechende Behandlung zu Theil. — Bei Verdickung des Trommelfells und mangelhafter Beweglichkeit der Gehörknöchelchen machten wir methodische Luftverdichtung und Verdünnung im äusseren Gehörgang und konnten in einigen Fällen einen ausgezeichneten Erfolg nachweisen. Wir verwenden dazu den von Gruber angegebenen einfachen Apparat, welcher einen kleinen Ballon darstellt, der die Hälfte eines gewöhnlichen Otoscopes angefügt hat. Wenn das Ansatzstück des Otoscopes hermetisch in den Gehörgang gefügt wird, kann eine verschieden starke Compression oder umgekehrt eine Verdünnung der Luft im Gehörgange erzielt werden, je nachdem der Ballon comprimirt wird oder man ihn aus dem Gehörgange bei vorausgegangener Compression wieder die Luft aspiriren lässt. Mit diesem Apparat, welcher sehr einfach ist und geringe Auslagen verursacht, lässt sich leichter dasselbe erzielen, was man mit den sonst kostspieligen Apparaten erreicht. Der Patient kann den Apparat auch selbst anwenden, wodurch er sich oft und sehr leicht, namentlich bei subjectiven Hörempfindungen, Erleichterung verschaffen kann. Es ist diese Behandlung zugleich eine Massage, die auf diese Weise leicht auszuführen ist.

Chronische eitrige Mittelohrentzündung mit Caries des Warzentheiles. Pyämie, Entzündung der Sinus sigmoideus-Wand mit extraduralem Abscess in der Schädelhöhle auf operativem Wege geheilt.

K. L., Geschäftsführer, 44 Jahre, geboren zu Salzburg, aufgenommen am 9. Novbr. 1895, geheilt entlassen am 24. Novbr. 1895.

Anamnese: Patient erlitt zwei Mal einen Bruch des linken Vorderarms und des linken Unterschenkels, soll sonst niemals krank gewesen sein. Das Ohrenleiden datirt angeblich seit fünf Jahren, zu welcher Zeit rechts Ohrenfluss aufgetreten sein soll, der seither fortbesteht. Seit zwei Jahren ist Patient in ohrenärztlicher Behandlung. Allgemeinerscheinungen in Folge des Ohrenleidens bestanden bisher nicht. Am 31. October trat zum ersten Male Schüttelfrost ein; seither wiederholten sich Schüttelfröste täglich, Anfangs zwei Mal jeden Tag mit Temperatursteigerung bis 40°, nachträglich raschem Temperaturabfall und Schweiss. Dabei in den letzten Tagen heftige Kopfschmerzen, Schmerzen im Nacken und rechts in der Gegend des Unterkieferwinkels. Auf Anrathen des Arztes suchte Patient das Spital auf.

Status praesens: Mittलगross, ziemlich gute Musculatur. Temperatur bei der Aufnahme 36,7. Skleren leicht icterisch, Pupillen gleich, reagieren prompt. Seitens der Hirnnerven keine Erscheinungen. Lungenbefund normal; Herztöne ziemlich schwach, rhythmisch, Puls 72, Unterleibsorgane normal.

L. O.: Gehörgang normal, Trommelfell im hinteren oberen Quadranten durch eine ovale, dünne, glatte Narbe ersetzt. Hörweite für Uhr 0, für laute Sprache 2—3 Mtr.

R. O.: Im Gehörgange dickflüssiger, übelriechender, mit Epidermis (Cholesteatom?) untermengter Eiter, Gehörgang im knöchernen Theile verengt, in seinen Wänden geröthet, Trommelfell destruiert, Paukenschleimhaut geschwellt. Nähere Details nicht zu erkennen. Weich-

theile des Warzenfortsatzes normal. Patient giebt an, Druckempfindlichkeit entsprechend dem vorderen Rande des Musculus sternocleidomastoideus zu haben. Uhr 0, laute Sprache einige Centimeter. Weber unbestimmt. Abendtemperatur 38°.

Therapie: Alcohol, Bitterwasser.

9. Novbr. Abendtemperatur 38,0; Abführmittel.

10. Novbr. Temp. 37,7. Patient fühlt sich leichter. Rasseln rechts hinten unten. Abendtemp. 37,5.

11. Novbr. Temp. 37,6. Patient klagt über Schwindel. Profuse Otorrhoe anhaltend. Die Cutis der knöchernen hinteren Gehörgangswand stark geschwellt, wie polypös. In der Tiefe Eiter. Seitens der Hirn- und Extremitätennerven keine Erscheinungen. Unsicherer Gang bei geschlossenen Augen.

12. Novbr. Operation unter Chloroformnarcose. 4 Ctm. langer Schnitt durch die normalen Weichtheile bis zur Spitze des Warzenfortsatzes geführt. Corticalis äusserlich normal. Schichtweise Ausmeisselung aus dem vollkommen sklerosirten blutreichen Warzenfortsatze in dessen oberer und mittlerer Partie, in Ausdehnung bis circa 2 Ctm. nach hinten vom Meatus audit. extern.

Nach Ausmeisselung eines etwa 1 Ctm. tiefen Stückes zeigt sich plötzlich dünnflüssiger, übelriechender Eiter, der unter Pulsation hervortritt. Nach Abtragung der entsprechenden Knochenpartie zeigt sich dann ungefähr ein Kaffeelöffel voll übelriechenden, dünnflüssigen Eiters, dem Sinus in seiner ganzen Länge aufgelagert; die Sinuswand verdickt, etwas missfarbig, der Sinus selbst deutlich pulsirend. Hierauf wird das Antrum in typischer Weise aufgemeisselt und die knöcherne hintere Gehörgangswand in ihrer oberen Hälfte mit Meissel und scharfem Löffel entfernt, ein Theil der Atticawand weggemeisselt und eine grosse, aus Mittelohr, oberem Trommelhöhlenraum, Antrum, Zellen des Warzenfortsatzes bestehende Höhle im Warzenfortsatze angelegt, die daselbst befindlichen Granulationen und Eiterretentionsmassen theils mit scharfem Löffel, theils durch Ausspritzen vom Gehörgange aus entfernt. Diese Höhle ist nicht in directer Verbindung mit dem in ca.  $\frac{3}{4}$  Ctm. grosser Ausdehnung freigelegten Sinus. Abtragung eines Theils der membranösen hinteren Gehörgangswand mit Scheere. Jodoformgazeverband. Nach der Operation Temperatur 39,0, Abends 38,7; kein Schüttelfrost.

13. Novbr. Temp. 37,0, Abends 37,5.

16. Novbr. Stets afebril; erster Verbandwechsel.

24. Novbr. Patient stets afebril; Allgemeinbefinden gut. Er hat weder vom Ohre, noch von den inneren Organen irgend welche Beschwerden. Verbandwechsel jeden zweiten Tag. Wundverlauf vollkommen normal, Aussehen der Wunde befriedigend. Im Mittelohre Granulationen, welche in der Tiefe das Cavum verengern. Die freigelegene Sinuswand nur noch zum Theile sichtbar, pulsirend. Im Ganzen sehr wenig Eitersecretion. Jodoformgazeverband. Wegen Platzmangels wird Patient entlassen und angewiesen, zum Verbandwechsel jeden zweiten Tag im Ambulatorium zu erscheinen.

Bei seinem letzten Besuche an der Klinik (16.5.) ist ausser einem etwa  $1\frac{1}{2}$  Ctm. tiefen Wundcanal hinter der Muschel, welcher in seiner

ganzen Länge höchstens 5 Mm. im Durchmesser hat, Alles vernarbt. Der Gehörgang mässig weit, die Schleimhaut der Trommelhöhle fast trocken, die Uhr wird rechts in contiguo gehört. Patient sieht gesund und kräftig aus und giebt auch an, sich vollkommen wohl zu fühlen.

**Acute eitrige rechtsseitige Mittelohrentzündung, Entzündung des Warzenthales, Eröffnung desselben, beschleunigte Heilung durch Spätnaht.**

J. Z., Maurergehilfe, 34 Jahre, aufgenommen 19. October 1895, geheilt entlassen 9. November 1895 (J.-No. 71601).

Mutter lebt noch, Geschwister gesund, Patient hat in der Kindheit Scharlach überstanden. Als Kind hatte er auch Ohrenstechen, weiss aber sonst nichts Genaueres darüber anzugeben.

Vor sechs Wochen arbeitete er im Keller, am Abend bekam er Stechen im Ohr und Kopfschmerzen; auch trat nach einer Woche geringer Ohrenfluss auf, der nach drei Wochen sistirte. Nun trat eine Anschwellung hinter dem Ohre auf und Patient kam jetzt auf Rath eines Arztes auf die Klinik.

Status praesens. Patient ist mittelgross, afebril, innere Organe normal. Linkes Ohr normal, rechte Ohrmuschel abstehend, Gehörgang durch Hereinragen der hinteren Wand schlitzförmig verengt, trocken. Trommelfell mit einem kleinen Segmente sichtbar, geröthet, nicht perforirt; Details nicht erkennbar. Weichtheile des Warzenfortsatzes geröthet, geschwollen, fluctuirend, wenig schmerzhaft. Weber rechts, Rinne rechts nicht verwertbar. Uhr wird auf 30 Ctm., Flüstersprache durch's ganze Zimmer gehört; bei Catheterismus Einströmungs-, jedoch kein Perforationsgeräusch.

Operation: Chloroformnarcose,  $\frac{1}{2}$  Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel ein 7 Ctm. langer Schnitt durch die Weichtheile bis 2 Ctm. unterhalb der Spitze des Warzenfortsatzes. Subperiostal etwa 3 Esslöffel dickflüssigen, nicht übelriechenden Eiters; Periost in grosser Ausdehnung abgehoben. Nahe der Spitze des Warzenfortsatzes zeigt sich eine linsengrosse Fistelöffnung im Knochen, durch welche Granulationen zum Vorschein kommen. Schichtweise Ausmeisselung aus dem stark hyperämischen erweichten Warzenfortsatz, wonach sich eine fast die ganze Länge desselben einnehmende, über 3 Ctm. lange, 1 —  $1\frac{1}{2}$  Ctm. breite, 1 Ctm. tiefe, glattrandige Knochenhöhle zeigt, welche mit Eiter und weichen, leicht blutenden Granulationen ausgefüllt ist. Ausräumung mit dem scharfen Löffel, Jodoformgazeverband.

31. October. Länge der Wunde  $4\frac{1}{2}$  Ctm., klaffend auf  $2\frac{1}{2}$  Ctm.,  $2\frac{1}{4}$  Ctm. tief, nach afebrilem Wundverlauf. Spätnaht durch Anlegung von 8 tiefgehenden Heften.

2. November. Entfernung der Fäden, die Wunde ist bis auf eine kleine, granulirende Stelle im unteren Winkel geschlossen.

9. November. Geheilt entlassen.

Entzündung des rechtss. Warzenfortsatzes mit Abscessbildung. Trepanation, beschleunigte Heilung durch Anlegen einer Spätnaht.

R. W., Mediciner, 22 Jahre, aus Olmütz, Mähren: aufgenommen am 29. April 1895, geheilt entlassen am 26. Mai 1895.

Eltern und Geschwister sind gesund. Patient hat in der Kindheit mehrere Krankheiten (Masern, Lungenentzündung) durchgemacht, aber nie ein Ohrenleiden gehabt. Chronischer Nasenrachencatarrh seit zehn Jahren, wiederholt behandelt. Am 14. April d. J. nach Ausspritzen der Nase mit warmem Salzwasser Stechen im linken Ohre. In der Nacht traten heftige Schmerzen auf, die acht Tage dauerten, wobei nach Angabe des Pat. blutig-schleimiger Eiter aus Nase und Rachen kam, dann trat spontan Perforation ein. Seither Otorrhoe. Ausspritzung mit Kali hypermangan. am 27. April. Durchspülung per tubam verursacht Steigerung der Schmerzen. Schlaflosigkeit, Fieber, Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatze, daher Spitalsaufnahme.

Status praesens: Mittelgross, schwächlich, mager, blass. Temperatur 38,3. Innere Organe normal. L. O.: Trommelfell eingezogen, getrübt, Uhr 2 Mtr.

R. O.: Gehörgang mit schleimigem Eiter gefüllt, geröthet, enger durch Hereinragen der hinteren oberen Wand. Trommelfell hochgradig entzündet, geschwellt; hinten unten an einer stecknadelkopfgrossen Stelle perforirt; daselbst pulsirender Lichtreflex. Weichtheile des Warzenfortsatzes nicht geschwollen, jedoch besonders an der Spitze druckempfindlich. Weber links, Rinne negativ; Uhr in contig. Proc. mast.; laute Sprache 1 Mtr., bei Valsalva Perforationsgeräusch mit Rasseln.

Therapie: Bettruhe, Ausspritzung.

30. April. Temp. 37,1—38,0, Leiter'scher Kühlapparat. Profuse Otorrhoe, schlechter Schlaf.

1. Mai. Temp. 37,5—38,3. 2. Mai. Temp. 37,7—37,8. Gehörgang enger; Druckempfindlichkeit nach dem Leiter'schen Apparat gering.

3. Mai. Temp. 37,5—37,7.

4. Mai. Temp. 37,7. Schmerz wieder zugenommen. Operation in der Chloroformnarcose.  $\frac{3}{4}$  Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel ein 5 Ctm. langer Schnitt durch Haut und Periost bis zur Spitze des Warzenfortsatzes. Geringe Blutung. Corticalis äusserlich normal. Nach schichtweiser Ausmeisselung eines 2,5 Ctm. langen, 1 Ctm. dicken Knochenstückes aus dem mittleren und unteren Theile des Warzenfortsatzes quillt unter hohem Drucke stinkender, dickflüssiger Eiter ab, der in einer nicht über nussgrossen, mit Granulationen ausgefüllten, die Spitze des Warzenfortsatzes einnehmenden, mit dem Antrum nicht communicirenden Höhle enthalten ist. Die Corticalis in grosser Ausdehnung erweicht. Auskratzung; Jodoformgazeverband.

8. Mai. Erster Verbandwechsel; afebril. Ekzem um die Wunde; im Gehörgange Eiter.

10. Mai. Zweiter Verbandwechsel; Eiterung aus dem Ohre sistirt.

20. Mai. Ekzem geheilt; Wunde  $2\frac{1}{2}$  Ctm. lang, 2 Ctm. tief, normal granulirend. Secundärnaht, 5 Nähte.

26. Mai. Wunde ganz geschlossen, Gehörgang weit. Trommelfell blass. Flüstersprache 5 Mtr.

(Fortsetzung folgt.)



## Ueber die Sichtbarkeit der oberen Nasenmuschel (Concha ethmoidalis media) in nichtatrophischen Nasenhöhlen.

Von

Dr. Hugo Bergeat, München.

Es ist ein so fester Lehrsatz der Rhinologie, die obere Muschel könne in nichtatrophischen und unverletzten Nasen bei vorderer Rhinoscopie nie erblickt werden, dass die wenigen entgegenstehenden Behauptungen kurzweg mit dem harten Urtheile einer ungenügenden Sachkenntniss abgethan werden: es sei die obere Partie einer horizontal gespaltenen mittleren Muschel für eine obere Muschel gehalten worden. Nun bin ich aber am Lebenden und beim Studium des Naseninnern an skelettierten Schädeln zu Befunden gelangt, welche diesem Lehrsatz seine uneingeschränkte Giltigkeit ebensowenig belassen, als sie jenem von der Symmetrie der Choanen gebührt, wie zunächst von Hopmann dargethan worden ist.

Zunächst bringe ich die Befunde an den macerirten Schädeln der Münchener Anatomic, deren Exemplarnummer ich beisetze. Ich will mich gegen etwaige Einwendungen mit der Erklärung sicher stellen, dass ich eine gebührende Dicke der Schleimhaut der mittleren Muschel, die nach Zuckerkandl 3—5 Mm. beträgt, wie auch die Einschränkung der Gesichtssphäre durch Verbiegung des Septums jedes Mal in die Schätzung einbezogen habe; ausserdem habe ich es wohl bedacht, dass die ungleiche Stärke des Tuberculum septi nur im Allgemeinen, nicht aber im einzelnen Falle es sagen lässt, ob von ihm unser Blick aufgehalten worden wäre.

No. 684, Gesichtsschädel allein, wahrscheinlich aus der Münchener Bevölkerung.

Rechts ragt die untere Muschel nur wenig in's Nasenlumen hinein, und etwa ebensoweit die mittlere, ohne dass sie aber die Grössen- und monotonen Formverhältnisse atrophischer Muscheln böten; die Bulla hat nur eine minimale Ausdehnung in der Nasenhöhle. Der obere Nasengang beginnt 7 Mm. hinter dem vorderen Rande der mittleren Muschel. — Im ganzen Gebiete der oberen Muschel sind die Siebbeinzellen sehr stark entwickelt, indessen ist ihr doch ein plattenförmiger unterer Rand geblieben. Sie ragt so weit über die mittlere Muschel nach einwärts, dass nicht nur ihr ganzer Rand, sondern auch die ganze Decke des oberen Nasenganges von vorne her sichtbar ist. Von der Choane aus lässt der tiefe Stand des hinteren Endes der oberen Muschel eine Verkleinerung der mittleren und eine Vergrösserung der oberen Muschel auch in verticaler Richtung erkennen. — Links sehr ähnliche Verhältnisse, nur macht ein Tuberculum ethmoidale anticum das Hereinragen der oberen Muschel weniger augenfällig.

Vorausgesetzt, dass keine zu bedeutende Entwicklung des Tuberculum septi oder sonstiger vorderer Schleimhautpartien bestanden hat, muss an diesem Kopfe zum mindesten der vordere Theil der rechten oberen Muschel, deutlich abgetrennt von der mittleren, und vielleicht sogar ein Stück der Decke des oberen Nasenganges zu sehen gewesen sein.

No. 478. Oberägypter.

Rechter oberer Nasengang 9 Mm. hinter dem Vorderrande der mittleren Muschel beginnend. Obere Muschel so ausgedehnt durch Zellen, dass sie dicht an das Septum heranreicht. — Links genannte Distanz 8 Mm. Im Allgemeinen ähnliche Verhältnisse.

Hier wird das vordere Stück der rechten oberen Muschel in Gestalt eines Wulstes dicht am Septum zu sehen gewesen sein; auch von der linken oberen Muschel konnte der vorderste Theil zur Ansicht kommen, aber ohne, bei Mangel einer sichtbaren Furche, abgegrenzt zu erscheinen.

No. 316. Franzose, départ. Corrèze.

Rechte obere Muschel stark gebläht. Dank der vorne sehr bedeutenden Auswärtsneigung der mittleren Muschel liegt der obere Nasengang ganz frei. Distanz rechts 10 Mm.

No. 317. Franzose aus Beaugency.

Rechts Distanz 9 Mm. Obere Muschel enthält besonders vorne sehr grosse Zellen. Der obere Nasengang ist in seinem vorderen Theile auf eine längere Strecke mit keulenförmigem Umriss sichtbar.

No. 315. Oberelsässer.

Rechte obere Muschel wulstig aufgetrieben. Es dürfte im Leben ihre äussere Seite, also die innere Wand des oberen Nasenganges sichtbar gewesen sein.

No. 300. Franzose, départ. Nièvre.

Links ist der Einblick in den vorderen Theil des oberen Nasenganges ermöglicht.

No. 97. Münchener.

Kleine Substanzverluste und Einsenkung an dem vordersten Theile der Lam. papyr. — Links Distanz 13 Mm. Dicht vor dem vorderen Ende des linken oberen Nasenganges beginnt eine so bedeutende Einlagerung von Zellen in den oberen Siebbeintheil, dass die obere Muschel zum rundlichen Wulste wird, lateral von welchem man unbehinderten Einblick in den vorderen Theil des oberen Nasenganges geniesst.

Soweit die Reihe der sehr markanten Fälle; von den weniger ausgesprochenen seien noch folgende ausgewählt:

No. 472. Unterägypter.

Distanz beiderseits 7 Mm. Linke obere Muschel mit dem vorderen Theile ihrer Kante und inneren Seite sichtbar.

No. 311. Franzose aus Epernay.

Links Distanz 13 Mm. Die obere Muschel lässt ihre Kante neben einem schmalen Streifen vom oberen Nasengange sehen.

No. 304. Franzose, départ. Aisne.

Rechts war möglicherweise einwärts von der mittleren Muschel ein länglicher Wulst zu sehen.

No. 314. Franzose, départ Saône-et-Loire.

Rechts Distanz 8 Mm. Verhältnisse entsprechend der linken Seite von No. 478.

Es frappirt die bei weitem grössere Häufigkeit des Befundes auf der rechten Nasenseite, und ganz besonders die Häufigkeit an den französischen Schädeln der Sammlung, obwohl diese unter etwa

700 durchgesehenen Exemplaren nicht mehr als wenige Procente ausmachen.

Die obere Muschel wird uns zu Gesicht kommen können, wenn sie selbst durch Siebbeinzellen ausgiebig gebläht ist, während die mittlere Muschel nur wenig in das Nasenlumen hereingeschoben ist und statt eines mehr senkrechten Abfalles eine Neigung nach aussen hat. Wir können, je nach der Ausbildung der Zellen in der oberen Muschel, diese letztere als wulstiges oder kantiges Gebilde zu sehen bekommen. Der Umfang der sichtbaren Partie wird sehr verschieden sein: manchmal ist neben dem Anblicke der oberen Muschel noch ein mehr minder tiefer Einblick in den oberen Nasengang möglich, wie besonders bei No. 316, andere Male zeigt sich nur der Rand oder eine partielle Auftreibung in Form eines länglichen oder runden Gebildes, und nochmals an anderen Schädeln kann die geblähte vorderste Partie der oberen Muschel vom Blicke erreicht werden, aber mangels einer deutlich sichtbaren Furche zwischen ihrem und dem Gebiete der mittleren Muschel nicht unterschieden werden. Die rundlichen Auftreibungen der zweiten und dritten Kategorie werden sich wohl als *Tubercula ethmoidalia postica resp. antica* auffassen lassen.

Dass ein gewisser Typus vorhanden ist, darf vermuthet werden nach dem besonders häufigen Vorkommen bei einer Völkerschaft und nach gewissen gemeinsamen Eigenschaften der meisten dieser Schädel und Nasenhöhlen, die ich hiermit aufführen will: Es besteht durchweg *Dolichocephalie*, und mit Ausnahme von No. 97 eine ziemlich horizontale Stellung der *Pars basilaris occipitis*. Die Schädel sind von kräftigem Bau, ohne erwähnenswerthe Asymmetrien, und besonders sind die Oberkiefer eher plump; der Gaumen ist breit und flach, das Gebiss halbkreisförmig und kräftig, der Nasenrücken, soweit es die Race erlaubt, übernormal gehoben, die *Incisura pyriformis* in Folge sehr kräftiger Entwicklung der *Processus dentales* breit. Im Innern der Nase ist das Septum nur ausnahmsweise stärker deformirt; die Entfernung der nasalen Kieferplatte vom Septum ist bedeutend; die *Bulla* zeigt nur ganz kleine Dimensionen; die vierte Muschel liess sich nie vermissen, während sie sonst nur an jedem dritten Schädel vorhanden ist; die Distanz vom vorderen Rande der mittleren Muschel bis zum vorderen Ende des oberen Nasenganges scheint vermindert zu sein (nach Zuckerkanndl beträgt sie am nicht macerirten Schädel 10—19 Mm.). Die *Lamina papyracea* steht weniger steil als gewöhnlich und ist auch convex gegen die Orbita und verschmälert zu finden.

Die mechanischen Momente, welche in Betracht kommen, werden folgende sein: Durch die sehr kräftige Entwicklung der *Processus dentales* wird der Kieferkörper nach auswärts gedrängt; um nun den Anschluss an den Kieferkörper in der Orbita zu gewinnen, muss sich die *Lamina papyracea* mehr nach aussen neigen und der frontale Querschnitt des Siebbeinkörpers statt der mehr rechtwinkligen eine rautenförmige Gestalt bekommen. An pathologische Ursachen wird man im Allgemeinen nicht zu denken haben, wie an Atrophie der mittleren Muschel; ist doch dieselbe, wie ich jüngst in Heidelberg demonstrirte, nur bei Hypertrophie des ganzen Siebbeines incl. der oberen Muschel vorhanden.

Von Beobachtungen am Lebenden habe ich drei im Gedächtnisse behalten, bei welchen die mittlere Muschel nicht als atrophisch anzusehen war:

1) 46jähr. Frau aus der Gegend von Linz a. d. Donau (halsleidend): Rundlicher Wulst von der Grösse einer kleinen Bohne rechts, mit normal gefärbter Schleimhaut;

2) 20jähr. Cand. theol. aus der Umgegend von München (behaftet mit Deviation des Septums nach links): Ueber der rechten mittleren Muschel ein ganz blasser schmaler Wulst von etwa 2 Ctm. Länge;

3) 18jähr. Studirender aus München (halsleidend): Die Gegend der rechten mittleren Muschel zeigte 3 übereinander liegende geradlinige und ganz parallele Leisten, welche vorne unter einander zu verschmelzen schienen. Scheimhaut ganz normal in Farbe und, um mit Störk zu sprechen, mager. Durch die Sonde war festzustellen, dass zwischen den beiden unteren Streifen nur eine ganz seichte Rinne, zwischen den beiden oberen aber ein richtiger Nasengang lag, an dessen vorderem Ende man noch weiter in einen gedeckten Theil gelangte. Die hintere Rhinoscopie nach Markirung der entscheidenden Punkte durch Wattepföpfchen, welche mich schon vielfach aus topographischen Zweifeln erlöst hat und welche ich sehr empfehlen kann, ergab, dass die beiden unteren Leisten mit dem ungetheilten hinteren Ende der mittleren Muschel correspondirten, dass sie also einer horizontal getheilten mittleren Muschel angehörten, und dass die oberste Leiste unzweifelhaft die obere Muschel darstellte. Es liess sich von hinten auch die vierte Muschel sehen, und zwischen dieser und der oberen Muschel ein Blick in die Siebbeinzelle mit ihrer hellgrauen Auskleidung thun. Als der junge Mann sich später wieder vorstellte, war durch einen Nasencatarrh mit Schwellung des Tuberculum und der Schleimhaut der Muscheln bei vorderer Ansicht das ganze Bild von der unteren Leiste aufwärts bedeckt, so dass ich den früheren Status gar nicht hätte ahnen können. — Die linke Nasenhöhle hat sich Anfangs als ganz normal dargestellt.

Ein grosses klinisches Interesse bietet der Gegenstand nicht, aber gewiss ein morphologisches, und deshalb habe ich mir erlaubt, ihn etwas breiter zu besprechen.

## Voltolini und die Autoscopie des Kehlkopfes.

Antwortschreiben

an Herrn Dr. A. Kirstein in Berlin.

Sehr geehrter Herr College! Aus Ihrem in No. 4 dieser Monatschrift an mich gerichteten Schreiben ersehe ich mit Vergnügen, dass das neulich von mir gebrauchte Wort „the river of Lethe runs as well above ground as below“, in erfreulichem Gegensatze zu so manchen Laryngo- und Rhinologen der Gegenwart, auf Sie selbst nicht anwendbar ist, indem Sie ja, wie Sie jetzt darlegen, Voltolini's Methode der Autoscopie, d. h. der directen, spiegellosen Besichtigung der tiefen

Theile des Pharynx sowie des Kehlkopfeingangs sehr wohl gekannt haben. Ist es aber bei dieser Sachlage nicht doch etwas auffallend, dass Sie in Ihrer kürzlich erschienenen zusammenfassenden Monographie über die Autoscopie des Kehlkopfs und der Luftröhre der verdienstvollen und anregenden Bemühungen Voltolini's nicht mit einem einzigen Worte gedacht haben? Hätten Sie den jetzt in No. 4 der Monatsschrift abgedruckten, für die Eulenburg'schen Jahrbücher bestimmten Passus über das Voltolini'sche Verfahren auch in Ihre Monographie aufgenommen: wäre dann unsere ganze briefliche Unterhaltung nicht überflüssig gewesen und hätten wir „das gesammte Material“ oder doch das Wesentlichste davon nicht schon damals „beisammen“ gehabt, nicht aber erst jetzt durch die in No. 3 und 4 der Monatsschrift beigebrachten Nachträge? Die in seinen berühmten Letters on the study and use of history im Jahre 1735 von John Bolingbroke geschriebenen schönen Worte „how great soever a genius may be, and how much soever he may acquire new light and heat as he proceeds in his rapid course, certain it is that he will never shine with the full lustre, nor shet the full influence he is capable of, unless to his own experience he adds the experience of other men and other ages“ — diese goldenen Worte sollten doch uns Allen stets vor Augen schweben! Ihr Versehen haben Sie inzwischen ja zum Theil wieder gut gemacht, indem Sie in Ihrem neuesten, mir gütigst zugesendeten Artikel über Autoscopie und Spateltechnik (Allg. Centralzeitung 1896, No. 31) die, wie Sie richtig sagen, allerdings „viel weniger leistungsfähige, aber nicht schlechte“ Methode Voltolini's mehrmals erwähnt haben, so dass wir wohl hoffen dürfen, in einer gewiss bald erscheinenden, durch weitere Beobachtungen und Erfahrungen, auch die von Herrn Prof. Bruns in Tübingen inzwischen erzielten operativen Erfolge vermehrten, zweiten Auflage Ihrer Monographie werde das Verfahren Voltolini's in der demselben gebührenden ausführlichen Weise besprochen werden.

Wenn Sie sich aber insbesondere noch darin durch mich verletzt fühlen, dass ich in einem „ganz allgemein gehaltenen Schlussurtheil“ nur „Verdienste um weitere Vervollkommnung“ der Autoscopie, nicht aber so zu sagen eine schöpferische That, ein „Erschaffen aus dem Nichts“ Ihnen zugesprochen hätte: so könnte ich ja allerdings eine ausweichende Erklärung abgeben des Inhalts, dass ich an der incriminirten Stelle den Ausdruck Autoscopie in dem neulich in No. 3 dieser Monatsschrift Eingang meines Artikels von mir definirten Sinne ganz allgemein als „directe Besichtigung ohne Hilfe eines Spiegels“ gebraucht hätte — eine Begriffsbestimmung also, unter welche sowohl Voltolini's als Ihr eigenes Verfahren fallen kann: ich verzichte aber selbstverständlich auf eine derartige Ausflucht und Unklarheit, um mit aller Bestimmtheit und ganz offen zu erklären, dass meiner Ueberzeugung nach mein verstorbener Lehrer und Freund R. Voltolini thatsächlich der Urheber der autoscopischen Untersuchungsmethode ist, und zwar ohne dass ich den von Ihnen angedeuteten Versuch zu machen brauche, Voltolini's Besitzstand auf Ihre Kosten zu vermehren. Nein! der noch von so Manchem unterschätzte Voltolini war ein so ideenreicher Kopf und in seinen Schriften sind eine solche

Menge von Thatsachen und Anschauungen niedergelegt, deren weitere Begründung und Entwicklung sich gar wohl verlohnen dürfte, wie z. B. in seiner Galvanocaustik<sup>1)</sup> auf S. 84 auch die Sie gewiss besonders interessirende Notiz sich findet, dass bei manchen Personen die Untersuchung mittelst des Kehlkopfspiegels nur bei nicht herausgestreckter Zunge zu erzielen ist —, Voltolini also war ein so ideenreicher und verdienstvoller Autor, dass es wirklich nicht nöthig ist, durch Annectiren der Ideen Anderer seinen Besitzstand noch nachträglich vergrößern zu wollen. Die Unterschiede des Voltolini'schen und Ihres eigenen Verfahrens der Autoscopie und die weit geringere Leistungsfähigkeit des ersteren habe ich neulich ja schon selbst hervorgehoben, so dass es wohl nicht nöthig gewesen wäre, in einem gerade an mich gerichteten Briefe dieselben nochmals zu besprechen. Mit allem Fug und Recht aber glaube ich vermuthen zu dürfen, dass Sie durch das, dann oder dann Ihnen bekannt gewordene Verfahren Voltolini's zu Ihren eigenen Versuchen über Autoscopie im vorigen Jahre angeregt worden sind, unbewusst natürlich und ohne bestimmte Erinnerung an Voltolini's Urheberschaft. Denn mit vermeintlich selbstständigen oder wie aus dem Urnichts herausgegriffenen Erfindungen und Entdeckungen geht es bekanntlich oft genug oder fast immer in dieser Weise zu, und die Zeit, da eine Pallas Athene fix und fertig, gestieft und gespornt dem Haupte des Zeus entspringen konnte, ist wohl für immer vorbei. Treffend sagt in dieser Hinsicht auch der schon oben genannte Bolingbroke: „the events we are witnesses of appear to us very often original, unprepared, single and un-relative, if I may use such an expression for want of a better in English: in French I would say isolés. . . From hence many errors in judgment.“ Ohne Voltolini's Vorgang gäbe es nach meiner Ueberzeugung heute keine Kirstein'sche Autoscopie. Ist hiermit aber irgendwie behauptet, dass Sie als ein „glücklicher Epigone“ die von Voltolini „ausgestreute Saat“ einfach, ohne eigene Arbeit und eigenes Verdienst „eingeheimst“. hätten? Nein! durchaus nicht! ganz und gar nicht! Wenn Andere und ich selbst über Voltolini's Mittheilungen ohne weitere Scrupel bisher immer hinweggelesen haben, so haben Sie Ihrerseits offenbar fleissig und eifrig darüber nachgedacht und durch zahlreiche mühsame und zeitraubende Versuche tapfer und mit Ausdauer ausprobirt, warum Voltolini das ihm vorschwebende Ziel, die Besichtigung auch des Kehlkopf-Inneren, mit seinem Verfahren nicht genügend erreicht hat, wie die Autoscopie, besonders auch die von Voltolini überhaupt nicht erwähnte Autoscopie der Luftröhre, aus anatomischen und physiologischen Gründen in Wirklichkeit gehandhabt werden muss, um sie in ihrer ganzen Bedeutung für die Praxis zur Geltung kommen zu lassen, welche Beschaffenheit die Zungen- und Kehlkopfspatel besitzen sollen, wie die Haltung des Kopfes des zu Untersuchenden zu regeln sei und was dergl. mehr ist. So haben Sie das Unternehmen Voltolini's in sehr bedeutendem Maasse verbessert und erweitert und haben in dem Zeitalter der Ultramicroscopie, der Ultrabacteriologie, der Serumtherapie und ähnlicher nutzloser Dinge

<sup>1)</sup> Zweite Auflage 1872.

eine treffliche, man könnte sagen: erfrischende, klinische Leistung erzielt, zu welcher ich Ihnen hiermit nochmals aufrichtig Glück wünsche, Ihrer Ansicht rückhaltlos mich anschliessend, dass der river of Lethe Ihre Arbeit nicht wegschwemmen wird.

Was schliesslich meinen eigenen, doch wohl ganz anspruchslos vorgebrachten Vorschlag betrifft, das für die Spiegeluntersuchung von Voltolini ja stets so eifrig empfohlene, direct auffallende Sonnenlicht auch bei der Autoscopie und hier zwar besonders das von Westen her auffallende Sonnenlicht zu benutzen, so kann natürlich nur die Zeit über den Werth oder Nichtwerth dieses Vorschlags entscheiden, doch kann ich in Ermangelung einer hierzu geeigneten Wohnung, entsprechende Versuche zur Zeit leider nicht anstellen.

Mit aller Hochachtung

Danzig, im Mai 1896.

C. Ziem.

---

## Berichtigung zu vorstehendem Antwortschreiben.

Von

Dr. Alfred Kirstein.

In dem Ziem'schen Satze, Voltolini habe „die Besichtigung des Kehlkopf-Inneren mit seinem Verfahren nicht genügend erreicht“ ist der Ausdruck „nicht genügend“ eine bewusste poetische Lizenz für das der Wirklichkeit entsprechende Wort „garnicht“.

Auf weitere Bemerkungen verzichte ich.

---

## II. Kritiken.

**Die otogene Pyämie.** Von Dr. Hugo Hessler, Docent der Ohrenheilkunde an der Universität Halle a. S. Jena, Verlag von Gustav Fische 1896.

Nach den Arbeiten von A. of Forselles: „Die durch eiterige Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinusthrombose und deren operative Behandlung“; von Jansen: „Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen“; von Körner: „Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter“ erschien nun Hessler's: „Die otogene Pyämie“ als reichhaltigste Zusammenstellung und Verwerthung des casuistischen Materiales mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie, Bacteriologie, Symptomatologie, des klinischen Verlaufes, der Diagnose und Therapie.

Nach einem geschichtlichen Ueberblicke über die Entwicklung der Lehre von der otogenen Pyämie, in welchem eine grosse Zahl von einschlägigen Arbeiten kurz citirt wird, wendet sich der Autor der Besprechung einiger pathologisch-anatomischer und bacteriologischer Werke zu und erörtert das Wesen der Pyämie nach den gegenwärtigen

wissenschaftlichen Anschauungen. Hieran schliesst sich eine anatomische Studie über die Venen des Schädels und der Schädelhöhle, sowie der Venen des Ohres, worauf ein Bericht von Arbeiten über die Verdünnung der Felsenbeinknochen bis zur Lückenbildung, ohne Caries, folgt. Das umfangreichste Capitel behandelt die Casuistik und allgemeine Statistik. Hessler stellt 398 Fälle von Pyämie nach Mittelohreiterung zusammen und theilt dieselben in vier Gruppen. Gruppe I enthält 64 Fälle von Heilung der Pyämie ohne operativen Eingriff an den Hirnsinus und der Vena jugularis, und zwar 41 mit und 23 ohne Metastasen. Gruppe II enthält 52 Fälle von Heilung der Pyämie nach Operationen am Sinus transversus und an der Vena jugularis, und zwar 27 mit und 25 ohne Metastasen. Gruppe III enthält 259 Fälle von Pyämie mit dem Sectionsbefunde, und zwar 171 mit Metastasen und 88 ohne solche. Gruppe IV enthält 23 Fälle von Pyämie ohne Section, und zwar 17 Fälle mit und 6 ohne Metastasen. An die Casuistik schliesst sich eine Reihe tabellarischer Zusammenstellungen, welche das Alter der Patienten, das Geschlecht, die Seite der Ohrerkrankung, die acuten und chronischen Prozesse und die ursächliche Erkrankung betreffen. Das männliche Geschlecht ist mit 68,6 pCt., das weibliche mit 31,4 pCt. theiligt. Rechts war die Ohrerkrankung in 52,2 pCt., links in 44,8 pCt., doppelseitig in 3 pCt.; acute Prozesse führten in 29,3 pCt., chronische in 70,7 pCt. zur Pyämie. Hierauf vergleicht der Autor seine tabellarischen Zusammenstellungen mit denen anderer Autoren.

Das VI. Capitel umfasst in sehr anschaulicher Uebersicht einen Auszug aus den veröffentlichten Krankengeschichten bezüglich der Krankheitssymptome, wie sie die klinische Untersuchung ergibt und im Anschlusse daran die Sectionsbefunde. Unter weiterer Berücksichtigung der Krankengeschichten bespricht der Autor die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, um den anatomischen Verlauf und die Ausbreitung einer Mittelohreiterung durch das Mittelohr und Felsenbein hindurch und weiter auf die Hirnsinus und die Vena jugularis zu verfolgen, ferner die Veränderungen, die Hirnhäute und Gehirn betreffen. Aus Tabelle XII ergibt sich, dass der Sinus transversus fast noch einmal so häufig afficirt ist, als die Vena jugularis interna, und dass diese wieder fast ebenso häufig betroffen ist, als die anderen Hirnsinus zusammen. Nach 247 genauer beobachteten Sectionsbefunden fand sich die reine, nicht complicirte Sinusphlebitis in 50,2 pCt., 98 Mal mit und 26 Mal ohne metastatische Pyämie; die Sinusphlebitis complicirt mit Meningitis in 28,3 pCt., je 35 Mal mit und ohne metastatische Pyämie; die Sinusphlebitis complicirt mit Hirnabscess in 12,2 pCt., 18 Mal mit und 12 Mal ohne metastatische Pyämie; die Sinusphlebitis complicirt mit Meningitis und Hirnabscess in 9,3 pCt., 10 Mal mit und 13 Mal ohne metastatische Pyämie. Die Metastasen in Brust- und Bauchorganen, sowie in den mehr oberflächlich gelegenen Organen erfahren eine eingehende Würdigung und Besprechung.

Das Capital VIII umfasst die Symptomatologie, in welcher nach den veröffentlichten Krankengeschichten die Krankheitssymptome der otogenen Pyämie und speciell die localen Symptome der Thrombophlebitis der einzelnen Sinus behandelt werden.



Im Capitel IX und X sind Bacteriologisches, Verlauf, Ausgang und Prognose besprochen. Sodann giebt der Autor eine geschichtliche Entwicklung der Diagnose der otogenen Pyämie an der Hand diesbezüglicher Arbeiten, erörtert die differential-diagnostischen Momente gegenüber Abdominaltyphus, Miliartuberculose, acuter maligner Endocarditis und Malaria, bespricht die Symptome, die der acuten Warzenfortsatzeiterung, beziehungsweise der Thrombophlebitis der einzelnen Sinus und der Vena jugularis interna zukommen, und wendet sich dann den die otogene Sinusphlebitis complicirenden intracraniellen Erkrankungen zu.

Das letzte Capitel über Therapie umfasst die Behandlung derjenigen Fälle otogener Pyämie, die auf einfache Eiterresorption aus den Höhlen des Mittelohres und des Warzenfortsatzes zurückzuführen sind, dann der durch Osteophlebitis bedingten Pyämie, des extraduralen Abscesses, ferner die diagnostische Probepunction des Sinus und die operative Eröffnung und Ausräumung eitriger erweichter Thrombenmassen des Lateralsinus nach doppelter Unterbindung und Durchschneidung der Jugularvene am Halse. Hierauf folgt eine Besprechung der bisher publicirten operirten Fälle otogener Sinusphlebitis und Angaben über Indication und Technik des operativen Eingriffes.

Das ganze Werk verräth einen geradezu erstaunlichen Fleiss des Autors und wird gewiss von Allen, die einschlägige Studien machen wollen, mit grossem Nutzen studirt werden. Die Ausstattung ist eine gute.

Dr. Alt.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Endocranielle Complication während des Verlaufs einer Mittelohrsuppuration. Trepanation und Heilung.** Von Dr. Schmiegelow, Kopenhagen. (Ztschr. für Ohrenheilkunde XXVIII, 2.)

Bei einem 12jährigen Knaben hatte sich eine linksseitige chronische Mittelohreiterung, welche bis dahin wenig Störung verursacht hatte, durch äussere Schädlichkeiten plötzlich verschlimmert und zu Symptomen geführt, durch welche Sch. die Annahme eines Hirnabscesses begründen zu können glaubte — langsame Pulsfrequenz, Uebelgefühl, Trägheit, Kopfschmerzen. Die Operation, welche mit der Eröffnung des stark mit Eiter durchsetzten Warzenfortsatzes begann, dann zur Eröffnung der mittleren Schädelgrube führte, wobei ein subduraler Abscess und ein Cholesteatom entleert wurden, und schliesslich mit der Trepanation der hinteren Schädelgrube endete, konnte jedoch nirgends den supponirten Abscess nachweisen, dagegen fand sich bei der Punction des Durasackes eine aussergewöhnlich grosse Menge seröser Flüssigkeit in demselben vor, wodurch die Erscheinungen des gesteigerten endocraniellen Druckes hervorgerufen sein mochten; den epiduralen Abscess sieht Sch. auch nicht als die Ursache desselben an. Der Fall hat eine grosse Aehnlichkeit mit einigen der von Levi (Ztschr. f. Ohrenheilk.

XXVI, 116) veröffentlichten Fälle von Meningitis serosa (Quinke) im Gefolge von chronischen Mittelohreiterungen. Keller.

**Ueber Spontanheilung von Cholesteatomen und cholesteatomähnlichen Erkrankungen in den Hohlräumen des Schläfenbeines.** Von Dr. K. Redmer, Danzig. (Ztschr. für Ohrenheilkunde XXVIII, 3.)

Wiederholte Beobachtung — Verf. führt selbst vier Fälle näher an — lehrt, dass Ohrcholesteatome, auf deren scharfe klinische Scheidung in die wahren Cholesteatome als heterologische Geschwulst und in die secundären Epidermisanhäufungen als cholesteatomähnliche Retentionsmassen oder Epithelcysten der Autor auch seinerseits mit Nachdruck hinweist, auf dem Naturwege zuweilen dadurch heilen, dass die Knochenträume, in welchen die Bildung ihren Sitz hat, durch Schwund der angrenzenden hinteren inneren Gehörgangswand und des Recessus epitympanicus sich mit der Paukenhöhle und dem Gehörgange in eine zusammenhängende, geräumige Höhle verschmelzen, durch welche die Ausstossung durch den Gehörgang erfolgen kann, und welche fernerhin nach erfolgter Auskleidung mit Epidermis eine ergiebige Ventilation (auch durch die Tube) gestattet, wodurch eine dauernde Heilung erzielt werden kann. Mit Rücksicht auf diese Art der Naturheilung hält Verf. die Zaufal'sche Operationsmethode des Cholesteatoms, welche im Gegensatze zu anderen Methoden die permanente Wundöffnung nicht hinter, sondern in das Ohr selbst verlegt, für die beste, weil naturgemässeste, nur müssten weitere Beobachtungen noch entscheiden, in welchen Fällen sich dieselbe als ausreichend erweise; insofern nämlich das eigentliche Cholesteatom und die verschiedenen cholesteatomähnlichen Krankheitsproducte sich auch hinsichtlich ihrer Recidivfähigkeit wesentlich unterscheiden und demnach auch auf verschiedene Weise operirt werden müssten. Keller.

**18 Sectionsberichte über das Gehörorgan bei Masern.** Von Dr. Rudolph. Mit einem nachträglichen Resumé von Prof. Bezold. (Ztschr. für Ohrenheilkunde XXVIII, 3.)

Die Befunde sind nach der Dauer der Erkrankung, welche zwischen 3—33 Tagen schwankte, geordnet und ergeben die Thatsache, dass sich in allen Fällen mit nur einer Ausnahme Eiterungsprocesse im Mittelohre vorfanden, wodurch die von Anderen schon gemachte Beobachtung über die ausserordentliche Frequenz derartiger Entzündungen bei Sectionen an Masern Gestorbener neue Bestätigung erhielt. Bereits am dritten Tage nach Ausbruch des Exanthems kann nicht nur die Schleimhaut in der Paukenhöhle, sondern auch im Antrum und in den Warzenzellen lebhaft Injection und Schwellung zeigen, und können die betreffenden Räume mehr oder weniger mit eitrigem Secret gefüllt sein: dagegen führt die Entzündung selten zum Durchbruch des Trommelfells. In keinem Falle fehlten die pyogenen Organismen, am häufigsten fand sich der Streptococcus, halb so häufig Staphylococcus albus und etwas seltener aureus. Die geringe Reaction der Entzündung, wie sie sich einmal in dem seltenen Vorkommen von Trommelfelldurchbruch,

andererseits in einer geringeren Schwellung der Schleimhäute des Mittelohres, als wir es sonst bei acuten eitrigen Entzündungen gewohnt sind, in obigen Fällen ausspricht, möchte Bezold auf eine Herabsetzung der Reactionsfähigkeit beziehen, welche auf der Höhe der Allgemeinerkrankung den Gesamtorganismus betreffe. — B. sieht diese Form von eitriger Mittelohrentzündung ebenso als eine zur Symptomatologie der Masern gehörige Erscheinung an, wie die begleitende Conjunctivitis etc., und schliesst die secundäre Natur dieser Otitis in Folge einer Fortleitung von der Nasenrachenschleimhaut durch die Tuben hauptsächlich schon deshalb aus, weil sich bei den Sectionen die knorpeligen Tuben fast ausnahmslos intact erwiesen. Da nun die Mittelohreiterung als eine fast regelmässige Erscheinung bei den Sectionen nach Masern nachgewiesen wurde, wobei es aber gewöhnlich nicht zur Entleerung des Eiters nach aussen kommt, andererseits die spätere Untersuchung masernkrank gewesener Kinder normales Gehör zu ergeben pflegt (Bezold, Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan), so sieht sich B. zur Annahme veranlasst, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle der Eiter in den Mittelohrräumen symptomlos und ohne weitere Störungen zu hinterlassen, wieder zur völligen Resorption gelangt. — Ob der Rückschluss von den Sectionsbefunden auf das Vorkommen eitriger Mittelohrentzündung (nicht eines einfachen Catarrhes) bei fast allen Masernkranken ein zwingender ist, dürfte nach des Ref. Ansicht vielleicht dahingestellt bleiben. Obiges Material entstammt dem Universitäts-Kinderhospital in München; über den Allgemeinzustand der Kinder verlautet nichts; alle Kinder mit nur einer Ausnahme sind mit Pneumonie behaftet gewesen, mehrere ausserdem mit Diphtherie des Rachens, Larynx-croup, Tuberculose der Bronchialdrüsen; es dürfte immerhin die Annahme gestattet sein, dass unter solchen Umständen eine ursprünglich catarrhalische Mittelohraffection sich zu einer eitrigen Entzündung steigern kann, während es in der Mehrzahl der Masernfälle eben beim Catarrhe verbleibt.

Keller.

---

### b) Rhinologische:

**Fall von primärer acuter eitriger Rhinitis beim Kinde mit Staphylococcen, geheilt mittelst 10 proc. Mentholölösung.** (Un cas de rhinite purulente aigue primitive infantile à staphylocoques guérie par l'emploi de l'huile mentholée au 10ième.) Von Dr. Hamon du Fougeray. (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Gewöhnlich nimmt man an, dass die eitrige Rhinitis der Neugeborenen blennorrhagischer Natur ist, gerade wie die eitrige Ophthalmia; es können aber auch andere Agentien als die Gonococcen selbe hervorbringen; die bacteriologische Untersuchung allein kann hier unterscheiden. Verf. giebt ein Beispiel bei einem 13monatlichen Kinde, wo der Ausfluss durch Staphylococcus albus und aureus bedingt war und welcher durch 10 proc. ölige Mentholölösung geheilt wurde.

Dr. P. K.

**Bacteriologische Diagnose der Ozaena.** (Diagnostic bactériologique de l'ozène) Von Dr. Fage. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Nicht jeder übelriechende Nasenausfluss deutet auf Ozaena hin. Um zweifelhafte Fälle zu erkennen (die classischen unterliegen wegen ihrer hervortretenden klinischen Symptome keinem Zweifel) muss man bacteriologisch nach Löwenberg (Annales de l'Institut Pasteur 1894, 25. Mai) untersuchen und den Coccobacillus, auch Rhinobacillus genannt, nachweisen können; derselbe besteht in keiner andern Nasenaffection und kann man so Syphilis, Nasencatarrh, Rhinitis caseosa, Knochenleiden, Krebs etc. ausschliessen. Verf. giebt seine bacteriologischen Untersuchungen nebst practischen Schlüssen, welche am besten im Original nachgelesen werden.

Dr. P. K.

**Microorganismen der gesunden Nase.** (Microorganismes du nez sain.) Von Dr. Thomson und Dr. Hewlett. (Société royale de médecine et de chirurgie de Londres. Séance du 28 Mai 1895 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Verf. kommen zu folgenden Resultaten: bei allen bacteriologischen Untersuchungen der Nase muss man zwischen Naseneingang und der eigentlichen Nasenhöhle unterscheiden. Ersterer nämlich hat in seiner Auskleidung Schweiss- und Talgdrüsen und zählt nicht zu der eigentlichen Nase; eben weil man diesen Unterschied nicht machte, stimmen die Resultate der bacteriologischen Untersuchung des Naseninhaltes nicht überein. Es befinden sich immer Microorganismen im Staub, in den Schleimkrusten und Fremdkörpern, welche zwischen den Nasenhaaren bei Gesunden sitzen. Anders aber verhält es sich mit der eigentlichen Schneider'schen Membran: hier sind die Microorganismen selten und in 80 pCt. fehlten sie ganz. Die Gegenwart pathogener Organismen ist so selten, dass man sie als Ausnahme betrachten muss.

Dr. P. K.

**Qualitative Anomalien des Geruchsinnes und klinische Methoden, um selbe festzustellen.** (Anomalies qualitatives de l'odorat et méthodes cliniques pour les constater.) Von Dr. Zwaardemaker. (Société néerlandaise de laryngologie und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 10.)

Verf. sucht auf alle Geruchsempfindungen die im vorigen Jahrhundert von Linné beschriebenen sieben Gerüche anzuwenden und setzt noch zwei hinzu, so dass es deren jetzt neun giebt. Ob dem dunkeln Kapitel mit dieser Arbeit etwas mehr Licht zugebracht wird?

Dr. P. K.

**Ein Fall von Nasenstein.** (Un cas de rhinolithé.) Von Dr. Ripault. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Ein mit Kalkconcrementen umlagerter Kirsch kern wurde mittelst Zerstückelung und Zange zu Tage befördert. Heilung. Dr. P. K.

**Tachycardie durch Nasenpolypen hervorgerufen.** (Tachycardie causée par la présence de polypes muqueux du nez.) Von Dr. Spencer Watson. (Brit. med. Journal und Semaine méd. 1896, No. 2.)

Ein 35jähriger, mit Nasenpolypen behafteter Mann bekam gleichzeitig Tachycardie bei unversehrtem Herzen: der Puls zählte 120 Schläge in der Minute. Heilung nach Entfernen der Polypen. Man soll also bei Tachycardie mit normalem Herzen immer die Nase untersuchen.

Dr. P. K.

**Zahn am Eingang des rechten Nasenloches mit Reflexsymptomen (Hustenfälle und Larynxkrämpfe); Entfernen des Zahnes, Heilung.** (Dent implantée à l'entrée de la fosse nasale droite, avec troubles réflexes [accès de toux et spasmes laryngés]; avulsion; guérison.) Von Dr. Brindel. (Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 1.)

Eine 62jähr. Frau klagt nicht über ihr Nasenleiden, wohl aber über Hustenanfälle und Larynxkrämpfe, welche in regelmässigen Zwischenräumen auftreten; zwei Mal trat Bewusstlosigkeit dabei ein; der Zustand dauert seit 5 Jahren. Die Sondenuntersuchung ergab im rechten Nasenloch einen harten, weissen, runden Fremdkörper, dessen Spitze nach oben stand; der Zahn war also in entgegengesetzter Richtung gewachsen. Nach der Extraction trat vollständige Heilung ein. Verf. konnte nur zwei ähnliche Fälle, welche aber keine Reflexe hervorgerufen hatten, in der Literatur finden.

Dr. P. K.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Halsrheumatismus.** (Rheumatisme de la gorge.) Von Dr. W. C. Braislin. (N.-Y. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 1.)

Untersucht man alle Rheumatiker, so findet man fast bei allen ein Pharynxleiden gewöhnlicher Art. Verf. sieht hierin ein gewisses constantes Verhältnis.

Dr. P. K.

**Stomatitis und Pharyngitis mycotica leptothricia bei einem Reconvalescenten von Pleuropneumonie.** (Stomatite et pharyngite mycotique leptotricique chez un malade convalescent de pleuropneumonie.) Von Dr. Boulengier. (Presse médicale und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 1.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: die Mycosis leptothricia kann sich unter drei verschiedenen Formen darstellen: 1) unter der Form von kleinen hanfkorngrossen Flecken; 2) unter dem Bilde von Schwämmen, welche zu Büscheln vereinigt sind und oft einen Centimeter messen, einem Hahnenkamm ähnlich sehend; 3) unter dem Bilde einer weissgelben, der Diphtheritis ähnlich aussehenden Membran, welche fest anhaftet und bei deren Entfernung keine umgebende Entzündung bemerkt wird. Widersetzt sich der Behandlung. Am besten reinigt man den Pharynx mit dem umwickelten Finger; Gurgeln mit einer 4procentigen Resorcinlösung.

Dr. P. K.

**Bemerkungen über die directe Halsdouche; ihre Indicationen und die Art der Anwendung.** (Note sur la douche de gorge au jet; ses indications et la manière de l'employer.) Von Dr. Revillet. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Wenig bisher angewandt, sind selbe doch von grossem Nutzen in verschiedenen Pharynxkrankheiten; sie besteht in einem Flüssigkeitsstrahl direct auf die Pharynxwände. Der zu gewöhnlichen Nasendouchen oder zu Vaginaleinspritzungen gebrauchte Apparat genügt; die Cantile muss gänsefederkiel dick sein. Der Strahl darf nicht zu stark sein, muss höchstens aus einer Höhe von 50 Ctm. kommen, sonst entstehen Contusionen und Ecchymosen. Der Kranke muss während der Douche mit leiser Stimme den Buchstaben A sagen, sonst hebt sich das Gaumensegel nicht. Anfangs entstehen Würgebewegungen, bald aber gewöhnt sich der Patient daran, die Temperatur muss 33 bis 36° haben; es werden Schwefelwasser, Borsäurelösungen etc. etc. angewandt; die Douche soll Anfangs 4—5 Minuten, später länger dauern. Sie wird mit Erfolg bei chronischer Pharyngitis und bei Pharyngitis sicca atrophica angewandt.

Dr. P. K.

**Zungenpsoriasis.** (Du psoriasis lingual.) Von Dr. Dubois Havenith. (Policlinique und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 1.)

Da sie gar nichts mit Hautpsoriasis zu thun hat, soll man selbe eigentlich Leucoplasia oder Leucokeratose der Zunge nennen. Syphilis, Excesse im Tabak, schlechte Zähne werden als Ursachen angeführt; oft findet man die Ursache nicht. Enthalten von Tabak und Spirituosen, Reinlichhalten der Zähne und des Mundes, gute Verdaunung, keine Caustica, einfaches Ausspülen des Mundes mit schwachen Antiseptica. Will man energisch interveniren, so muss man gleich den Galvanocauter, Auskratzen, Ausschaben und selbst das Ausschneiden anwenden.

Dr. P. K.

**Ueber das Malum perforans der Mundhöhle.** (Le mal perforant buccal.) Von Dr. V. Galippe. (Journal des connaissances médicales und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 2.)

Verf. giebt zwei hierher gehörende Krankengeschichten, welche zwei Tabetiker betreffen; bei beiden fielen alle Zähne aus und es bildete sich im Munde an Oberkiefer ein indolentes, den Knochen mit ergreifendes, ein stinkendes Secret lieferndes, perforirendes Geschwür.

Dr. P. K.

**Larvirte Tuberculose der drei Mandeln.** (Tuberculose larvée des trois amygdales.) Von Dr. Dieulafoy. (Académie de médecine, Séance du 3<sup>e</sup> Avril 1895 und Semaine méd. 1895, No. 23.)

Es besteht eine Tuberculosis larvata des Pharynx, welche als Prädilectionssitz das adenoide Gewebe des Nasenrachenraumes hat; diese Fälle stimmen mit dem klinischen Bilde der adenoiden Vegetationen und der einfachen Mandelhypertrophie überein. Verf. stellt diese Meinung auf seine Impfversuche mittelst solchem extirpirten adenoiden Gewebe fest, indem diese Versuche in vielen Fällen Tuberculose zur

Folge hatten. Die Pharynx tuberculose des adenoiden Gewebes ist immer primärer Natur, ohne Heredität, obwohl das Temperament solcher belasteter Kranken lymphatisch ist. Dieses erste Stadium der Mandel tuberculose kann heilen oder in die Lymphbahn übergehen und Schwellung resp. Tuberculose der Cervical- und Inframaxillardrüsen hervorbringen, welche dann wieder heilen oder weiter gehen kann; das heisst, dieses zweite Stadium kann die Krankheit abschliessen oder es kann sich durch den Canalis thoracicus Lungentuberculose entwickeln; diese kann noch latent bleiben und heilen oder die ganz gewöhnliche Lungentuberculose mit lethalem Ende bringen.

Dr. P. K.

**Larvirte Tuberculose der drei Mandeln.** (Tuberculose larvée des trois amygdales.) Von Dr. Dieulafoy. (Académie de médecine de Paris, Séance du 7 Mai 1895 und Semaine médicale 1895, No. 24, 25.)

Der Tuberkelbacillus wird viel häufiger eingeathmet, als eingeschluckt. Der Staub von tuberculösen Sputis herrührend, Fleisch, Milch, können also Tuberculose hervorbringen; es giebt also tuberculöse adenoide Vegetationen, wie schon Lermoyez nachgewiesen hat, und von denen aus sich Tuberculose der Lungen entwickeln kann. Dasselbe kann in den Rachenmandeln vorkommen; in letzterem Falle kommen gleich nachher geschwollene Cervicaldrüsen und Submaxillardrüsen. Es sind aber seltene Fälle (Cornil). Wenn aber die histologische Untersuchung der adenoiden Vegetationen und der Rachenmandeln im Stiche lässt, so weist die experimentelle Impfung oft Tuberculose nach. Andererseits muss man annehmen, dass bei unversehrten Mandeln auf deren Oberfläche sich tuberculöse Sputa finden können und dass dann bei der Impfung Tuberculose entstehen kann, ohne dass die Mandeln krank sind. Also ist die histologische Untersuchung der drei Mandeln viel massgebender, als das Experiment mittelst Impfung.

Dr. P. K.

**Amygdalitis mit nachfolgender Nephritis und urämischen Erscheinungen.** (Amygdalite compliquée de néphrite avec accidents urémiques.) Von Dr. Thouvenet. (Le Limousin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Eine 45jährige Frau wurde von lacunärer Amygdalitis befallen; nach zehn Tagen traten urämische Erscheinungen mit viel Eiweiss im Urin unerwarteter Weise auf. Heilung nach einem Monat. V. ist der Ansicht, dass viele sogenannte rheumatische Fälle von Nierenentzündung nach vorhergegangener Angina auftreten und das letztere in der Anamnese vergessen worden ist.

Dr. P. K.

**Mandelreflexe.** (Reflexes amygdaliens.) Von Dr. Joal. (Société franç. d'otologie et de laryngologie, Mai 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie, August 1894.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines Falles von Oesophagismus durch die Gaumenmandel hervorgerufen: Nach der Amputation der linken sehr hypertrophischen Mandel hörte der schon lange bestehende Oesophagismus auf.

Verf. giebt ferner die Krankengeschichte eines Falles von Inter-costalneuralgie, durch Reflexe von den Mandeln ausgehend hervorge-rufen: Die Neuralgie trat am dritten Tage einer acuten Amygdalitis auf und liess Anfangs an eine Lungen- oder Brustfellcomplication denken; dieselbe Neuralgie trat plötzlich auf, als später die Mandel galvano-caustisch behandelt wurde. Man muss also Reflex annehmen. Die unteren Theile der Mandeln scheinen diese Reflexe, welche über-haupt sehr selten sind, am leichtesten hervorzurufen. Dr. P. K.

---

**Schlechte Folgen des Salol, während einer acuten Amygdalitis ver-abreicht.** (Accidents dus au salol, au cours d'une amygdalite aigue.) Von Dr. Josias. (Société de thérapeutique und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 12.)

Nach der Einnahme von 3 Grm. Salol traten bei einem 18jährigen Mädchen Erythema am rechten Oberschenkel, Rubeola am linken Unterschenkel und Papeln auf den Wangen auf. Der Urin zeigte die Reaction des Acid. carbolicum und des Acid. salicylicum. Dieses Factum nähert sich denen von Cartaz, Morel, Cavallée etc. etc. erwähnten.

Dr. P. K.

---

**Ueber die Natur der Amygdalitis follicularis und ihr Verhalten zu den infectiösen Anginen.** (Nature de ce qu'on appelle l'amygdalite folliculaire et sa relation avec les maladies infectieuses.) Von Dr. Wolfenden. (Société britannique de laryngologie et de rhinologie, 18. Juli 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 21.)

Es giebt keine Diphtherie ohne den Löffler'schen Bacillus. Eine pseudomembranöse Membran bedeutet noch keine Diphtheritis. Eine Amygdalitis lacunaris ist nicht nothwendiger Weise diphtheritischer Natur; es giebt eine gutartige und eine diphtheritische. Das croupöse oder diphtheritische Aussehen will noch lange nicht Croup oder Diphtheritis bedeuten.

Die sogenannte acute cryptische oder folliculäre Amygdalitis ist nicht eigentlich folliculär; sie besteht in einer einfachen oder desquamativen Infection durch Streptococcen, Staphylococcen oder Pneumococcen; sie ist also ansteckend.

Der chronische Entzündungszustand der Crypten der hypertrophischen Mandeln bildet das beste Culturfeld für die Microben, wo sie sich bequem entwickeln und in den Organismus begeben können.

Das klinische Bild gestattet so wenig die einfache Amygdalitis von Diphtherie zu unterscheiden, dass es anzurathen ist, die Patienten von Anfang an zu isoliren, bis die Diagnose fertiggestellt ist. Die bacteriologische Diagnose ist absolut nothwendig; denn bringt man eine pseudomembranöse Angina mit Streptococcen in einen Diphtheritissaal, so läuft man die Gefahr, einen einfachen gutartigen Anginafall in einen böartigen tödtlichen zu verwandeln. Die Bacteriologie soll also die Basis der Diagnose bilden; kein Spital ist also vollständig, wenn es nicht das dazu geeignete Laboratorium besitzt. Glücklicher Weise ist die Behandlung ungefähr dieselbe, selbst wenn der Fall zweifelhaft ist; es ist nämlich die antiseptische Behandlung.



Der Löffler'sche Bacillus allein stellt die Diagnose und kommt oft bei anscheinend sehr leichten Fällen vor; er ist ein absoluter Beweis, dass es sich um Diphtheritis handelt, während die später eintretenden Lähmungen und andere asthenische Erscheinungen das Resultat der toxischen Einwirkung der bacillären Ptomaine sind.

Dr. P. K.

---

**Die infectiöse Natur der Tonsillitis lacunaris.** Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 130, 1896.)

F. fand als hervorstechendste pathologisch-anatomische Veränderung bei Tonsillit. lacunaris eine Vermehrung der Auswanderung der Leucocyten aus den Follikeln und stellt sich nach seinen zahlreichen Untersuchungen die Krankheit wesentlich als eine wirkliche Entzündung des Parenchyms der Tonsillen dar, als eine Tonsillitis in der eigentlichen Bedeutung des Wortes. Zudem ist sie eine Infektionskrankheit. Damit die Infection wirksam werde, muss eine Schädigung des Organismus hinzukommen. Die Infectionsträger können auch auf dem Wege des Lymphstroms in das Parenchym der Mandeln gelangen. Hiermit erklärt sich auch das Auftreten von Tonsillit. lacunar. nach Operationen in der Nase, indem von ihr aus auf dem Wege des Lymph- oder Blutstroms den Tonsillen Stoffe zugeführt werden, welche die Entzündung derselben hervorrufen, und muss angenommen werden, dass das Trauma, welches in der Nasenhöhle die schützende Decke des Epithels derselben zerstört, den Entzündungserregern die Pforte öffnet, durch welche sie mit dem Lymphstrom von innen her in die Tonsillen gelangen.

An den anderen Tonsillen des lymphatischen Rachenringes kommen dieselben Erscheinungen, jedoch seltener, wie an den Gaumentonsillen vor.

Beschorner.

---

**Ein Fall von Actinomyose.** (Un cas d'actinomyose). Von Dr. Poncet. (Académie de médecine de Paris, Séance du 26. Mai 1895 und Semaine médicale 1895, No. 28.)

Ein 54jähriger Ingenieur zeigt Actinomyose des Gesichtes und der linken Kieferschläfengegend. Die Infection scheint sich an den Zahnrandern durch Gras- und Strohstückchen, welche Patient zu kauen die Gewohnheit hatte, entwickelt zu haben. Wir wissen nämlich, dass diese Pflanzen, gerade so wie Gerste- und Haferkörner, als Träger der Actinomyose dienen können. Anfangs hielt man das Leiden für eine Zahnphlegmone, bis Verschlimmerung eintrat und man eine parasitäre Krankheit annahm; grosse Dosen Jodkalium brachten Heilung, gerade so, wie wenn es sich um tertiäre Syphilis gehandelt hätte.

Dr. P. K.

---

**Perilaryngealer Abscess in Folge von Actinomyose.** (Abscess péri-laryngé par actinomyose.) Von Dr. Camillo Poli. (Bolletino della R. Accademia medica di Genova und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 17.)

Schwellung links oberhalb der Cartilago thyroidea, langsam entstanden, den Larynx nach rechts hinten drängend. Incision und Verschwinden besonders der subjectiven Symptome. Der Eiter enthielt

**kleine schwefelgelbe Knötchen**, welche an Actinomycose erinnerten; das Microscop ergab auch die Richtigkeit der Diagnose. In Folge dessen wurde der Schnitt erweitert, ausgekratzt, mit Jodoformgaze tamponirt; Heilung.

Dr. P. K.

---

**Behandlung des Myxödems durch den Thyroidoerethismus.** (Traitement du myxoedème par le thyroïdo-éréthisme.) Von Dr. Poncet. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Die Operation besteht darin, daß man das Corpus thyroideum in einer mehr oder weniger grossen Ausbreitung blosslegt, zwischen den Rändern der Wunde liegen lässt, antiseptisch verbindet, mit den tiefen Geweben aber im Zusammenhang lässt. Bei dieser Behandlung nehmen die Symptome des Cretinismus und alle Zeichen des Myxödems ab. Verf. bringt ein auffallendes Beispiel hiervon.

Dr. P. K.

---

**Ueber Thyroidealkrebs.** (Du cancer de la thyroïde.) Von Dr. A. Poncet. (Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Ein Krebs der Schilddrüse entsteht in den bei Weitem häufigsten Fällen auf einem schon bestehenden Kropf. Diese Eventualität spricht dafür, dass man Kröpfe so früh wie möglich soll chirurgisch behandeln. Dem entspricht ja auch die Thatsache, dass bei Phimose oft Krebs des Gliedes entsteht, während er bei Beschnittenen nie vorkommt. Der Schilddrüsenkrebs entwickelt sich oft auf einem schon bestehenden Kropf nach einer acuten Krankheit, wie Influenza, Angina tonsillaris.

Dr. P. K.

---

**Fibrom der Schilddrüse; partielle Thyroidectomie, Tracheotomie und Erweiterung der verengten Trachea.** (Fibrome de corps thyroïde; thyroïdectomie partielle, trachéotomie et dilatation de la trachée sténosée.) Von Dr. W. Spencer (Société de laryngologie de Londres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 8.)

Die lange Dauer, die Volumsabnahme und die grosse Härte der Geschwulst liessen auf eine Calcification des früher grossen Tumors schliessen. Man schnitt den Isthmus durch, wo sich denn keine Calcification, sondern fibröse harte Structur zeigte. Der Isthmus und die angrenzenden Theile der beiden Drüsenlappen wurden so gut als möglich von der Trachea getrennt; die Trachealringe fehlten theils, theils waren sie erweicht. Da die Athmung sich nicht besserte, wurde die Tracheotomie an den obersten Trachealringen, welche noch sichtbar waren, ausgeführt. Unterhalb des ausgeführten Schnittes war die Trachea noch platt gedrückt und musste der Schnitt nach unten verlängert werden; es wurde eine lange Parker'sche Röhre eingeführt und das Athmen wurde frei. Die microscopische Untersuchung ergab normales Gewebe zwischen bedeutend entwickeltem fibrösen Gewebe.

Seltene Fälle.

Dr. P. K.

**Ueber den therapeutischen Werth der Schilddrüse des Schweines.**  
(De la valeur thérapeutique du corps thyroïde de porc.) Von  
Dr. O. Lanz. (Semaine médicale 1895, No. 27.)

Bei der Behandlung des Myxödem wurde bis jetzt nur die Schilddrüse des Schafes und des Kalbes angewandt. In Ländern, wo sehr viele Schweine und weniger Schafe und Kälber, oder wo letztere theuer sind, ist es wichtig zu wissen, ob die Schilddrüse anderer Thiere ebenso gut wirkt. Verf. hat nun in der Schweiz Experimente mit Schweineschilddrüse auf Thieren und Menschen gemacht und die Schweineschilddrüse ebenso wirksam wie die anderen gefunden.

Dr. P. K.

**Zwei Fälle von Croup bei Kindern von 6 und 7 Monaten. Heilung.**  
(Deux cas de croup chez des enfants de 6 et 7 mois. Guérison.)  
Von Dr. Breton. (Revue des maladies de l'enfance und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 12.)

Gegen die Meinung der Classiker, welche behaupten, man soll die Tracheotomie nie unter dem Alter von zwei Jahren ausführen, folgte Verf. der Autorität von Trousseau, Espine und Picot, welche die Operation in jedem beliebigen Alter anrathen, weil eben die Operation das einzige Mittel zur Rettung sei. Verf. erzählt zwei hierher gehörige Krankengeschichten, welche in Heilung ausgingen. Er räth, in solchen Fällen langsam zu operiren, weil die Trachea schwer zu finden sei; man soll täglich dabei ein Senfbad geben, viel Wein reichen und die Patienten fortwährend in feuchter Luft halten.

Dr. P. K.

**Pseudodiphtheritis mit Streptococcen, Bronchopneumonie, Tod.** (Pseudodiphthérie à streptocoques; bronchopneumonie, mort.) Von Dr. George Ansiaux. (Clinique médicale de l'université de Liège und Bull. de l'académie de médecine de Belgique 1895, No. 1)

Auf einen klinisch und bacteriologisch streng beobachteten Fall sich stützend, kommt Verf. zu folgenden wichtigen Schlüssen: 1) Man kann von vornherein feststellen, dass in solchen Fällen alle antidiphtheritischen Serums unwirksam sind; werden erst alle diphtheritisähnlichen Fälle bacteriologisch untersucht, so wird man finden, dass selbe häufiger sind, als allgemein angenommen wird, dass sich deshalb die Häufigkeit des Nichtwirkens der Serumeinspritzungen erklären lässt. 2) Die Streptococcendiphtheritis ist eine Krankheit, deren Schwere von der jemaligen Virulenz des Microben abhängt; sie kann Pneumonie und selbst Septikämie mit tödtlichem Ausgang hervorrufen. 3) Pseudodiphtheritis mit Streptococcen muss sorgfältig von wahrer Diphtheritis mit Klebs-Löffler'schen Bacillen getrennt werden; die Contagion von einer zur anderen ist bewiesen.

Dr. P. K.

**Diagnose der diphtheritischen Angina.** (Diagnostic de l'angine diphthéritique.) Von Dr. A. B. Marfan. (Bulletin médical und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Diphtheritische Angina kann nur bacteriologisch nachgewiesen werden. Die Technik ist einfach folgende: Mittelst eines vorher glühend gemachten und kaltgewordenen Platindrahtes wird etwas von einer

Pseudomembran auf ein Reagensgläschen voll Serum gesät. Diese Cultur wird in einem Brütoven bei einer Temperatur von 37 Grad während etwa 18 Stunden stehen gelassen; nach dieser Zeit hat sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus sehr gut entwickelt unter der Form von meist grauen Punkten, welche undurchsichtig und in ihrer Mitte prominenter als an der Peripherie sind. In diesem Momente findet man microscopisch nur allein die echten Diphtheritisbacillen, denn kein anderer Bacillus kann in so kurzer Zeit eine Colonie bilden; nur einige Micrococcen können sich so schnell entwickeln und diese sind sehr leicht von den Löffler'schen Diphtheritisbacillen zu unterscheiden. Abgesehen von der bacteriologischen Untersuchung, kann die Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Diphtheritis auf folgenden Anhaltspunkten beruhen: 1) die weisse folliculäre Angina ist sehr selten diphtherischer Natur; 2) die primäre pseudomembranöse Angina muss als Diphtheritis angesehen werden, mit Ausnahme der seltenen Fälle, wo sichere Symptome eines Herpes des Pharynx bestehen; 3) die frühzeitig bei Scarlatina eintretenden Pseudomembranen sind fast nie diphtherischer Natur; 4) die in einer späteren Periode der Scarlatina eintretenden Pseudomembranen sind fast immer Diphtheritis; 5) Pseudomembranen bei primärem Mandelschanker und die Plaques muqueuses haben sich nie als Diphtheritis hingestellt.

Dr. P. K.

**Die Serumtherapie der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.** Von Dr. Adolph Baginsky, Professor und Director der Anstalt. (Wiener med. Presse 1895, No. 28. Galatti.)

Den Schlussätzen des ganzen Buches entnehmen wir Folgendes: Das Heilserum hat sich als ein durchaus wirksames und als das beste der bisher gegen die echte Diphtheritis angewandten Mittel ergeben. Die Anwendung des Heilserums ist von keinerlei ernstern Zufällen und Erkrankungen gefolgt. Ueber den Werth der Schutzimpfung gegen die diphtheritische Erkrankung lässt sich vorerst ein abschliessendes Urtheil nicht geben. Die Unklarheit über die Art seiner Wirkung gegen den diphtheritischen Process hat nicht den geringsten Einfluss auf dessen therapeutische Verwendung in der Praxis zu nehmen, nachdem seine Wirksamkeit nach den bisherigen Erfahrungen (empirisch) sicher gestellt ist. Das ausgezeichnete Buch, auf 525 Fälle gestützt, wird sich gewiss viele Freunde erwerben und der Serumtherapie, welche zu den grössten Errungenschaften der Medicin auf therapeutischem Gebiete gehört, neue Anhänger zuführen.

Dr. P. K.

**Bemerkungen über einen Fall von Diphtheritis mittelst Serotherapie behandelt.** (Observations sur un cas de diphtérie traité par la sérothérapie.) Von Dr. Simonis. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège, April 1895.)

Heilung in sehr kurzer Zeit, ohne jede andere, weder interne, noch äussere Behandlung, so dass man die Erscheinungen auf die Wirkung des Heilserums zurückführen muss. Die Wirkung auf die Pseudomembranen war auffallend; trotzdem gingen die Erscheinungen des Croup im Larynx, das heisst die Larynxstenose, immer weiter, so dass die Tracheotomie

gemacht werden musste. Verf. nimmt an, dass die Fluxion, welche in diesem Falle sich nach jeder Einspritzung sichtlich an allen diphtheritisch afficirten Stellen zeigte, im Larynx eine die Tracheotomie erheischende Schwellung hervorbrachte; nach eröffneter Trachea zeigte sich übrigens gar keine Pseudomembran, es wurde nur einfacher Schleim durch die Canüle entleert; die Canüle konnte schon am dritten Tage entfernt werden, was ja auch dem schnellen Verschwinden der in Folge einer Einspritzung hervorgerufenen Fluxion entspricht. Man soll nach zweimaliger Einspritzung also nicht mehr vom Heilserum verlangen, wie es geben kann, und nicht lange mit der auszuführenden Tracheotomie warten, welche letztere ja günstiger verläuft als sonst, wo nicht eingespritzt wurde. Am besten wirken fortwährende Inhalationen von zweiprocentiger Borsäurelösung. Dr. P. K.

**Diphtheritis beim Thiere und Diphtheritis beim Menschen.** (Diphthérie animale et diphthérie humaine.) Von Dr. Léon Gallez. (Académie de médecine de Belgique, Séance du 27 Avril 1895 und Semaine médicale 1895, No. 23.)

Die Nichtidentität beider Formen ist noch lange nicht bewiesen. Die Autoren der Nichtidentität stützen sich auf folgende zwei Punkte: 1) der Bacillus ist in beiden Fällen ein ganz anderer; 2) die Symptomatologie ist in beiden Fällen auch ganz verschieden. Nimmt man den von vielen Bacteriologen angenommenen Polymorphismus an, denkt man an das von allen Autoren angenommene Factum, dass nämlich Diphtheritis vom Menschen auf das Thier und von diesem wieder auf den Menschen übergehen kann, so kann man die Bacteriologie ganz gut mit der Ansteckung des Menschen durch Thiere in Einklang bringen. Andererseits ist die Symptomatologie beim Menschen und beim Thiere gar nicht so verschieden, denn es bestehen bei beiden Anfangs Localinfection, dann allgemeine Infection und dann Lähmungen.

Dr. P. K.

**Lähmung der Abductoren der Stimmbänder und des Gaumensegels.** (Paralysie des muscles abducteurs des cordes vocales et du voile du palais.) Von Dr. Semon. (Société laryngologique de Londres, April 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 1.)

Tabetiker mit vollständiger linksseitiger, mit unvollständiger rechtsseitiger Abductoren-Lähmung, auf die Musculi thyreoarytenoidei übergreifend. Vollständige Gaumensegellähmung. Zittern der Zunge. Vollständige Degeneration und Lähmung beider Masseteren und Temporalen. Erschwerte Articulation, Mund beständig offen. Characteristisches Gehen. Lähmung des sechsten Paares links. Dr. P. K.

**Lähmung des linken Stimmbandes mit Lähmung des weichen Gaumens.** (Paralysie de la corde vocale gauche associée à la paralysie du palais mou diphthéritique?) Von Dr. Scanes Spicer. (Société de laryngologie de Londres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 8.)

Heiserkeit und Zurücktreten der Flüssigkeiten durch die Nase beim Schlucken. Cadaverstellung des linken Stimmbandes und Gaumensegel-

lähmung. Weder Syphilis, noch Tuberculose, noch Diphtheritis, noch Influenza nachzuweisen. Jodkalium half nicht, Strychnin brachte Besserung. Man könnte an unbemerkt verlaufende Diphtheritis oder an Bleiintoxication denken. Dr. P. K.

**Aneurysma des Aortenbogens mit rechtseitiger Stimmbandlähmung.** (Anévrysme de la crosse de l'aorte avec paralysie vocale droite). Von Dr. Scanes Spicer. (Société de laryngologie de Londres und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 8.)

Verf. zeigt das anatomische Präparat eines 48jährigen Mannes, welcher ein Aneurysma der hinteren Wand des Aortenbogens hatte, das den unteren Theil der Trachea nach hinten und rechts verschob und so indirect auf den rechten Vagus und rechten Recurrens drückte. Lähmung des rechten Stimmbandes. Der Durchbruch geschah in die Trachea selbst; die grossen Gefässe waren unbehelligt geblieben. Dr. P. K.

**Lähmung des Recurrens durch Druck durch scrophulöse Drüsen.** (Paralysie du recurrent comprimé par les ganglions scrofuleux). Von Dr. James Finlayson. (Archives de pédiatrie und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Ein 4 $\frac{1}{2}$ jähriges Kind zeigte eine Lähmung des linken Stimmbandes bei unversehrter Schleimhaut. Lungentuberculose. Die Section ergab käsigc Bronchialdrüsen, welche den linken Recurrens einschlossen. Lungen- und Peritonealtuberculose. Dr. P. K.

**Lähmung eines Stimmbandes in Folge eines cervicalen Aneurysma.** (Paralysie de la corde vocale consécutive à un anévrysme cervical). Von Dr. Onodi. (Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 7.)

Ein Aneurysma des Truncus cervicalis brachte Lähmung des rechten Stimmbandes. Microscopisch waren die Nerven und Muskeln der rechten Larynxhälfte degenerirt. Dr. P. K.

**Ein Fall von hysterischer Stummheit mit Agraphie und systematischer Facialisparalyse.** (Sur un cas de mutisme hystérique avec agraphie et paralysie faciale systématisée.) Von Dr. Ballet und Dr. Paul Sollier. (Revue de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4)

Seltene Fälle, wo Agraphie damit verbunden ist; der Fall betrifft eine hysterische Frau. Heilung nicht wie gewöhnlich plötzlich, sondern allmählich. Dr. P. K.

**Ein Fall von hysterischem Stummsein mit Erhaltung des Singvermögens.** (Mutisme hystérique avec conservation de la faculté de chanter.) Von Dr. Harrisson Griffin. (Bulletin médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Seit 11 Jahren bestehendes hysterisches Stummsein mit erhaltener Singstimme; die tiefsten und die höchsten Töne wurden mit grosser Präcision gesungen, deshalb liess V. die Patientin alle Noten der Stimmleiter singend aussprechen, was auch ganz hübsch gelang; dieselben Töne konnten aber nicht ausgesprochen werden ohne Gesang. Heilung durch Suggestion. Dr. P. K.

**Zwei Fälle von telangiectatischen Fibromen des Larynxinnern.** (*Deux cas de fibromes télangiectasiques endolaryngés.*) Von Dr. de Rossi. (*Archiv ital di otol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Seltene Fälle. Sitzen meistens den freien Stimmbandändern auf. Man soll immer die Galvanocaustik bei der Operation anwenden wegen der Blutung.  
Dr. P. K.

**Motorische Larynxanomalien: Tonus des Abductor und Reizbarkeit desselben.** (*Anomalies motrices du larynx: tonus de l'abducteur et susceptibilité de celui-ci.*) Von Dr. J. Cagney. (*Lancet*, Juni 1894 und *Revue de laryngologie et d'otologie* 1895, No. 3.)

Die auffallenden Veränderungen der Larynxabductoren erklären sich, wenn man an die längst bekannten *Facta* denkt, von welchen *Factis* das Semon'sche Gesetz blos ein Beispiel wäre. Es ist schwer, sich einen rechten Begriff von dem Referat und noch mehr von der Originalarbeit zu machen und verweisen wir, mit dem französischen Referenten übereinstimmend, die sich an dem Thema etwa interessirenden Leser auf die etwas schwierige *Lectüre* des Originals.

Dr. P. K.

**Posticusparalyse als erstes Symptom der Tabes.** (*Paralysie du posticus dans le tabes.*) Von Dr. Pel. (*Société néerlandaise de laryngologie, rhinologie et otologie, deuxième séance d'Amsterdam* und *Revue de laryngologie et d'otologie* 1895, No. 5.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

**Acute Laryngitis beim Kindesalter, dem Croup ähnelnd.** (*Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup.*) Von Dr. J. Touchard. (*Thèse de doctorat, Paris* und *Annales des mal. de l'oreille et du larynx* 1894, No. 4.)

In den Spitalern werden oft Kinder unter den Symptomen des Croup aufgenommen, auf die Diphtheritisabtheilung gebracht und ihnen so eine Krankheit durch Contagion eingepflicht, welche sie noch nicht haben: es sind dies die an heftiger acuter Laryngitis erkrankten Kinder, bei denen die Anamnese fehlte. Die nachher eingeholte Anamnese ergibt aber plötzliches, meist nächtliches Auftreten bei vorhergehendem gänzlichen Wohlbefinden, rasches Steigen der Dyspnoe, keine heisere Aphonie, sondern schrillende Stimme, bellender, weithin hörbarer, aber kein nichtklingender diphtheritischer Husten, keine Pseudomembranen, keine geschwollenen Halsdrüsen, wenig Fieber, Heilung in zwei Tagen bei einfacher Expectation; die Heilung tritt fast so plötzlich wie die Krankheit ein. Eine Erkältung ist in den meisten Fällen nachzuweisen. Wenn der Arzt kaltblütig und die Familie ruhig genug bleibt, so genügt die einfache Expectation. Man kann jedoch warme Halsumschläge, Bromkalium, Inhalationen von Wasser mit etwas Carbol, Aether geben. Die Tracheotomie ist für extreme Fälle zu sparen. Ref. hat die Nothwendigkeit derselben nie eintreten sehen.

Dr. P. K.

**Ueber den Ictus laryngeus.** (Du l'ictus laryngé.) Von Dr. Garel und Dr. Collet. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 12.)

Verf. geben die verschiedenen Namen der sogenannten Larynxkrisen und bezeichnen den Larynxschwindel mit dem Namen Ictus laryngeus. Sie geben die ganze Geschichte der Krankheit, ihre Aetiologie nebst Symptomen und Verlauf, sowie die Behandlung. Die Arbeit verdient im Original nachgelesen zu werden.

Dr. P. K.

---

**Ueber Larynxpolypen im zarten Kindesalter.** (Etude sur les polypes du larynx de la première enfance.) Von Dr. Delattre. (Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 20.)

Die bei Weitem häufigsten sind die Papillome, welche schon im zarten Kindesalter auftreten können und dann gewöhnlich als falscher Croup oder Spasmus angesehen werden (?). Spontanheilung ist selten, bei rasch eintretender Stenose muss man die Tracheotomie ausführen, welche natürlich nur symptomatisch wirkt; aber man hat auch oft gesehen, dass nach ausgeführter Tracheotomie die Papillome rückgängig werden. Manchmal tritt bei der Pubertät Spontanheilung ein. Die endolaryngeale Operation ist der Laryngotomie vorzuziehen.

Dr. P. K.

---

**Supraglottisches Diaphragma von Geburt an.** (Diaphragme sus-glottique congénital.) Von P. Bruns. (Archiv für Laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Congenitale Aphonie, schlechte Entwicklung, beschwertes Athmen sind die Hauptsymptome. Verf. beschreibt einen solchen Fall, welcher durch Tracheotomie mit nachfolgender Dilatation geheilt wurde; Sprache und Singstimme wurden nach einigen Monaten normal. Verf. glaubt, das Leiden bestehe in fehlerhafter Entwicklung während des Fötallebens.

Dr. P. K.

---

**Studie über die Larynxcomplicationen der Varicella; eine hierher gehörende Krankengeschichte.** (Etude sur les complications respiratoires de la varicelle, et relation d'un cas de varicelle du larynx.) Von Dr. L. Boucheron. (Thèse de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Tödlich verlaufender Fall unter den Symptomen der plötzlichen Erstickung und Varicellapusteln im Larynx. Es muss dabei bemerkt werden, dass das Kind vorher an Keuchhusten mit Bronchopneumonie gelitten hatte und während dem Varicellenanflug noch an Nierenentzündung litt; der Larynx wies aber kein Oedem nach.

Dr. P. K.

---

**Eine Kugel im Larynx.** (Une balle dans le larynx.) Von Dr. A. Sokolowsky. (Arch. internat. de laryng. und Annales des maladies et du larynx 1894, No. 4.)

Seltene Fälle: Ein 47jähriger Mann erhielt einen Revolverschuss in die linke Cervicalgegend; Hustenanfall und Blutspeien, Heiserkeit und später Aphonie. Die Kugel war durch die linke Hälfte der Cartilago thyroidea eingedrungen; Athmen gut, Dysphagie. Abends warf er



während eines Hustenanfalles die Kugel aus. Dysphagie verschwand gleich, die Heiserkeit bestand fort. Die nach drei Tagen vorgenommene laryngoscopische Untersuchung ergab Röthung mit Schwellung der linken Larynxhälfte und ein Geschwür am vorderen Theile des linken Stimmbandes; Heilung nach 11 Tagen. Dr. P. K.

**Multiple Adenome des Larynx durch Thyrotomie ohne vorherige Tracheotomie exstirpirt.** (Cas de tumeurs adénomateuses multiples du larynx enlevées par thyrotomie, sans trachéotomie préalable.) Von Dr. F. Marsh. (Société britannique de laryngologie et de rhinologie, Juli 1894 und Revue de laryngol. 1894, No. 21.)

Eine 22jährige verheirathete Frau leidet seit vier Jahren an Heiserkeit, welche sich bis zur totalen Aphonie steigerte. Dyspnoe, welche lebensgefährliche Dimensionen annimmt. Die multiplen Tumoren sitzen an der vorderen Commissur und auf dem linken Stimmbande meistens auf. Die starke Dyspnoe hinderte die intralaryngeale Operation. Unter Chloroformnarcose wurde die Thyrotomie ausgeführt, in der Weise, dass die drei unteren Viertel der Cartilago thyroidea und die Membrana cricothyroidea durchschnitten wurden; die Cricotomie musste auch ausgeführt und ein Rohr in den unteren Winkel der Wunde gelegt werden; dieses Rohr wurde mit Stückchen Schwamm umgeben. Die Tumoren wurden mittelst Scheere und Pincette entfernt, die Ansatzstellen mittelst reiner Carbonsäure, welche die beträchtliche Blutung stillte, bepinselt. Absolutes Stillschweigen und Clystierernährung während zwei Tagen. Heilung per primam. Die microscopische Untersuchung ergab Adenom. Die der Laryngofissur folgende Cricotomie und das Einführen eines Trachealrohres kommt doch der prophylactischen Tracheotomie und dem Einführen einer Tamponcäule gleich und ist viel umständlicher. (Der Referent.) Dr. P. K.

**Bericht der zum Studium der Tuberculosis ab ingestis eingesetzten Commission.** (Rapport de la commission royale pour l'étude de la tuberculose d'origine alimentaire.) (Semaine méd. 1895, No. 22.)

Die Tuberculose ist am häufigsten bei Kühen und Schweinen; bei diesen sind die erwachsenen der Krankheit mehr unterworfen, als die jungen Thiere. Am häufigsten findet man sie bei Milchkühen der grossen Städte, weniger bei dem zum Schlachten bestimmten Vieh. Das Muskelgewebe hat selten Tuberkel, man findet selbe besonders in den Eingeweiden, den Häuten und den Drüsen. Auch muss man annehmen, dass, falls das verkaufte Fleisch tuberculöse Massen enthält, letztere durch Beschmutzung des Fleisches durch inficirte Messer herbeigebracht worden sind. Der Haupttheil des Fleisches tuberculöser Thiere kann also ungestraft gegessen werden, wenn die gewöhnlich von Tuberculose befallenen Organe entfernt und zerstört worden sind, wenn die Muskeln vor jeder Beschmutzung durch die Messer bewahrt worden sind, wenn das Fleisch beim Kochen der gehörigen Temperatur lange genug ausgesetzt wurde. Die Milch tuberculöser Kühe, wenn selbe gehörig gekocht ist, ist ebenfalls nicht schädlich.

Dr. P. K.

**Tuberculöses Uleus der Epiglottis mit Auskratzungen und Milchsäure behandelt.** (Ulceration tuberculeuse de l'épiglotte traitée par le curettage et l'acide lactique.) Von Dr. Symonds. (Société de laryngologie de Londres und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 8.)

Genauere Beschreibung des Falles, welcher heilte. Dr. P. K.

**Ueber die Behandlung von Trachealstenosen mittelst Electrolyse.** Von Dr. A. E. Spengler. Aus der Klinik des Prof. N. P. Simanowsky. (Botkin's Hospitalzeitung No. 44, 45, 1895 [russisch].)

Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die therapeutische Anwendung der Electrolyse, beschreibt Verf. einen von ihm beobachteten Fall von Trachealstenose. Pat., 26jährig, acquirirte im August 1880 Lues und wurde mehrfach, jedoch, wie es scheint, ungenügend behandelt. Im April 1891 bekam er Athembeschwerden, die im September zur Tracheotomie führten. Pat. trug nun beständig die Canüle, doch steigerten sich im Juli 1892 die Athembeschwerden, so dass er durch die Canüle hindurch noch mit elastischen Cathetern behandelt werden musste. Bei der Aufnahme in die Klinik im April 1894 fand sich eine ringförmige narbige Stenose der Trachea ca. 4 $\frac{1}{2}$  Ctm. unter dem Ringknorpel. Die Narben waren knorpelhart. Die mechanische Erweiterung hatte nur temporären Erfolg. Es wurde daher die Electrolyse in Anwendung gezogen: Doppelnadeln von Platin, Stromstärke 10–15 M.-A., 5–6 Einstiche in einer Sitzung. Im Laufe von 5 Monaten 15 Sitzungen. Die Narben resorbirten sich vollständig, Pat ist von seiner Trachealstenose geheilt. Verf. glaubt, mittelst Tracheoscopie und entsprechend langen Nadeln in geeigneten Fällen selbst bis zur Bifurcation vordringen zu können. (Gorodocki.)

**Ein Fall von Fistula pleuroösophagealis.** Von N. A. Michailow. (Referirt in Chirurgitscheskaja Letopis No. 5, 1895.)

Pat., 21 Jahre alt, erkrankte im August 1894 an Pleuritis exsudativa sinistra. Am 25. October heftige Schmerzen in der linken Seite, Dyspnoe, Kräfteverfall. Im Spatium supra- et infraclavicul. sin. tympanitischer Schall. Unter der linken Brustwarze Hautemphysem mit Hervorwölbung der Brustwand. Eine ähnliche Hervorwölbung auch in der Gegend der XI. und XII. Rippe in der Axillarlinie. Bei der Operation (27. October) wurden über 3 Liter Eiter entleert. Am übernächsten Tage beim Verbandwechsel fanden sich Speisetheile im Verbands. 7 Tage nach der Operation Exitus. Bei der Section fand sich in der linken Lunge eine wallnussgrosse Caverne, die einerseits in die linke Pleurahöhle, andererseits durch die linke Oesophaguswand dicht unter dem Arcus aortae perforirt war. Beide Lungen und der Darm tuberculös. (Gorodocki.)

## Notizen.

Der Privatdocent der Ohrenheilkunde Dr. Hessler in Halle a. S. hat den Titel eines Professors erhalten.

## Oesterreichischer Otologentag.

Die Oesterreichische Otologische Gesellschaft hat für den am 28. und 29. d. Mts. in Wien stattfindenden Otologentag das folgende Programm festgesetzt.

### TAGESORDNUNG:

27. Juni, 8h p. m.: Collegiale Begrüßung im „Riedhof“, VIII., Schlüsselgasse.

28. Juni, 9h a. m.: I. Administrative Sitzung;  
II. Wissenschaftliche Verhandlungen.

Nachmittags: Ausflug in die Umgebung Wiens.

29. Juni, 9h a. m.: Wissenschaftliche Verhandlungen.  
Gemeinsames Diner.

3h p. m.: Fortsetzung der Verhandlungen und Schluß des Otologentages.

### A. Tagesordnung der administrativen Sitzung.

- a) Entgegennahme, Prüfung und Genehmigung des Rechenschaftsberichtes;
- b) Neuwahl des Vorstandes;
- c) Bestimmung der Höhe des Vereinsbeitrages;
- d) Aufnahme von Mitgliedern;\*)
- e) Antrag auf Aenderung der Statuten.

### B. Programm der wissenschaftlichen Verhandlungen.

a) Demonstrationen haben angekündigt:

Herr Prof. Urbantschitsch: „Ein Fall von psychischer Taubheit“.

„ Prof. Gruber: „Ein Fall von Angiom der Ohrmuschel, durch Operation geheilt, mit Demonstration des mikroskopischen Präparates“.

Ferner haben Demonstrationen in Aussicht gestellt die Herren:  
Prof. Politzer, Doc. Dr. Bing, Dr. Hrubesch und Doc. Dr. Pollak.

b) Angemeldete Vorträge:

Herr Dr. Sig. Szenes (Budapest): „Ueber die diagnostische Verwerthung des Lichtkegels und anderer Lichtreflexe des Trommelfells.“

„ Dr. Spira (Krakau): „Ueber eine, unter dem Bilde einer Trigeminusneuralgie latent verlaufende, centrale Ostitis proc. mast.“

„ Prof. Gruber: „Zur Lehre von den intercraniellen otitischen Erkrankungen.“

„ Prof. Politzer: „Menière'scher Symptomencomplex bei traumatischer Labyrinthläsion, Demonstration des histologischen Befundes.“

„ Prof. Politzer: „Beiträge zur operativen Freilegung der Mittelohrräume (sog. Radicaloperation).“

„ Prof. Urbantschitsch: „Zur Radicalbehandlung des Mittelohrs.“

„ Dr. Alt: „Ueber apoplectiforme Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern.“

„ Doc. J. Pollak: „Ueber Perichondritis septi nar. serosa.“

„ Doc. Dr. Gomperz: „Ueber eine typische Veränderung der Trommelfellspannung bei ventilartig wirkenden Tubenschwellungen.“

„ Do. Dr. Gomperz: „Erfahrungen über die Verschließbarkeit alter Trommelfellrücken.“

„ Dr. V. Hammerschlag: „Ueber Athem- und Pulsationsbewegungen am Trommelfelle.“

Die Sitzungen finden im Hörsaale des Herrn Prof. v. Schrötter im Allgem. Krankenhause (IX., Alserstrasse 4) statt.

WIEN, im Juni 1896.

**Doc. Dr. Jos. Pollak**  
Schriftführer.

**Prof. Dr. Jos. Gruber**  
Vorsitzender.

\*) Diejenigen Herren Collegen, die ihre Aufnahme in die „Oestr. Otolog. Gesellschaft“ wünschen, belieben dies schriftlich Herrn Prof. Gruber (I., Freyung, 7) oder Herrn Dr. Jos. Pollak (I., Kärntnerstrasse 39) bekanntzugeben.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

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

Herausgegeben von

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

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

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

---

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

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 1½ R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

---

Jahrg. XXX.

Berlin, Juli 1896.

No. 7.

---

Oesterreichische Otologische Gesellschaft.

**Verhandlungen des ersten österr. Otologentages**

28.—29. Juni 1896.

**Officieller Bericht,**

erstattet vom Schriftführer Docenten Dr. Jos. Pollak.

Eine zwanglose, gesellige Zusammenkunft im „Riedhof“ am Abend des 27. Juni eröffnete den ersten österreichischen Otologentag, wobei der Präsident der Gesellschaft, Prof. Dr. Jos. Gruber, die Collegen, besonders die auswärtigen, sowie den in Vertretung der Wiener Aerztekammer erschienenen Präsidenten Primarius Dr. Jos. Heim und den Vicepräsidenten Dr. Jos. Scholz auf das Collegialste begrüßte.

Am 28. Juni, 9<sup>h</sup> Vormittags, eröffnete Prof. Dr. Gruber den Otologentag mit folgender Rede:

Hochansehnliche Versammlung,  
Hochverehrte Collegen!

Die Oesterreichische Otologische Gesellschaft hat in ihren Statuten die Bestimmung aufgenommen, alljährlich einen Oesterreichischen Otologentag abzuhalten.

Die Sitzungen dieses Otologentages sollen die **Schlussitzungen des Vereinsjahres** ausmachen, und insofern wir Gelegenheit bekommen, in denselben auch unsere auswärtigen **Gesellschaftsmitglieder zu sehen** und insofern wir die hohe Ehre genießen, auch **Gäste zu empfangen**, wird dieser Otologentag auch zugleich eine **Jahresfeier für unsere Gesellschaft**.

Der Vorstand derselben begrüsst nun die anwesenden **Mitglieder und Gäste auf's Freudigste** und heisst sie herzlich willkommen!

Unsere Gesellschaft ist noch jung, sie kann sich noch keiner ausserordentlichen Leistungen rühmen; allein ein **Blick in ihre Sitzungsberichte** muss jedem Unbefangenen zeigen, dass ihre **Existenz eine berechtigte** ist. Sie hat sich hauptsächlich die **Förderung unserer Specialdoctrin**, d. i. der theoretischen und practischen **Ohrenheilkunde zur Aufgabe** gestellt, ohne jedoch einen Augenblick die innigsten Beziehungen derselben zur **Gesammtheilkunde** aus den Augen zu lassen, wobei sie eifrigst bestrebt ist, die **Fäden, welche die Specialdoctrin mit der Mutterdoctrin verbinden**, immer mehr und mehr zu erforschen, dabei ihre eigenen Errungenschaften in den **Dienst der Gesamtmedicin zu stellen** und umgekehrt von dieser das zu entlehnen, was der theoretischen und practischen **Ohrenheilkunde zum Frommen** ist.

Wie die verehrten Herren aus der **Tagesordnung** ersehen, ist die **Zahl der für die Sitzungen des Otologentages angemeldeten Vorträge** eine bedeutende, und wir hoffen, dass auch der **Inhalt derselben den klaren Beweis** liefern wird, dass die **Mitglieder der Otologischen Gesellschaft ihre Aufgabe ernst nehmen** und dass auch an der **Stätte, wo unter der glorreichen Regierung unseres erhabenen Monarchen die erste Ohrenklinik der Welt entstand**, man bis zum heutigen Tage nicht aufgehört hat, mit **Fleiss und Eifer**, mit **Lust und Liebe zur Wissenschaft thätig zu sein**. Wir hoffen aber auch, dass der **Erfolg unserer Bemühungen** nicht nur die hohe **Bedeutung der Ohrenheilkunde darthun**, sondern auch die **Ueberzeugung verschaffen** wird, dass unsere **Specialdoctrin würdig ist, ihren Schwesterdoctrinen an die Seite gestellt zu werden** und von Seite der hohen **Behörden die gleiche Unterstützung zu erfahren**, wie ihre **Schwesterdoctrinen**.

Und somit eröffne ich die **Sitzungen des Oesterreichischen Otologentages**. —

Hierauf erstattete der **Schriftführer Docent Dr. Jos. Pollak** den **Rechenschaftsbericht für das abgelaufene erste Vereinsjahr**, dem folgende **Daten zu entnehmen** sind:

Ueber die **Initiative und Einladung des Prof. Gruber** beschlossen **12 Collegen**, von denen **7 in Wien** und **5 in den Provinzial-Universitätsstädten** sesshaft sind, eine **Oesterr. Otolog. Gesellschaft zu gründen**, die sich, nachdem die **Statuten behördlich genehmigt** waren, am **18. März 1895** constituirte.

Zum **Präsidenten** wurde der um das **Zustandekommen der Gesellschaft** hochverdiente **Prof. Gruber**, zu dessen **Stellvertreter Prof. Politzer**, zum **Kassenführer Prof. Urbantschitsch**, zu **Schriftführern Doc. Dr. Jos. Pollak** und **Dr. Hrubesch** gewählt.

Die **Gesellschaft hielt 3 administrative** und **7 wissenschaftliche Versammlungen** ab.

In den administrativen Sitzungen wurde die Geschäfts-Ordnung ausgearbeitet und 6 neue Mitglieder aufgenommen.

Für das rege Leben in den wissenschaftlichen Verhandlungen zeugen die Berichte in der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“, dem Organ der Gesellschaft. Das Hauptgewicht wurde auf Demonstrationen gelegt; naturgemäss lieferten die Leiter der Kliniken und der Ohrenpoliklinik die reichhaltigsten Beiträge. An diese, sowie an die gehaltenen Vorträge schlossen sich sehr anregende interessante Discussionen an. Es wurden 44 Objecte (Patienten und Präparate) demonstriert und 2 grössere Vorträge gehalten.

Die Sitzungen fanden in Anbetracht der desolaten Raumverhältnisse der Ohrenklinik in Prof. v. Schrötter's Hörsaal statt, dem für sein lebenswürdiges Entgegenkommen der Dank der Gesellschaft votirt wird.

Nachdem der Kassenbericht des Herrn Prof. Urbantschitsch genehmigend zur Kenntniss genommen und demselben für seine Mühewaltung der Dank ausgesprochen wurde, schritt die Gesellschaft zur Neuwahl des Vorstandes mit folgendem Ergebnisse: Prof. Dr. A. Politzer (Vorsitzender), Prof. Dr. Gruber (Vorsitzender-Stellvertreter), Docent Dr. Josef Pollak und Doc. Dr. Albert Bing (Schriftführer), Prof. Dr. Urbantschitsch (Kassenführer).

Prof. Politzer spricht der Versammlung für die ihn ehrende Wahl zum Vorsitzenden des nächsten Vereinsjahres seinen Dank aus. Sein Streben werde dahin gerichtet sein, mit derselben Pflichttreue und dem gleichen Eifer wie sein Vorgänger die wissenschaftlichen und socialen Interessen der Otologischen Gesellschaft zu fördern. Seine Wirksamkeit werde eine weit weniger mühevoll und zeitraubende sein als die seines Vorgängers, dem es durch Umsicht und Energie gelungen ist, all' die Schwierigkeiten, die sich bei der Begründung einer neuen wissenschaftlichen Gesellschaft ergeben, zu beseitigen und, wie der Bericht zeigt, unseren Verein einer gedeihlichen Entwicklung entgegenzuführen. Zum Schlusse dankt Prof. Politzer im Namen aller Mitglieder der Otologischen Gesellschaft dem bisherigen Präsidenten Prof. Gruber für das warme Interesse, mit dem er für die Gründung und den Fortschritt der Otologischen Gesellschaft eintrat, und für sein mühevoll und erfolgreiches Wirken im Dienste derselben.

Hierauf wurden die Herren Dr. Geza Krepuska (Budapest), Dr. Cornel Lichtenberg (Budapest), Dr. J. Schüller (Brünn), Dr. Eug. Morpurgo (Triest), Dr. Rimini (Triest), Dr. Marczel Falta (Szegedin), Dr. Rafael Spira (Krakau), Dr. V. Hammerschlag (Wien), Dr. B. Panzer (Wien), Z. Spalke (Wien) zu ordentlichen Mitgliedern, Herr Dr. Brühl (Berlin) zum correspondirenden Mitgliede der Gesellschaft gewählt.

Der Antrag des Vorstandes auf Abänderung des § 6 der Statuten, der in seiner nunmehrigen Fassung also zu lauten hat: „Die Wahl der Vereinsmitglieder aller Kategorien kann in jeder Monatssitzung auf Vorschlag von 3 ordentlichen Mitgliedern erfolgen“, wird mit der erforderlichen  $\frac{3}{4}$ -Majorität angenommen.

Die Präsenzliste wies folgende Namen auf:

Prof. Jos. Gruber, Wien,  
Doc. Dr. J. Pollak, Wien,  
Prof. Adam Politzer, Wien,  
Director Simon Heller, Wien,  
Prof. Victor Urbantschitsch, Wien,  
Dr. Ferdinand Alt, Wien,  
Dr. Daniel Kaufmann, Wien,  
Dr. John M. Ingersoll, Cleveland, Ohio, Amerika,  
Dr. Emanuel Max, Wien,  
Dr. Franz Hrubesch, Wien,  
Docent Dr. Alb. Bing, Wien,  
Docent Dr. Gomperz, Wien,  
Docent Dr. Lothar Frankl, Ritter v. Hochwart, Wien,  
Dr. Poszvék aus Oedenburg, Ungarn,  
Dr. Bornemann aus Utrecht, Holland,  
Dr. Leo Bloch aus Kiew, Russland,  
Dr. Hoffmann aus Charkow,  
Dr. Löbl, Wien,  
Dr. Pins, Wien,  
Dr. Frank aus Detroit, Amerika,  
Dr. Spalke, Wien,  
Dr. Reissmann, Wien,  
Dr. Justitz, Wien,  
Dr. Buber, Wien,  
Dr. Richard Heller, Wien,  
Dr. W. Heinrich, Wien,  
Dr. Marczel Falta aus Szegedin (Ungarn),  
Dr. Gustav Brühl aus Berlin,  
Dr. Geza Krepuska aus Budapest,  
Dr. Max Reiner, Wien,  
Dr. Raphael Spira aus Krakau,  
Dr. F. Nathan Mead, Shell Rock, Coll., Amerika,  
Dr. B. Panzer, Wien,  
Dr. J. S. Mackintosh aus London,  
Dr. E. W. Tschlenow aus Moskau,  
Dr. J. Schüller aus Brünn,  
Dr. Rudolf Steiner, Wien,  
Dr. Victor Hammerschlag, Wien,  
Dr. Arthur Schüller, Wien,  
Dr. Stromberg aus Elisabethgrad, Russland,  
kais. russischer Hofrath,  
Dr. Canepele aus Padua,  
Dr. H. Schrötter, Ritter v. Kristelli, Wien,  
Dr. Wilhelm Mager, Wien.

Ihre Abwesenheit haben schriftlich entschuldigt die Herren:

Prof. Zaufal (Prag), Prof. Bezold (München), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Kuhn (Strassburg), Prof. Ostmann (Marburg), Prof. Siebenmann (Basel), Doc. Baginsky (Berlin),

Dr. Hartmann (Berlin), Doc. Bloch (Freiburg), Dr. Scheibe (München), Dr. Brieger (Breslau), Dr. Magnus (Königsberg), Dr. V. Lange (Kopenhagen), Dr. Law (London), Dr. Szenes (Budapäst), Dr. Laaser (Insterburg), Dr. Ziem (Danzig), Dr. Rimini (Triest), Dr. Duy (Linz).

## Wissenschaftliche Verhandlungen.

### I. Demonstrationen:

1) Director S. Heller demonstrirt einen Fall von psychischer Taubheit im Kindesalter.

Auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher in Wien im Jahre 1894 wurde mir die Gelegenheit, in einem Vortrage das Wesen und die Behandlung jenes abnormen Zustandes im Kindesalter darzulegen, welchen ich als psychische Taubheit bezeichnet habe, und an 7 Fällen sowohl die einzelnen Entwicklungsstufen des Leidens, als auch die Ergebnisse des heilpädagogischen Verfahrens zu demonstriren.

Die Erfahrungen der letzten zwei Jahre haben mich in meinen damals dargelegten Anschauungen über diesen Gegenstand bestärkt und ich gebe mir daher die Ehre, als Heilpädagoge die versammelten Ohrenärzte neuerdings auf einen Zustand hinzuweisen, welcher mehr oder weniger die Erscheinungen in sich vereinigt, die für die Diagnose der Taubstummheit als bestimmend angesehen werden, welcher jedoch in der That nur scheinbar Taubstummheit ist.

Mich leitet die Absicht, zur Bekämpfung eines Uebels, welches nur allzuleicht mit Taubstummheit verwechselt werden kann und bei welchem die Gefahr nahe liegt, dass es unheilbar wird, wenn die Angriffspunkte für eine ordnungsmässige und rechtzeitige Einwirkung vernachlässigt werden, wenn Rückbildungen elementarer Sprachanfänge erfolgen und Accommodationen an den Zustand des Nighthörens eingetreten sind.

Mich bewegt aber auch die Hoffnung, die Aufmerksamkeit der Unterrichtsbehörden auf die Pflicht zu lenken, Kinder vor der Abgabe an Taubstumm-Anstalten einer Untersuchung zuzuführen, nach deren Ergebniss wirklich Taubstumme von den nur psychisch Tauben zu trennen und einer gesonderten Behandlung zuzuführen sind.

Der Fall, den ich heute vorzustellen die Ehre habe, zeigt die wesentlichsten Merkmale der genannten Abnormität und weist einen Heilerfolg, der als ein durchaus günstiger bezeichnet werden darf.

Es handelt sich um einen Knaben, der in einem Alter von 3 $\frac{1}{2}$  Jahren im November 1894 von Hofrath von Widerhofer und Professor Politzer an mich gewiesen worden ist, nachdem sie übereinstimmend auf psychische Taubheit erkannt hatten. Der Knabe ist das Kind einer nervösen Mutter, war stets in hohem Grade erregbar und sehr oft schlaflos; Convulsionen sind nicht beobachtet worden.

Der durch Prof. Politzer erhobene Ohrbefund ergab normale anatomische Verhältnisse, und die Erziehung hatte alles Nothwendige und Rathsame vorgekehrt. Trotzdem stellte sich die normale Sprache nicht ein; es kam nur zur Bildung von Wortfragmenten, und der Knabe sprach von zweisilbigen Worten bald die eine, bald die andere Silbe in



verstümmelter Form und gleichsam in spielender Wiederholung. Doch im Laufe der Zeit hatten sich auch diese Sprachrudimente fast ganz verloren, ohne dass an ihrer Stelle neue gebildet worden wären.

Als ich den Knaben kennen lernte, verstand der Knabe kein einziges Wort, das an ihn gerichtet wurde, und es war fast unmöglich, seine Aufmerksamkeit auf sonstige Schalleindrücke zu lenken. Er reagierte höchstens reflectorisch und nur auf ganz laute Schalleindrücke. Von Wortfragmenten, die er noch besass, waren die Wörter „Mama“ und „Berta“ die deutlichsten, doch auch diese hatten für ihn keinerlei Bedeutung oder Inhalt. Zudem befand sich der Knabe in der Regel in einem Zustande hochgradiger motorischer Agitation und Aufregung, die sich manchmal zu förmlichen tobsuchtsartigen Paroxysmen steigerten, in welchen das Kind heftig in hohen Tönen schrie, um sich schlug, auf die Wartpersonen einbiss und sich selbst beschädigte. Wenn die Erregtheit so hohe Grade erreicht hatte, dann trat Reaction in Form vollkommener Abspannung ein. Ich habe unter den vielen Fällen, welche ich zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte, nur sehr wenige gesehen, die einen so stark ausgeprägten Hang zur Activität mit einem so erheblichen Mangel an Absichtlichkeit und Zweckmässigkeit vereinigt hätten.

In vollem Gegensatze zu der Unempfänglichkeit des Knaben gegenüber einzelnen lauten Schalleindrücken stand die Thatsache, dass Melodien, wie die Klänge einer Spieldose oder einer Drehorgel, am ehesten geeignet waren, den Knaben selbst in Aufregungszuständen einigermaassen zu beruhigen.

Der Versuch, an die Wortfragmente, die der Knabe noch besass, anzuknüpfen und ihm dieselben zuerst sprechend, dann singend irr's Ohr einzusagen, in der Hoffnung, dass der Knabe dieselben unbewusst hervorbringen werde, misslang vollständig. Das Kind wehrte jede derartige Einwirkung entschieden ab, gab nach einiger Zeit das Spiel mit dem Wortfragmente völlig auf und auch der Einfluss der Melodien begann zu schwinden. Auch von Spielbewegungen begleitete Melodien, die erfahrungsgemäss den grössten Anreiz für Kinder haben und sie zur Nachahmung am ehesten anregen, hatten keinen Erfolg.

Ein Behandlungseffect wurde nach 4monatlicher Einwirkung ersichtlich, als es mir, unterstützt von einer tüchtigen Kindergärtnerin bei Anwendung der Concentrations-Methode, welche ich später skizziren werde, gelang, das Bewusstsein des Zusammenhanges von Wort und Gegenstand zu erwecken. Der Knabe lieferte zwar Anfangs den Beweis, gehört und begriffen zu haben, nur dadurch, dass er Leistungen einfacher Art, zu denen er aufgefordert worden war, richtig vollführte, doch war es zunächst unmöglich, den Knaben zu bewegen, dass er ein bestimmtes Wort als Bezeichnung eines bestimmten und ihm wohl-bekanntes Gegenstandes aussprach: er producirte bei stärkerem Andringen nur seine Wortfragmente, oder nur die einzelnen Silben derselben, die er nicht ohne Wohlgefallen unsinnig untereinander mischte. Dagegen achtete er mit steigender Aufmerksamkeit darauf, wenn die von ihm ausgeführte Handlung mit denselben Worten bezeichnet wurde, und man konnte bemerken, dass er hier und da das Vorsprechen dieser Worte mit Lippenbewegungen begleitete.

Das Wort „Ball“ war das erste, das der Knabe correct und bestimmt, besonders in Ergänzung des Satzes: „Das ist ein — Ball“ aussprach. Diesem folgten rasch noch andere Worte, die zunächst in Form der Ergänzung, später aber auch spontan producirt wurden, und damit war die Sprechfähigkeit des Kindes zum Durchbruch gekommen, welche sich auch weiterhin erfreulich entwickelt hat. So bekam das Kind eine gewisse Sicherheit im Erkennen und Auswählen respective Unterscheiden der Lehrobjecte, und je sicherer dies gelang, desto deutlicher und bestimmter hörte es aus immer zunehmender Entfernung und bei abnehmender Schall-Intensität, und desto mehr war es geneigt, Geräuschen und Klängen seine Aufmerksamkeit zu schenken, welche es auf verschiedene, aber unzweideutige Weise zu erkennen gab.

Freilich war der Fortgang nicht immer ein stetiger und ununterbrochener. Wenn sich die Erregtheit des Knaben wieder steigerte, dann verringerte sich rasch die Aufmerksamkeit beim Unterrichte und das Interesse für den Lehrgegenstand, die Hörfähigkeit nahm entschieden ab und so musste die heilpädagogische Einwirkung wieder zurücktreten. Denn diese Perioden bedeuteten immer einen Stillstand, selten aber einen Rückgang in der Entwicklung, und man war in der Regel imstande, den Unterricht wieder dort anzuknüpfen, wo er vor der erzwungenen Unterrichtspause aufgegeben werden musste. In letzter Zeit sind aber die Schwankungen in der Aufnahmefähigkeit des Gehörs des Knaben nicht mehr wahrgenommen worden und hoffentlich dauernd überwunden.

Es muss jedoch bemerkt werden, dass die eben geschilderte Methode für sich allein nicht ausgereicht hätte, wenn nicht eine Reihe von andern Massregeln zu Hilfe genommen worden wäre, die ich später schildern werde und die, abgesehen von der Erziehung in ländlicher Abgeschlossenheit (Anstalt), zur Herbeiführung der unerlässlichen Behrigung sich besonders wirksam erwiesen haben.

Sie wollen sich überzeugen, meine Herren, dass der Knabe jetzt über eine völlig normale Aufnahmefähigkeit durch das Gehör verfügt, dass er imstande ist, die Gehörswahrnehmungen in Vorstellungen umzusetzen und alle die Leistungen, welche wir von ihm fordern und welche seinem Alter und seinem Entwicklungsstadium entsprechen. Sie wollen aber auch bemerken, dass er nicht allein fähig und willig ist, Erkenntnisse und Urtheile spontan in Worte zu kleiden und dass die fernere Entwicklung des Denk- und Sprachvermögens dadurch gesichert erscheint, dass der Knabe zweckmässige Fragen zu stellen vermag. Seine momentane Erregung ist leicht aus dem Gegensatze zwischen seiner gewohnten Abgeschlossenheit und der gegenwärtigen Situation zu erklären.

Für die Heilpädagogik ergeben sich demnach bei der Behandlung derartiger Fälle bei erethischen Individuen im Wesentlichen 2 Aufgaben: 1. den dauernden Zustand der Erregung zu bekämpfen und 2. die Concentrations- und Perceptionsfähigkeit in dem kleinen Patienten zu wecken und zu pflegen. Die Herabsetzung der dauernden Erregung muss als eine der wichtigsten Vorbedingungen des Erfolges bezeichnet werden. Es ist daher von besonderer Wichtigkeit, alle jene äusseren

Einwirkungen wegzuschaffen, welche als Reiz wirken und das labile Gleichgewicht stören könnten.

Neben eventueller medicamentöser Einwirkung und strenger Isolirung, womöglich in ländlicher Abgeschiedenheit, haben sich mir noch 3 Mittel als überaus wirksam erwiesen, nämlich das Fussbodenliegen und das Fussbodenturnen, sowie rhythmische, anfangs passiv ausgeführte Bewegungen der Extremitäten und des ganzen Körpers. Diese beiden letzteren Massregeln werden aber zugleich der zweiten Forderung gerecht, nämlich der Erweckung der Aufmerksamkeit für eine bestimmte Handlung und mittelbar für einen bestimmten Gegenstand, während sonst die Aufmerksamkeit der Patienten bei rasch wechselnder Activität von einem Gegenstande zum andern ablenkt, ohne dass er sie einem solchen lange genug widmet, um das Bild in die Bewusstseinsphäre eindringen und darin haften zu lassen.

Dann kann die Concentrations-Methode einsetzen, das gesprochene Wort auf den wahrgenommenen Gegenstand beziehen lehren und auf diesem Wege jene psychischen Vorgänge herbeiführen, welche zur Erwerbung der normalen Sprache führen.

2) Prof. Urbantschitsch demonstrirt folgende acht Fälle von Radicaloperation, bei denen die retroauriculäre Oeffnung verschlossen ist.

a) Ed. D., 21 Jahre alt, wurde in seinem achten Jahre in Folge von Morbillen von einer eitrigen Mittelohrentzündung rechterseits befallen. Am 11. December 1894 wurde die Radicaloperation vorgenommen: Anfangs Februar 1895 erschien die Höhle trocken, doch tritt auch gegenwärtig noch zeitweise geringe Secretion ein. Die retroauriculäre Oeffnung ist seit Februar 1895 geschlossen. Das Gehör blieb unverändert.

b) Marie R., 15 Jahre alt, litt durch 12 Jahre rechterseits an eitriger Mittelohrentzündung mit starken, häufig auftretenden Kopfschmerzen. Die Radicaloperation fand am 4. Januar 1895 statt; es fanden sich im Mittelohr cariöse und cholesteatomatöse Herde vor. Die Höhle war Anfangs April 1895 trocken und zeigt bisher keine Secretion. Das Gehör ergab vor der Operation Uhr 1 Ctm., Flüsterstimme 15 Ctm.; nach der Operation Uhr 30 Ctm., Flüsterstimme 6 Schritte. Bemerkenswerth ist in diesem Falle das Wiederauftreten eines Trommelfelles, das vom hinteren und unteren Rande aus ungefähr auf  $\frac{1}{3}$  der normalen Trommelfelloberfläche nachwuchs. Cephalalgie geschwunden.

c) Hermann K., 16 Jahre alt, mit dreijähriger linksseitiger eitriger Mittelohrentzündung behaftet, klagte über heftige Kopfschmerzen und erschien körperlich sehr schwach. Die Radicaloperation wurde am 7. Januar 1895 ausgeführt; die Höhle erscheint seit 7. September 1895 trocken. Das Gehör ist etwas gebessert. Die Cephalalgie und Körper Schwäche geschwunden.

d) Wenzel St., 22 Jahre alt, seit zehn Jahren an linksseitiger eitriger Mittelohrentzündung erkrankt, Lähmung des Nerv. facialis. Radicaloperation am 23. Januar 1895; es fand sich Prolapsus cerebri in dem Atticus vor. Die Höhle ist seit 30. Mai 1895 trocken. Das Gehör ist unverändert. Facialparese.

e) Wilhelm H., 26 Jahre alt, seit drei Jahren rechterseits an eitriger Mittelohrentzündung erkrankt, hatte seit 1893 einige Tobsuchtsanfälle. Radicaloperation am 7. Februar 1895 (Fall von Cholesteatom); einige Tage nach der Operation etwickelte sich eine Facialparese, die binnen einer Woche in Paralyse überging, hierauf langsam schwand und schliesslich einen schwachen Spasmus der oberen Augenlider zurückliess; zehn Wochen nach der Operation erschien die Höhle trocken und blieb so bis gegenwärtig: man sieht den Steigbügelkopf mit der Sehne des *Musc. stapedius*. Das Gehör, das vor der Operation für Uhr und Flüsterstimme 0 war, ergibt jetzt Uhr 2 Mtr., Flüsterstimme 11 Schritte. Derzeit keine Tobsuchtsanfälle.

f) Karoline B., 18 Jahre alt, seit ihrem zweiten Lebensjahre in Folge von Masern an eitriger Mittelohrentzündung linkerseits erkrankt, leidet sehr häufig an Kopfschmerzen, Schwindel und Uebelkeiten. Am 3. December 1895 fand die Radicaloperation statt; am 15. December wurde Pat. von Scarlatina befallen; seit 26. Januar 1896 ist die Höhle trocken. Das Gehör blieb unverändert.

g) Franz M., 17 Jahre alt, seit drei Jahren nach Masern beiderseits an eitriger Mittelohrentzündung erkrankt. Am 23. October 1895 wird das rechte Ohr operirt; seit 27. December 1895 ist die Höhle trocken. Das Gehör stieg von 20 Ctm. Flüsterstimme auf 2 Schritte. Das linke Ohr kam Januar 1896 zur Operation und zeigt noch gegenwärtig mässige Secretion.

h) Adolf Sch., 44 Jahre alt, litt durch acht Jahre rechterseits an eitriger Mittelohrentzündung und wurde häufig von heftigen Kopfschmerzen und Schwindel befallen. Am 12. Februar 1896 wurde die Radicaloperation ausgeführt; seit Ende Mai 1896 ist die Höhle trocken. Das Gehör zeigt sich unverändert.

3) Prof. Urbantschitsch: Vorstellung eines Falles von psychischer Taubheit.

Der Fall betrifft eine 22jährige Lehrerin, Eugenie Kliorin aus Russland, die vor acht Jahren aus unbekanntem Ursachen schwerhörig und in Folge ihrer stets zunehmenden Schwerhörigkeit von Verstimmung und Nervosität befallen wurde. Patientin wurde wegen ihrer Schwerhörigkeit in Königsberg durch zwei Monate galvanisirt mit günstigem Erfolge, doch trat später anlässlich der Erkrankung ihres Vaters wieder eine beträchtliche Gehörsverschlimmerung ein, derentwegen ihr die Aerzte alle geistige Beschäftigungen untersagten. Dies wirkte auf die Patientin äusserst ungünstig ein, es traten psychische Depressions- und wieder Erregungszustände auf, Patientin verlor öfter das Bewusstsein, vermeinte in ihren Speisen Menschenfleisch vorgesetzt zu bekommen und verweigerte deshalb, Nahrung zu sich zu nehmen, ferner traten bei ihr verschiedene Wahnideen auf. Es stellte sich ferner Schwindel ein, wobei jedoch eher eine Gehörsverbesserung beobachtet wurde. Patientin machte wiederholt Versuche, sich umzubringen, doch es waren eigentlich nur Scheinversuche, da sie diese immer nur in Gegenwart anderer Personen vornahm. Patientin wurde im Verlaufe ihrer weiteren Erkrankung von verschiedenen Collegen mit Galvanisation, statischer Electricität, Catheterismus ohne Erfolg behandelt und ihr Gehörleiden, wie Patientin angab, als unheilbar bezeichnet.

Patientin kam Ende December 1895 zu mir in die Allgemeine Poliklinik. Die Untersuchung beider Trommelfelle ergab eine schwache Einziehung des sonst ziemlich normal aussehenden Trommelfelles; der Lichtkegel erschien etwas verkürzt, durch die Membran eine schwache Hyperämie der Labyrinthwand erkennbar. Das Gehör zeigte sich für die Sprache beinahe ganz aufgehoben, Patientin vernahm nur mit dem Hörrohr einzelne Worte, die sie häufig falsch verstand. Die ohne Hörrohr in's Ohr gerufenen Vocale ergaben jedes Mal einen deutlichen Höreindruck, doch war Patientin ausser Stande, dieselben richtig nachzusprechen und verwechselte regelmässig die Vocale unter einander. Die Stimmgabeltöne wurden sowohl per Luft- als Knochenleitung percipirt; Rinne war beiderseits negativ. Die Ohr wurde auch beim Anlegen an das Ohr nicht gehört. Dagegen unterschied Patientin mässig starke Harmonikatöne auffallend gut und erkannte von Contra F bis fIV die einzelnen Töne. Die Töne der Galtonpfeife wurden bis nahe der normalen Perceptionsgrenze für die höchsten Töne gehört. Die galvanische Reaction ergab eine gesteigerte Empfindlichkeit beider Acustici.

Die hochgradig erscheinende Schwerhörigkeit für Sprachlaute contrastirte in diesem Falle mit dem ziemlich guten musikalischen Tongehör, weshalb mir der Verdacht kam, ob nicht die erstere nicht als eigentliche Schwerhörigkeit anzusehen sei, sondern vielleicht, wenigstens zum Theil, auf einem mangelhaften Sprachverständniß beruhe, also wenigstens theilweise psychischer und nicht ausschliesslich physischer Natur sei.

Ich fragte deshalb die Patientin, ob sie gesprochene Worte überhaupt nicht höre. In Bestätigung meiner Vermuthung theilte mir Patientin mit, dass sie auch mässig laut gesprochene Worte, selbst aus einiger Entfernung, allerdings höre, aber nicht verstehe; dabei sei es sehr merkwürdig, dass ihr später, zuweilen erst nach Stunden, ein früher nicht verstandenes Wort, ja zuweilen ein Satz plötzlich einfalle. Diese letztere Bemerkung wies fast mit Sicherheit auf die wenigstens theilweise vorhandene psychische Natur der vorhandenen Höraffection hin.

Ich begann mit der Patientin Ende December 1895 die Hörübungen, deren Erfolge in den ersten Wochen mir eine weitere Bestätigung gaben, dass es sich um einen Fall von theilweise psychischer Taubheit handle, und zwar vermochte die Patientin, die anfänglich selbst die einzelnen Vocale falsch verstand, binnen zwei Wochen viele Worte und kurze Sätze richtig zu hören. Die Hörübungen wurden später zum grössten Theile von der Tochter eines Wiener Collegen, von Fräulein Teleky, in aufopfernder Weise mit steigendem Erfolge vorgenommen. Es ist allerdings noch viel zu thun übrig; die Patientin versteht das Gesprochene nur, wenn man direct gegen das rechte oder linke Ohr spricht, wobei auch mässig laute Sprache genügt. Einzelne Worte werden oft inmitten eines Satzes falsch oder gar nicht verstanden, dann aber häufig auch dann nicht, wenn das Wort laut in's Ohr gerufen wird. Es kommt ferner nicht selten vor, dass Patientin von einem Satze nur den Anfang und das Ende gleich versteht und erst später spontan auch die übrigen Wörter, z. B. „Wir werden heute einen warmen Tag bekommen“ verstand Patientin als „Wir werden heute . . .

bekommen“; nach einigen Secunden sagte Patientin: Jetzt fällt mir das Uebrige ein „einen warmen Tag“.

Zuweilen versteht Patientin einen kleinen Satz gar nicht, dagegen jedes Wort dieses Satzes als Bestandtheil eines anderen Satzes; wird der erst vorgesagte Satz wiederholt, so kam es nicht selten vor, dass Patientin abermals kein Wort zu hören angiebt, dabei aber bemerkt, dass es der erste von ihr nicht verstandene Satz sei.

Der psychische Character dieser Hörstörung ergab sich auch bei dem erstmaligen Ansprechen der Patientin in russischer Sprache, also in ihrer Muttersprache. Die Patientin vermochte dabei auch laut und langsam in's Ohr gesprochene russische Worte nicht zu verstehen, und erst als man ihr bedeutete, dass in russischer Sprache gesprochen werde, erkannte sie anfänglich ungenau, später aber in kurzer Zeit die vorgesagten Worte. Ganz dieselbe Erscheinung trat betreffs der französischen Sprache auf, deren Patientin ebenfalls mächtig ist.

Man ist gegenwärtig im Stande, mit der Patientin in halblauter Stimmstärke ganze Gespräche zu führen, zuweilen auch ganz nahe dem Ohre in scharfer Flüsterstimme, mit der Patientin in letzterer Zeit besonders geübt wurde; weitere Uebungen werden jetzt auch aus einiger Entfernung vom Ohre mit lauter Stimme angestellt. Das Gehör ist in steter langsamer Zunahme begriffen und betrifft auch das musikalische Gehör, indem nunmehr melodische Bruchstücke, sowie kurze Melodien deutlich gehört und wieder erkannt werden, während Patientin früher nur die einzelnen Töne, aber nicht deren Zusammenklang und Aufeinanderfolge zu hören vermochte.

#### Discussion:

Prof. Gruber: Bei der psychischen Taubheit müsse man verschiedene Formen unterscheiden. Manche Individuen sind in ihrer geistigen Entwicklung so weit zurück, dass sie die einzelnen Laute sehr gut hören, so wie es sich aber um ganze Worte, oder gar um Wortreihen handelt, können sie nicht folgen, fangen dann einzelne Laute heraus, die sie sich merken und sprechen sie nach. Bei solchen Individuen muss das Sprachgedächtniss geübt werden. Die Auffassung trägt natürlich auch viel zum Verständniss bei, und so wie wir ganze Zeilen mit einem Blicke übersehen und lesen, ohne jeden Buchstaben wirklich zu sehen, ebenso kann der Geübte mit dem Ohr folgen, ohne jeden Laut zu hören. Daher kommt es, dass manche derartige Individuen lange für taubstumm gehalten werden, während sie hinreichend hören, um sprechen zu lernen, wenn ihrer mangelhaften Auffassung und ihrem unzureichenden Gedächtnisse beim Unterrichte Rechnung getragen würde. Gruber erwähnt, dass er im Augenblicke einen solchen, 9 Jahre alten Knaben in Behandlung hat, den ein gewiegter Ohrenarzt vor 4 Jahren als taubstumm und unheilbar erklärte. Als Gr. den Knaben (er ist aus dem Königreich Polen) zum ersten Male sah, diagnosticirte er eine solche psychische Taubheit und die seit der Zeit geübte rationelle Unterrichtsmethode brachte es dahin, dass der Knabe in seiner Muttersprache die gewöhnliche Conversation versteht und fast normal spricht. Gr. ladet die Collegen ein, da er den Knaben

nicht in die Sitzung bringen könne, denselben Mittags 12 Uhr in seiner Wohnung zu untersuchen\*).

4) Prof. Gruber: Angioma auriculae auf operativem Wege geheilt.

Gruber zeigt die nach der Natur aufgenommene Abbildung eines Angioma auriculae, welches weder durch seine äussere Erscheinung, noch durch die genaueste objective Untersuchung die Spur seines Wesens verrieth, vielmehr die Symptome einer gewöhnlichen Balggeschwulst zeigte, wofür es auch vor der Operation gehalten wurde.

Sie zeigte sich als taubeneigrosse, an der Concha der linksseitigen Ohrmuschel eines 58jährigen Mannes mit breiter Basis aufsitzende, die äussere Ohröffnung verlegende Geschwulst, deren Integument ganz die Farbe der Cutis der normalen Ohrmuschel hatte. Vier Wochen vor dem Erscheinen auf der Gruber'schen Klinik fiel dem Kranken zufällig ein gefüllter Sack auf das Ohr; dadurch entstand an der meist vorspringenden Partie der Geschwulst eine rundliche, etwa 3 Mmtr. im Durchmesser haltende Excoriation, deren flacher Grund jetzt mit etwas Eiter belegt ist. An allen anderen Stellen war die Haut vollkommen normal.

Die Geschwulst, von der Patient angiebt, dass sie seit 30 Jahren besteht und ausserordentlich langsam gewachsen sei, war nicht schmerzhaft, hochgradig elastisch, unverschiebbar, nirgends pulsirend; sie störte das Hörvermögen in keiner Weise und machte auch sonst keine krankhaften Erscheinungen, so dass der Kranke nur wegen des durch das Trauma entstandenen oberflächlichen Geschwürs am 14. Mai l. J. an der Klinik Hilfe suchte.

Die vollkommen normale Beschaffenheit der Cutis an der nicht-excoriirten Partie der Geschwulst, insbesondere die ganz normale Farbe der die Geschwulst überziehenden Haut, der Standort des Tumors, der Mangel jeder Spur einer Pulsation an demselben, sowie dessen ausserordentlich langsames Wachsthum bestimmte uns, die Geschwulst für eine Balggeschwulst zu halten, und dies umso mehr, als bekanntlich gerade an der Concha der Muschel die daselbst normaliter vorkommenden grossen Talgdrüsen am häufigsten die Grundlage der an der Ohrmuschel vorkommenden Balggeschwülste abgeben, und weil trotz des sehr langen Bestandes nie eine Blutung aus der Geschwulst, auch nicht auf die erwähnte traumatische Einwirkung, beobachtet wurde.

Dieser Diagnose entsprechend wurde auch der Operationsplan entworfen und am 16. Mai l. J. zur Ausführung der Operation geschritten. Es wurden zwei mit der Concavität gegen einander gerichtete, mit ihren Enden in spitzem Winkel sich vereinigende Schnitte an der meist vorspringenden Stelle des Tumors durch die Cutis geführt mit dem Vorhaben, durch Präparation die Cutis vom Balge zu lösen. Es fand sich jedoch ein solcher nicht und wir wurden durch eine profusere Blutung bald belehrt, dass wir es nicht mit einer Balggeschwulst, sondern mit einer sehr gefässreichen Neubildung zu thun hatten. Wir

---

\*) Herr Dr. Spira aus Krakau, sowie Herr Director Heller aus Wien haben den Knaben gesehen und überzeugten sich Beide von dem angegebenen Heilerfolge.

beeilten uns nun schnellstens mit der Wegnahme, was mit Hilfe des Messers und des scharfen Löffels geschah, so dass der Kranke verhältnissmässig wenig Blutverlust erlitt, und legten einen Jodoform-Compressivverband an.

Der Kranke befand sich darauf sehr gut, hatte namentlich keine Nachblutung und die Wunde heilte ohne Eiterung, so dass am sechsten Tage nach der Operation Alles vollkommen vernarbt und der Kranke geheilt war.

Der Fall bietet mehrfaches Interesse. Die Gefässneubildungen an der Ohrmuschel sind bekanntlich entweder flache Teleangiectasien, und die verrathen sich meist schon durch ihre livide Farbe, mitunter auch durch Pulsation, oder es sind zuweilen sogar sehr schnell wachsende cavernöse Tumoren. Solche Tumoren hat G., wenn sie nicht livid waren, an der Muschel ohne Ausnahme pulsirend gefunden, so dass die Diagnose immer leicht gestellt werden konnte. In diesem Falle führte keine dieser Erscheinungen auf die richtige Fährte und man war nach der oben gegebenen Schilderung berechtigt, auf eine Balggeschwulst zu schliessen. Nach den objectiven Merkmalen hätte man noch eher an eine Fettgeschwulst, als an eine Gefässneubildung denken dürfen. G. zeigt die Abbildungen einiger einschlägigen, von ihm behandelten Fälle.

Die microscopische Untersuchung des entfernten Tumors ergab, wie die demonstrirten Präparate lehren, dass es sich um einen cavernösen Tumor handelte, welcher sich subcutan entwickelte und bei dem Mangel grösserer arterieller Gefässe das Fehlen der Pulsation am Lebenden erklärlich macht.

Dieser Fall zeigt auch, dass man bei nicht zu grossen solchen Tumoren der Ohrmuschel, wenn die pulsirenden Bewegungen an ihnen fehlen, die Wegnahme derselben mit scharfen Instrumenten vornehmen kann, ohne dass man die Gefahren einer starken Blutung zu fürchten hat.

5) Prof. Politzer: Vorstellung eines Falles von geheilter, otitischer Pyämie mit Thrombose der Vena jugularis und eiteriger Metastase im linken Ellenbogengelenk.

Der Fall betrifft einen 19jährigen jungen Mann, der im 7. Lebensjahre an einer schweren Scharlachdiphtherie erkrankte, die sich auf die Rachen-, Nasen- und Mundhöhle und beiderseits auf das Cavum tympani ausbreitete. Die mit nahezu vollständiger Zerstörung des Trommelfells verlaufende diphtheritische Mittelohreiterung hatte in der ersten Zeit totale Taubheit zur Folge. Im Stadium der Reconvalescenz besserte sich das Gehör allmähig, doch blieb später ein gewisser Grad von Schwerhörigkeit zurück, die Eiterung hatte allmähig aufgehört, die Perforationslücken im Trommelfell blieben persistent.

Zehn Jahre nach Beginn der diphtheritischen Mittelohrentzündung (6. Mai 1894) erkrankte Pat. an einer rechtsseitigen, acuten Recidive der Mittelohreiterung mit heftigem Fieber und Schmerz im Warzenfortsatz, so dass am 6. Tage der Erkrankung zur Eröffnung des Warzenfortsatzes geschritten werden musste. Nach Eröffnung des Antrum und Herstellung der Communication zwischen der Operationshöhle im



Warzenfortsätze und der Trommelhöhle trat jedoch keine Remission des Fiebers ein, und da die Temperatur in den folgenden zwei Tagen zwischen  $39^{\circ}$  und  $40,3^{\circ}$  schwankte, so wurde zwei Tage nach der ersten Operation der Sinus freigelegt. Dieser zeigte normales Aussehen; in einer, mittelst der Pravaz'schen Spritze entnommenen Blutmenge aus dem Sinus wurden Streptococcen nachgewiesen. Auch nach der zweiten Operation trat keine Besserung ein, vielmehr stellten sich tägliche Schüttelfröste mit dem charakteristischen Abfall der Temperatur unter das Normale und dem bald darauf erfolgenden Aufsteigen bis  $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$  ein. Mit dem Auftreten der Frostanfälle entwickelte sich eine schmerzhaft-Strangbildung an der rechten, seitlichen Halsgegend, welche als Thrombus in der linken Jugularvene erkannt wurde.

Die täglichen Schüttelfröste mit zeitweiligen Remissionen des hohen Fiebers dauerten noch durch 14 Tage an, während welcher sich eine phlegmonöse Entzündung um die thrombosirte Jugularvene entwickelte und die den Kranken nahezu bis zur Erschöpfung herunter brachten. Am 22. Tage der Erkrankung entstand eine eiterige Metastase im linken Ellenbogengelenk, von welchem Zeitpunkte ab die Schüttelfröste aufhörten, die Temperatur ziemlich rasch auf die Norm herabging. Vier Wochen später konnte Pat. mit einer durch die Metastase bedingten Ankylose des linken Ellbogengelenks geheilt das Bett verlassen. Seit 2 Jahren stellt sich nur zeitweilig beiderseits ein leichter, eiteriger Ausfluss ein.

P. reiht diesen Fall den seltenen, in der Literatur (Gruber, Hessler, Urbantschitsch, Wreden, Politzer) verzeichneten Fällen von geheilter otitischer Pyämie mit Thrombose im Sinus und in der Jugularvene an. In diesem Falle war offenbar die Venenentzündung durch Uebergreifen der Eiterung von der unteren Trommelhöhlenwand auf den Bulbus venae jugularis und von hier auf die Jugularvene selbst entstanden. Nach den Beobachtungen P.'s zeigen die mit Metastasen einhergehenden Pyämien otitischen Ursprungs einen günstigeren Verlauf als die Septicaemien ohne Metastasen.

6) Docent Dr. Bing stellt einen erst nach Entfernung des Hammers geheilten Fall von chronischer eitriger Mittelohrentzündung vor.

B. glaubt sich hier eines weiteren Eingehens über die operative Entfernung des Hammers, deren Indicationen und die Erfolge enthalten zu dürfen und will nur kurz das Nöthige über den Fall referiren.

Die Pat., eine 40jähr. Frau, hatte in ihrer Kindheit Scharlach überstanden und datirt deren Ohrenleiden wahrscheinlich seit damals. Sie selbst hätte sich erst vor sechs Jahren genöthigt gesehen, wegen desselben Hilfe zu suchen. — Sie wurde von verschiedenen Seiten erfolglos behandelt.

In B.'s Behandlung kam Pat. vor vier Jahren. Es zeigte sich damals das linke Ohr gesund, rechterseits Otorrhoe — nach Ausspritzung der Gehörgang durch entzündliche Reizung und Schwellung der Weichgebilde etwas verengt — im Trommelfell ein Substanzverlust, dessen vordere Begrenzung vom Hammergriff und einem Theile

des vorderen unteren Quadranten gebildet wird, während die hintere Umrandung sich nicht scharf abhebt; nach hinten vom Hammergriff eine Nische, in der es granulirt und eingedickte Eitermassen lagern, die stets erst mit der Sonde hervorgeholt werden müssen. Ueber dem kurzen Fortsatz eine Perforationslücke in der Membr. Shrapnell, in welcher gleichfalls Exsudat. Hörweite rechts 3 Mtr. für Flüstersprache.

Die Behandlung beschränkte sich zunächst darauf, durch Einträufelungen und Ausspritzung gründlich zu reinigen, die Granulationen und Eiterung theils durch Touchirung mit Ferr. sesquichlor., theils durch Alcoholeinträufelung zum Schwinden zu bringen. Dabei besserte sich der Zustand wohl, aber Heilung war nicht erzielt.


Auf B.'s Vorschlag liess sich Pat. im Juni 1895 auf die Klinik Politzer behufs Extraction des Hammers aufnehmen. Der Hammer wurde unter leichter Chloroformnarcose der Pat. extrahirt, hierbei keine besonderen Unfälle; an dem Hammer keine Caries. Den fünften Tag darauf kam Pat. wieder in B.'s Behandlung. Eiterung bestand noch, an der Stelle des Hammergriffes ragte von oben ein nach unten spitz endigendes Weichgebilde herab, das gegen Berührung mit der Sonde ungemein empfindlich war und erst nach wiederholter Touchirung mit Ferr. sesqu., welche stets sehr heftigen Schmerz verursachte, vollkommen schrumpfte. Alteration des Geschmacks an dem entsprechenden Zungenrande, sowie verschiedene Parästhesien im Gebiete des Trigemini an der rechten Schläfe- und Jochbeingegegend hatten durch vier Wochen angehalten und verschwanden dann allmählig. Nach mehrwöchentlichem Gebrauch von Alcohol-Einträufelungen hatte die Otorrhoe vollkommen sistirt.

Jetzt sieht man den Gehörgang trocken, die vordere Trommelfelhälfte auf einen schmalen Rest reducirt, der nach vorn unten einen Einblick auf das Ost. tym. tub. gestattet, nach oben hin mit dem Rande des oberen hinteren Trommelfellsegmentes einen spitzen Winkel einschliesst, von welchem abwärts Verwachsung der Membran mit der inneren Paukenwand statt hatte. Letztere selbst trocken, meist weisslich grau, von epidermoidem Gewebe bekleidet. Köpfchen des Steigbügels zu erkennen. Hörweite 7 Mtr. für Flüstersprache.

7) Docent Dr. Gomperz stellt ein Mädchen vor, an dem er wegen Caries die Radicaloperation mit Körner'scher Plastik machte; interessant war in diesem Falle das Verhalten des hinteren Gehörgangslappens. Nach seiner Anheilung zeigte sich sowohl das Antrum, als auch die Paukenhöhle an demselben überwachsen, derart, dass der Gehörgang in der Tiefe häufig abgeschlossen erschien und nur durch eine enge Lücke mit dem Paukenraum communicirte. Nach dem Sistiren der Secretion, welche durch diese Lücke ihren Ausweg gefunden hatte, begann sich dieselbe spontan zu vergrössern, offenbar durch Resorption — nicht durch Necrose — des sie bedeckenden Cutislappens, und nach etwa 14 Tagen lagen Antrum, oberer Trommelhöhlenraum und Paukenhöhle, von zartem, glänzenden Narbengewebe ausgekleidet, so frei da, wie sie sich jetzt bei der Demonstration präsentiren.

8) Dr. Max stellt den in der letzten Gesellschafts-Sitzung demonstirten Mann mit dem Ohrmuscheldefecte geheilt vor. Durch Auf-

frischung der Ränder der Lücke und Anlegen von drei Nähten in Cocain-Anästhesie gelang es ihm, den Defect zu beseitigen.

9) Dr. Max zeigt ferner einen von ihm modificirten Polypenschnürer. Der Schaft desselben, in den gewöhnlichen Handgriff passend, ist sehr dünn und derart in der Mitte abgebogen, dass der vordere Theil desselben etwas höher steht (  ). Anstatt des gebräuchlichen Stahldrahtes ist ein feiner Silberdraht in Verwendung. Während dreijährigen Gebrauches hat sich Vortragendem der Polypenschnürer sehr gut bewährt und bietet den Vortheil, sich auch bei engem oder geschwelltem Gehörgang gut einführen zu lassen nebst geringer Empfindlichkeit für den Patienten.

## II. Vorträge.

1) Dr. R. Spira (Krakau): Ueber eine unter dem Bilde einer Trigemimusneuralgie latent verlaufende centrale Otitis proc. mast.

S. theilt einen Fall aus seiner Praxis mit, der seines ungewöhnlichen Verlaufes wegen merkwürdig und beachtenswerth erscheint. Ein 73jähriger, sonst gesunder und kräftiger und nur seit einiger Zeit an Erscheinungen eines chron. Mittelohrcatarrhes leidender Mann erkrankte im Anschlusse an Influenza an einer acuten Tympanitis. Gleichzeitig traten heftige Schmerzen in der Hals- und Kehlkopfgegend und der ganzen entsprechenden Kopfhälfte auf. Exsudatansammlung in der Paukenhöhle. Paracentese; regelmässiger typischer Verlauf der Otitis. Vernarbung des Trommelfelles in der dritten Woche. Schmerzen im Ohre und Proc. mast. keine, wohl aber in der ganzen entsprechenden Kopfhälfte, manchmal auch auf die andere Kopfhälfte ausstrahlend, ohne nachweisbare Ursache. Diagnose: Trigemimusneuralgie. Ordin.: Jodnatr. innerlich und Galvanisation. Aber schon nach der zweiten Sitzung trat Parese des Abducens derselben Seite auf und deren Consequenzen: Diplopie und Schwindel bei binoculärem Sehen. Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Abmagerung und Verfall der Kräfte. Kein Fieber, keine Cerebralerscheinungen. Im Ohr und Warzenfortsatz nichts Besonderes. Erst einige Monate später traten von Zeit zu Zeit recidivirende, schnell vorübergehende Reizerscheinungen an der Regio mast. auf, mit welchen jedes Mal ein Nachlass der cephalalgischen Erscheinungen coincidirte, die mit der Rückbildung der entzündlichen Symptome hinter dem Ohre wieder exacerbirten. Nach etwa acht Monaten Eröffnung eines subperiostalen Abscesses am Proc. mast., Corticalis cariös, fistulös durchbrochen. Fistel mit Meissel und Hammer erweitert. In der Tiefe Caries, Eiter. Auskratzung, Tamponade, antiseptischer Verband. In sechs Wochen Heilung. Seit der Operation vollständiges und definitives Verschwinden der Kopfschmerzen, rasche Besserung der Abducensparese.

Der Causalnexus zwischen den neuralgischen Schmerzen als einziges Symptom mit der Mastoiditis kann in diesem Fall kaum einem Zweifel unterliegen und ist wohl selten in seiner Art.

Aber auch der Verlauf der Abducenslähmung verrieth einen gewissen Zusammenhang mit diesem Processe.

Spira wirft die Frage auf, ob man es hier nicht vielleicht mit einem extraduralen Abscesse an der lateralen Seite der hinteren Schädelgrube zu thun hatte, der diesen Symptomen zu Grunde lag und dem mit der Eröffnung des Knochens ein freier Abfluss verschafft und so Heilung ermöglicht wurde. Der Verlauf der Krankheit und das Ergebniss der Operation lassen eine solche Annahme nicht als unmöglich erscheinen, mit deren Hilfe die Abducensparese und ihr Verlauf sich leichter erklären liessen. Schliesslich ersucht S. um die Ansicht der Anwesenden zur Erklärung des Zusammenhanges der Erscheinungen in diesem Falle mit der ihnen zu Grunde liegenden anatomischen Veränderung.

#### Discussion:

Prof. Urbantschitsch möchte die Ursache der Abducenslähmung mit der Mittellohrentzündung allein in Zusammenhang bringen ohne Annahme eines Subduralabscesses. U. hat in einer zusammenfassenden Abhandlung das häufige Auftreten von motorischen Störungen des Auges betont bei ausschliesslicher Erkrankung des Mittelohres.

Dr. Frankl-Hochwart macht darauf aufmerksam, dass bei Lähmung des Totalfacialis und Abducens bei Otitis purulenta mit Rücksicht auf den Sectionsbefund von Darkschewitsch und Tarchanow noch einer anderen Möglichkeit gedacht werden müsse. Diese Autoren fanden in einem solchen Falle Neuritis des genannten Nerven, ohne dass irgend welche Compression nachzuweisen war, und nahmen eine von dem cariös necrotischen Prozesse im Schläfenbein abhängige Neuritis infectiösen Ursprunges an.

Prof. Urbantschitsch betont Dr. Frankl gegenüber, dass diese motorischen Störungen von einem bestimmten Punkt des Gehörganges oder Mittelohres zuweilen auslösbar sind, aber reflectorischer Natur sein können.

Prof. Politzer möchte bezweifeln, dass eine reflectorische Lähmung hier vorliegt, da bei der grossen Häufigkeit der Mittelohreiterungen dieses Symptom häufiger vorkommen müsste, während es thatsächlich zu den grossen Seltenheiten gehört.

Prof. Urbantschitsch betont Prof. Politzer gegenüber, dass ein Fall von plötzlicher, während Polypenoperation eingetretener Abducenslähmung permanent blieb. Der Umstand, dass Schmerz nach Catheterisiren eintrat, lässt vermuthen, dass beim Catheterisiren Schleim per tubam in die Paukenhöhle getrieben wurde.

Dr. Spira bemerkt, was ihn auch veranlasste, an Extraduralabscess zu denken, ist die Angabe des Herrn Prof. Politzer, dass nach seinen Beobachtungen häufiger Wechsel von Auftreten und Verschwinden gefahrdrohender Symptome das wichtigste diagnostische Merkmal für extraduralen Abscess bilde, und dies konnte Verf. auf Wechsel zwischen Remission Exacerbation und cephalalgische Erscheinungen beziehen.

Prof. Gruber ist der Meinung, dass dieser Fall den Erkrankungen im Warzenfortsatze, wie sie bei der Influenza beobachtet werden, anzureihen ist. Schon bei der ersten Influenza-Epidemie habe er darauf aufmerksam gemacht, dass die Ohrenärzte mit Folgekrankheiten der Influenza im Warzenfortsatze viel zu thun haben werden, wenn die

Influenza selbst im gegebenen Falle längst abgelaufen sein wird, indem für die in die Warzenzellen gelangenden Microben daselbst ein ausserordentlich günstiger Boden ist, wo sie sich ungestört vermehren und ihren schädlichen Einfluss geltend machen können. In der That hat diese Vorhersage, wie auch dieser Fall zeigt, ihre traurige Bestätigung gefunden.

2) Prof. Dr. A. Politzer: Menière'scher Symptomencomplex bei traumatischer Labyrinthläsion. Demonstration des histologischen Befundes.

In der Einleitung seines Vortrages hebt P. die Wichtigkeit der anatomischen Befunde bei traumatischen Labyrinthläsionen für die Beurtheilung der sie begleitenden Functionsstörungen, insbesondere des in ihrem Gefolge auftretenden Menière'schen Symptomencomplexes hervor. In der Literatur findet sich bereits eine grössere Reihe von Fällen von Ertaubung in Folge von Schädelerschütterung und Schädel-fissur verzeichnet, doch sind nur zwei genau anatomisch untersuchte Fälle bekannt, von denen einer von Voltolini, der andere vom Vortragenden publicirt worden ist. Bei beiden ging die Schädel-fissur an der Basis cranii quer durch beide Pyramiden bis zur inneren Trommelhöhlenwand ohne sichtbare Verletzung in der Trommelhöhle. Die durch die Verletzung entstandene Blutung im Labyrinth hatte Taubheit und Menière'sche Symptome zur Folge. Histologische Befunde bei den traumatischen Labyrinthaffectionen sind bisher nicht bekannt.

P. ist nun in der Lage, den histologischen Befund eines während des Lebens genau beobachteten Falles zu demonstrieren. Derselbe betraf einen 21jährigen Schuhmacher, dem am 28. December 1895 bei einem Baue ein Mörtelschaff auf den Kopf fiel, wonach er bewusstlos zusammenstürzte. Auf die chirurgische Klinik des Prof. Dittel gebracht, kehrte das Bewusstsein erst nach drei Tagen zurück, doch war er total taub und sein Gang unsicher und schwankend.

Bei dem am 17. Januar auf die Klinik des Prof. Kraft-Ebing transferirten Kranken ergiebt die Untersuchung rechtsseitige Lähmung des N. facialis, Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels, Geschmacks-lähmung an der rechten Zungenhälfte, schwankenden Gang mit der Tendenz nach links zu fallen. Intelligenz mangelhaft.

Die genaue Untersuchung der Gehörorgane am 24. Januar 1896 ergab beiderseits Retraction der getrühten Trommelfelle, totale Taubheit für jede Art von Tönen und Geräuschen. Am 31. Januar tritt plötzlich unter heftigen Fieberbewegungen diffuser Kopfschmerz, Erbrechen mit benommenem Sensorium ein. Die Cerebralsymptome steigern sich in den nächsten Tagen, und es entwickelt sich gleichzeitig eine rechtsseitige, eiterige Mittelohrentzündung mit Vorbauchung des Trommelfells. Die Paracentese, welcher ein reichlicher Eiterausfluss folgt, bleibt ohne Einfluss auf die Cerebralsymptome, und es tritt drei Tage später unter Symptomen einer diffusen Meningitis der Tod ein. Die Details des Krankheitsverlaufes bis zum tödtlichen Ausgange wurden von Herrn Dr. Jos. Hirschl mitgetheilt.

Die Section ergab diffuse eiterige Meningitis; Sprung an der Basis cranii, der durch beide Felsenbeine geht und nur bis zur inneren

Trommelhöhlenwand reicht. Emyem der Keilbeinhöhle und beider Highmorshöhlen. Eiteriges Exsudat in der rechten Trommelhöhle. Der Sprung durch die Pyramiden geht beiderseits 2 mm hinter dem Porus acusticus intern. bis zur oberen Kante der Pyramide und lässt sich von hier an der oberen Pyramidenfläche bis zur Grenze des Tegmen tympani verfolgen. Rechts geht der Sprung durch den grössten Höhendurchmesser der Schnecke, links durch die untere Schneckenwindung. Beiderseits blutig tingirtes Exsudat im Schneckenraume.

Die mikroskopische Untersuchung der decalcinirten Labyrinth ergibt rechts: beide Schneckenscalen in sämtlichen Windungen von einem theils feinkörnigen, theils aus Rundzellen bestehenden Exsudate erfüllt; an einzelnen Stellen des Endostiums Wucherung von kernhaltigem Bindegewebe. Die Details des Corti'schen Organs sind nicht mehr zu unterscheiden. Die Nervenzüge des Modiolus, der Spiralplatte und das Ganglion spirale von feinkörniger Substanz und Körnchenzellen durchsetzt. Gleiche Exsudatplaques wie in der Schnecke findet man im Utriculus, in den Ampullen und Bogengängen. An der Aussen-seite der membranösen Ampullen und Bogengänge schiesst kernhaltiges, neugebildetes Bindegewebe auf.

Im linken Labyrinth findet sich weit weniger freies Exsudat abgelagert als rechts. Hingegen zeigt die Scala tympani der ersten Schneckenwindung eine feine, netzförmige Bindegewebsneubildung, welche zahlreiche Spindelzellen, Kerne und nebstdem eingestreute Wanderzellen enthält. Ansätze von Bindegewebsneubildung am Endostium finden sich auch in der zweiten Schneckenwindung und in der Cupula. Das Corti'sche Organ durch starke Epithelwucherung unkenntlich. Die Nervenzüge des Ramus cochleae zeigen dieselben Veränderungen wie rechts. Im Vorhofe stellenweise Verdickungen des Endostiums, desgleichen in den Ampullen und in den Bogengängen. Die membranösen Gebilde des Vorhofs und der Bogengänge zeigen nur wenig Veränderungen,

In der Epikrise des Falles bemerkt P., dass die totale Ertaubung sowohl als der Menière'sche Symptomencomplex durch den anatomischen Befund genügend erklärt wird. Das Emyem der Keilbein- und Highmorshöhlen, sowie die rechtsseitige eiterige Mittelohrentzündung sind zweifelsohne Folge der durch die Fractur der Basis crani hervorgerufenen eiterigen Entzündung der Rachengebilde. Ueber die Entstehung der Meningitis in diesem Falle lässt sich nichts Bestimmtes aussagen. Ob sie die Folge des Emyems der Keilbeinhöhle oder der eiterigen Mittelohrentzündung oder durch eine makroskopisch nicht auffindbare Läsion der Hirnhaut entstand, konnte nicht entschieden werden. Im histologischen Befunde ist der Nachweis einer intensiven entzündlichen Bindegewebsneubildung fünf Wochen nach stattgehabtem Insulte von besonderem Interesse.

Der Vortrag wurde durch eine Anzahl grosser Kohlenzeichnungen und Demonstration der betreffenden histologischen Präparate erläutert.

3) Prof. Gruber: Zur Lehre von den otitischen intracranialen Erkrankungen.

Der Vortragende bespricht einleitend die Unverlässlichkeit sowohl

der subjectiven als auch der objectiven krankhaften Erscheinungen, wenn es sich um die topische Diagnose intracranieller Prozesse handelt. Schon aus diesem Grunde habe man in neuerer Zeit die Statistik genauer studirt und sich bestrebt, sie in den Dienst der practischen Ohrenheilkunde zu stellen. Sehr werthvolle Arbeiten seien in den letzten Jahren von Körner, af Forselles Robin, und ganz besonders in neuester Zeit von Hessler geliefert worden. Gruber war nun bemüht, das grosse Material des Wiener allgemeinen Krankenhauses nach dieser Richtung hin zu verwerthen. Er wandte sich zunächst an den Vorstand der pathologisch-anatomischen Anstalt Herrn Prof. Dr. Weichselbaum mit der Bitte, ihm die Sectionsprotocolle behufs Studiums in der genannten Richtung zur Verfügung zu stellen. Herr Prof. Weichselbaum, dem der Vortragende bei dieser Gelegenheit den wärmsten Dank ausspricht, gab dies bereitwilligst zu, und so entstand die Grundlage einer etwas grösseren Arbeit, von welcher der Vortragende ein Fragment zum Gegenstande seines heutigen Vortrages machte.

Es wurden unter werthtätigster Unterstützung des klinischen Assistenten Herrn Dr. Alt und des Herrn Aspiranten Steiner die Sectionsprotocolle seit 1. Januar 1873 bis 31. December 1894, u. zwar von **40073** Sectionen genau geprüft, und die Ergebnisse zur Beantwortung mehrerer Fragen, welche sich der Vortragende stellte herangezogen.

Gruber begann mit dem Studium des Sectionsprotocolls vom Jahre 1873, weil in diesem Jahre die Wiener otiatrischen Kliniken entstanden und man von dieser Zeit an den Veränderungen im Gehörorgane gewiss bei den Sectionen mehr Aufmerksamkeit schenkte, als dies früher der Fall war.

I. Frage: Wie verhält sich die Zahl der an intracraniellen entzündlichen Erkrankungen Verstorbenen zu der Gesamtzahl von 40073?

Als Antwort ergibt sich, dass 1806 Leichen (1242 Männer, 564 Weiber), d. i. 4,5 pCt., als Todesursache eine oder mehrere intracranielle entzündliche Affectionen aufwiesen.

II. Frage: Wie verhält sich die Zahl der nachweisbar gewesenen otitischen entzündlichen intracraniellen Erkrankungen zu den einfachen, mit dem Ohre in keiner Verbindung gewesenen derartigen Krankheiten?

Antwort: Otitische derartige intracranielle Folgezustände fanden sich bei 232 Leichen (163 Männern, 69 Weibern), das macht, wenn man die Gesamtzahl von 1806 intracraniellen Affectionen in's Auge fasst, 12,8 pCt.; im Verhältniss zur Gesamtzahl der Sectionen (40073) 0,58 pCt. Von diesen 232 Fällen wurden 81 Fälle von Ohrenärzten der Section zugewiesen, die übrigen Fälle kamen aus chirurgischen und medicinischen Abtheilungen; also 34,91 pCt. von Ohrenärzten und 65,09 pCt. von Internisten und Chirurgen.

Zu dieser Frage bemerkt Gruber, dass er der vollen Ueberzeugung ist, dass ein beträchtlicher Theil von entzündlichen intracraniellen Erkrankungen, deren Zusammenhang mit otitischen Processen übersehen wurde, entweder gar nicht zur Section kam oder man übersah die

Beziehungen zur Otitis, weil man von deren Anwesenheit keine Ahnung hatte. Es dürfte dies übrigens auch an allen anderen Krankenanstalten der Fall sein. Wenn demnach die Statistik nach dieser Richtung nicht vollkommen exact ist, dürfte sie doch jedenfalls mit der von andern Autoren aufgestellten gleichwerthig sein.

III. Frage: Wie verhalten sich die mit secundären otitischen intracranialen Entzündungen zur Section Gekommenen dem Alter nach:

Antwort: Hier muss vor Allem erwähnt werden, dass im Wiener allgemeinen Krankenhause Kinder unter 6 Jahren nur sehr ausnahmsweise Aufnahme finden. Kinder dieses Alters werden in die Kinder-spitäler gewiesen. Unter der grossen Anzahl der Sectionen findet sich nur die eines dreimonatlichen und die eines einmonatlichen weiblichen Kindes. Das Alter der übrigen zeigt folgende Tabelle:

Von 5—10 Jahren: —	Männer,	2	Weiber,
„ 10—20	„ 53	„ 14	„
„ 20—30	„ 46	„ 26	„
„ 30—40	„ 30	„ 12	„
„ 40—50	„ 22	„ 4	„
„ 50—60	„ 13	„ 4	„
„ 60—70	„ 3	„ 1	„

Daraus ergibt sich, wie ich dies bereits in einer im Jahre 1862 erschienenen Arbeit aussprach, dass die eitrige Mittelohrentzündung bei Individuen im Alter von der Pubertätszeit bis zu ihrem 50. Jahre am gefährlichsten ist und dass sie im früheren und im späteren Alter das Leben weniger bedroht.

IV. Frage: Auf welcher Seite bestand das Ohrleiden bei den 232 zur Section Gekommenen?

Antwort: Die Ohrerkrankung fand sich:

Rechterseits . .	118 Mal = 50,87 pCt.,
linkerseits . . .	103 Mal = 44,39 pCt.,
beiderseits . . .	6 Mal = 2,59 pCt.,
nicht angegeben	5 Mal = 2,15 pCt.

V. Frage: Von welcher Art erwies sich das Ohrleiden bei den 232 Leichen?

Bei der Beantwortung dieser Frage reihte Gruber die Fälle in zwei Kategorien:

1) in solche, bei denen nur die Weichgebilde des Mittelohres erkrankt waren und

2) in solche, bei denen cariöse oder necrotische Erkrankung des betreffenden Schläfebeines gefunden wurde.

Intracraniale secundäre entzündliche Affectionen kamen vor bei einfacher Otitis media suppurativa sine Carie 65 Mal (44 M., 21 W.) = 28 pCt., wonach die mit Caries complicirten Fälle 167 (128 M., 39 W.) = 72 pCt. betrügen.

Es ergibt diese Zusammenstellung, dass sowohl bei den einfachen Mittelohrentzündungen, als auch bei den mit Caries complicirten die consecutive Erkrankung der intracranialen Gebilde bei den Männern häufiger ist, als bei den Weibern, aber nur, weil auch die Primärerkrankung häufiger das männliche, als das weibliche Geschlecht befällt.



VI. Frage: Erkrankung der Blutleiter?

Zunächst erschien es dem Vortragenden von Wichtigkeit, auf die Erkrankung der Blutleiter der harten Hirnhaut Rücksicht zu nehmen, da ja bekanntlich diese häufig das Mittelglied zwischen dem primären Process im Gehörorgane und der Entzündung des Gehirns und seiner Häute abgeben. Es handelte sich darum, zu eruiren, wie oft Sinuserkrankungen in den 232 Fällen überhaupt vorkamen, welcher Sinus erkrankt war, sowohl bei den einfachen Mittelohrentzündungen, als auch bei den mit Caries complicirten, und endlich, welcher Art der vorgefundene Thrombus in den einzelnen Fällen war. Die folgende Tabelle bringt dies zur Anschauung.

Otitis media suppurativa simplex (sine Carie).

Bezeichnung des erkrankten Sinus.	Solide Thromben						Gesamt- summe	Vereiternde Thromben						Gesamt- summe
	Männer			Weiber				Männer			Weiber			
	r.	l.	b.	r.	l.	b.		r.	l.	b.	r.	l.	b.	
Sinus sigmoideus . . . . .	3	2	—	1	2	—	8	2	2	—	1	2	—	7
Sinus transvers. allein oder mit dem Sinus sigmoideus	3	—	—	2	—	—	5	3	—	—	1	—	—	4
Sinus cavernosus und die voranstehenden . . . . .	3	1	—	—	—	—	4	1	1	—	—	1	1	4
Sinus petrosus superior et Sinus sigmoideus . . . . .	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	1
Sinus petrosus superior et transversus . . . . .	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	1
Sinus ven. jugularis et Sinus transversus . . . . .	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Sinus sigmoideus transvers. cavernosus uterque. . . . .	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Sinus sigmoideus et ven. jugularis . . . . .	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Sinus cavernosus . . . . .	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Sinus transversus, cavernos. et ven. jugul. . . . .	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1

Otitis media suppurativa cum Carie.

Bezeichnung des erkrankten Sinus.	Solide Thromben						Gesamt- summe	Vereiternde Thromben						Gesamt- summe
	Männer			Weiber				Männer			Weiber			
	r.	l.	b.	r.	l.	b.		r.	l.	b.	r.	l.	b.	
Sinus sigmoideus . . . . .	5	11	1	—	2	—	19	3	8	—	—	1	—	12
Sinus transvers. allein oder mit Sinus sigmoideus . . . . .	5	13	—	5	2	—	25	4	8	—	3	2	—	17
Sinus sigmoideus et longi- tudinalis . . . . .	—	1	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	1

Bezeichnung des erkrankten Sinus.	Solide Thromben						Gesamt- summe	Vereiternde Thromben						Gesamt- summe
	Männer			Weiber				Männer			Weiber			
	r.	l.	b.	r.	l.	b.		r.	l.	b.	r.	l.	b.	
Sinus sigmoideus et ven. jugularis . . . . .	4	3	—	1	1	—	9	2	3	—	—	1	—	6
Bulb. ven. jugul. . . . .	—	1	—	1	1	—	3	—	1	—	—	1	—	2
Sin. sigmoideus, transvers. et ven. jugul. . . . .	1	1	—	1	—	—	3	1	1	—	—	—	—	2
Sinus cavernosus . . . . .	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	1
Sin. sigmoideus et Reilii .	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1
Sinus cavernosus et pe- trosus . . . . .	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Die Summe der bei den ohne Caries zur Section gekommenen Leichen mit Sinusthrombose betrug 42 (24 mit soliden, 18 mit vereiternden Thromben); die Summe der mit Caries zur Section gekommenen Leichen, welche Sinusthrombose aufwiesen, betrug 106 (64 mit soliden, 42 mit vereiternden Thromben).

Am häufigsten zeigt sich der Sinus sigmoideus und transversus thrombosirt, und zwar in den 42 ohne Caries secirten Fällen 24 Mal, in den 106 mit Caries secirten Fällen 73 Mal. Dem Geschlechte nach 73 Männer, 24 Weiber.

VII. Frage: Welche consecutive Erkrankungen fanden sich im Gehirne und seinen Häuten bei den 232 ohrenkranken Leichen?

Der Vortragende scheidet hier wieder die Fälle, je nachdem sich bei der Section Caries des Schläfebeins vorfand, oder nicht.

Bei den einfachen otitischen Processen ohne Thrombus in dem Sinus fand man

- Meningitis . . . . . 31 Mal = 13 pCt. (21 M., 10 W.),
- Abscessus cerebri . . . . . 19 Mal = 8,2 pCt. (14 M., 5 W.),
- Abscessus cerebelli . . . . . 1 Mal = 0,4 pCt. (1 W.).

Bei den einfachen otitischen Erkrankungen, wo sich in einem der Sinus ein Thrombus vorfand, kam es zu

- Meningitis . . . . . 12 Mal (7 M., 5 W.) = 5,5 pCt.,
- Abscessus cerebelli . . . . . 2 Mal (2 M.) = 0,8 pCt.

In den Fällen, wo man Caries des Schläfebeins, aber keine Sinusthrombose fand, fand sich

- Meningitis . . . . . 40 Mal (34 M., 6 W.) = 17 pCt.,
- Abscessus cerebri . . . . . 13 Mal (12 M., 1 W.) = 5,6 pCt.,
- Abscessus cerebelli . . . . . 12 Mal (8 M., 4 W.) = 5,5 pCt.

In den mit Caries und Thrombose behafteten Fällen fand sich

- Meningitis . . . . . 21 Mal (17 M., 4 W.) = 9 pCt.,
- Abscessus cerebri . . . . . 7 Mal (6 M., 1 W.) = 3 pCt.,
- Abscessus cerebelli . . . . . 4 Mal (2 M., 2 W.) = 1,6 pCt.,
- Meningitis mit

Cholesteatom . . . . . 8 Mal (6 M., 2 W.) = 3,2 pCt.

Von den ohne Caries des Schläfebeins, aber mit Sinusthrombose behaftet gewesenen Otitischen gingen 16 (11 M., 5 W.) = 6,8 pCt.,

und von den mit Caries und Thrombose behaftet Gewesenen 32 (22 M., 10 W.) = 13 pCt. an pyämischen Processen zu Grunde.

Das vorliegende Material aus den Sectionsprotocollen wurde auch noch nach verschiedenen anderen Richtungen geprüft, worüber sich der Vortragende weitere Mittheilungen vorbehält.

4) Prof. A. Politzer: Beiträge zur operativen Freilegung der Mittelohrräume.

In der Einleitung zu seinem Vortrage hebt P. den bedeutenden Fortschritt hervor, der durch die Einführung der operativen Freilegung der Mittelohrräume in der Otochirurgie angebahnt wurde. Ihr hoher Werth wird erst noch später anerkannt werden, wenn die Indicationen schärfer präcisirt werden können, als dies gegenwärtig geschieht. P. glaubt, dass jetzt von Manchen öfter auch ohne stricte Indicationen operirt wird, ohne vorherigen Versuch, die Mittelohreiterung durch die üblichen Behandlungsmethoden zu beseitigen.

Der anatomische Bau des Schläfebeins, die Ausbreitung pneumatischer Räume in die entferntesten Partien desselben begünstigt die Etablierung dauernder Eiterherde und tiefgreifender Erkrankungen des Knochengewebes. Hierzu kommen noch die mannigfachen mechanischen Hindernisse des Eiterabflusses aus dem äusseren Gehörgange, die häufige Entwicklung von Cholesteatomen und der destructive Character gewisser pathogenen Mikroorganismen (Diphtherie, Tuberculose etc.).

Trotzdem sind Spontanheilungen nicht selten, wie dies die Fistelbildungen am Warzenfortsatze mit Ausstossung von Sequestern, die Entstehung und Ueberhäutung grosser Knochendefecte im äusseren Attic und der hinteren, oberen Gehörgangswand mit Ausheilung der Eiterung beweisen. P. demonstrirt einen Schädel, an welchem in Folge einer chronischen Mittelohreiterung die äussere Atticwand und die hintere, obere Wand des knöchernen Gehörganges zerstört wurde, und an welchem eine den äusseren Gehörgang, die Trommelhöhle und das Antrum mastoid. umfassende Höhle geschaffen wurde, welche den freien Abfluss der Secrete aus diesem Raume gestattete. Der Knochendefect an diesem Präparate zeigt fast genau dieselben anatomischen Verhältnisse, die wir bei der operativen Freilegung der Mittelohrräume künstlich herbeiführen.

Das Princip der Operation, deren Einführung in die Praxis das Verdienst Küster's ist, besteht in der Hinwegnahme der hinteren, oberen Wand des knöchernen Gehörganges und der äusseren Atticwand, wodurch die Entfernung des meist cariösen Hammers und Ambosses, die Ausräumung von Granulationen, Cholesteatommassen und cariöser Knochenpartien aus der Trommelhöhle und dem Warzenfortsatze ermöglicht, und die Bedingungen für die Ausheilung der Eiterung im Schläfebeine geschaffen werden.

Nach einer cursorigen Schilderung der geschichtlichen Entwicklung dieses erst seit 6 Jahren geübten, operativen Verfahrens geht P. auf die Indicationsstellung über, die er als einen der wichtigsten Punkte bei der in Frage stehenden Operation bezeichnet. Sie ergibt sich aus dem objectiven Befunde im Zusammenhalte mit den subjectiven Symptomen, die auf die Entwicklung einer lebensgefährlichen Compli-

cation hinweisen. P. erörtert der Reihe nach die Indicationen zur Freilegung der Mittelohrräume, hebt die Wichtigkeit gewisser Trommelfellbefunde für die Diagnose der Antrumeiterungen und der Cholesteatombildung im Attic und im Warzenfortsatz hervor und empfiehlt die häufigere Benutzung des pneumatischen Ohrtrichters zur Eruirung des Sitzes der Eiterung.

Die Zahl der von P. auf seiner Klinik und in der Privatpraxis ausgeführten Operationen zur Freilegung der Mittelohrräume umfasst 53 Fälle. In diese Zahl sind die acuten Prozesse und die nach der typischen Eröffnung des Warzenfortsatzes (Schwartz) operirten, chronischen Mittelohreiterungen nicht inbegriffen. Zu dieser Zahl kommt noch die Beobachtung einer Anzahl von Fällen, die von den Doctoren Gomperz und Kaufmann zum Theile an seiner Klinik operirt wurden, sowie mehrere anderwärts operirte Fälle, bei denen sich P. ein Urtheil über das Operationsresultat bilden konnte. Die Analyse der von P. operirten Fälle ergibt folgendes:

In 4 Fällen wurden die Mittelohrräume freigelegt bei Kranken, bei denen längere Zeit vorher die typische Operation nach Schwartz von P. ausgeführt wurde, und wo Recidive mit anhaltender Eiterung bestand.

In anderen 9 Fällen von recidivirender Mittelohreiterung, bei denen früher von anderen Ohrenärzten der Warzenfortsatz nach der typischen Methode eröffnet wurde.

In 8 Fällen war neben profuser fötider Otorrhoe mit Granulationen oder Cholesteatomen in der Trommelhöhle der Warzenfortsatz schmerzhaft ohne Schwellung des äusseren Integuments; 12 mal war die Schmerzhaftigkeit mit Schwellung der Haut und des Periosts des Warzenfortsatzes verbunden. In 11 Fällen fand sich ein subperiostaler Abscess am W. F., dessen Wandungen mit Granulationen ausgekleidet waren; dabei 7 mal mit einer in das Innere des W. F.'s führenden Fistelöffnung an der Corticalis des W. F.'s; 4 mal ohne Fistelbildung.

Offene Fistel am W. F. mit spontanem Durchbruch der Corticalis fand P. 8 mal; in 5 Fällen eine Fistelöffnung an der hinteren, oberen Gehörgangswand, durch die man mit der Sonde entweder in das Antrum oder in eine mit Granulationen ausgefüllte Höhle im W. F. gelangen konnte.

Starke Verengerung des Gehörgangs durch Hyperostose des knöchernen Abschnittes und nicht zu beseitigende Hypertrophie der Gehörgangsauskleidung bestand in 7 Fällen.

In 15 Fällen war ausser dem localen Schmerz im Ohre oder im W. F. auch Kopfschmerz, Fieber, einigemale auch Schlaflosigkeit, Schwindel und Brechreiz vorhanden. Mit Faciallähmung, die bald längere, bald kürzere Zeit bestand, kamen 6 Fälle zur Operation, davon 3 bei tuberculöser Caries des W. F. und der Trommelhöhle mit und ohne Sequesterbildung.

Nach Schilderung des Operationsverfahrens und der durch die pathologischen Veränderungen im Schläfebein bedingten Modificationen desselben giebt P. eine Uebersicht der von ihm bei Freilegung der Mittelohrräume vorgefundenen Veränderungen.

In nahezu der Hälfte der Fälle fanden sich Cholesteatommassen

in der Trommelhöhle, im Antrum und im Warzenfortsatze. In 14 Fällen gelangte man unmittelbar unterhalb der Corticalis in eine geräumige Höhle im Processus mastoid. mit gleichzeitigen cariös-necrotischen Defecten an der hinteren, oberen Gehörgangswand. Die Höhle war mit missfarbigen Granulationen, Knochenfragmenten oder schmierig-käsigem Massen erfüllt. In 3 Fällen fehlte die hintere, obere Wand des knöchernen Gehörganges vollständig; 5 mal war der Warzenfortsatz und die hintere, obere Gehörgangswand stark sclerosirt. Der Sinus transversus war in 4 Fällen durch den Eiterungsprocess in verschiedener Ausdehnung freigelegt. In 3 Fällen lag die Dura mater, einmal oberhalb des Antrum mastoid., 2 mal oberhalb des Tegmen tymp. frei.

In der Mehrzahl der Fälle war das Antrum und die Trommelhöhlenwände vom Knochenproceß ergriffen; Hammer und Amboss meist defect. P. operirt deshalb in den letzten Jahren meist nach Küster's Methode. Die typische Eröffnung nach Schwartzke empfiehlt sich bei verhältnissmässig grosser Hörweite, welche durch die Freilegung der Mittelohrräume und Entfernung des Hammers und Ambosse geschädigt werden kann.

Von Zufällen bei der Operation erwähnt P. stärkere Blutungen aus Granulationen und aus Knochengefässen oder aus einem Emissarium Santorini, die leicht durch Tamponade zu stillen sind. Einmal wurde die Dura mater ohne Folgen für den Heilungsprocess freigelegt. In einem Falle wurde beim Auslöfeln des Attic der horizontale Theil des Facialis vom scharfen Löffel getroffen. Die dadurch entstandene Parese der Facialisnerven hat sich im Verlaufe von mehreren Monaten gänzlich verloren. In 2 Fällen, wo vor der Operation Faciallähmung bestand, trat nach derselben vollständige Heilung ein. Der horizontale Bogen gang wurde in keinem Falle verletzt.

Die Plastik richtet sich nach den anatomischen Verhältnissen im speciellen Falle. Am häufigsten wurde die hintere, knorpelig-membranöse Gehörgangswand der Länge nach gespalten und zur Erzielung eines möglichst weiten Gehörgangslumens der eine Lappen nach oben, der andere nach unten mit der äusseren Cutis vernäht. Mehrere Male wurde die Körner'sche Plastik mit gutem Erfolge angewendet. Auch die Thiersch'schen Transplantationen leisteten mehrere Male gute Dienste. Bei Granulationen im Mittelohre und bei kleinen Cholesteatomhöhlen im Antrum lässt P. die Operationswunde hinter dem Ohre vernarben; bei grossen Cholesteatomhöhlen im Warzenfortsatze ist es wegen der genaueren Ueberwachung des Krankheitsherdens und wegen der Möglichkeit einer gründlicheren Reinigung geboten, die Oeffnung im W. F. offen zu lassen.

Was die Heilresultate der operativen Freilegung der Mittelohrräume anlangt, so ist P. der Ansicht, dass die Angaben verschiedener Operateure über die Ausheilung der Eiterung nach dieser Operation (50—75 pCt.) zu optimistisch lauten, da die Beobachtungsdauer im Ganzen noch zu kurz ist, und bereits Fälle vorliegen, wo nach 2, 3 Jahren Recidive der Eiterung eintrat. Cholesteatome recidiviren bekanntlich mit nur seltenen Ausnahmen. Die Bezeichnung: Radicaloperation ist daher nach P. nicht ganz zutreffend. Von den von P. Operirten hat in 17 Fällen die Eiterung seit längerer Zeit aufgehört, die übrigen

Fälle befinden sich noch in Beobachtung, und kann über den endgiltigen Abschluss noch nichts ausgesagt werden. Ein Theil entzieht sich, wie gewöhnlich, der Controle. Nachoperationen wurden 7 Mal ausgeführt. In einem Falle war der Gehörgang atresirt. Die Heilungsdauer ist im Allgemeinen kürzer als bei der typischen Eröffnung des W. F.'s, doch nimmt sie meist mehrere Monate in Anspruch. Das Hörvermögen wurde durch die Operation meist etwas verbessert, selten verschlimmert. Wie nach der typischen Eröffnung des W. F.'s wurden auch hier durch die Operation die lästigen Kopfsymptome beseitigt und eine Verbesserung des Allgemeinbefindens beobachtet. Letaler Ausgang wurde in 6 Fällen beobachtet, 3 mal bei Pyämie, die bereits vor der Operation bestand, 2 mal bei chronischer, tuberculöser Otitis und einmal bei einem schon vor der Operation bestandenen, symptomlosen Hirnabscess.

P. kann sich die von anderen Operateuren stammenden, überaus günstigen Erfolge der sog. Radicaloperation nur dadurch erklären, dass man ohne viel Auswahl auch solche Fälle operirt, bei denen ein chronischer Ohrenfluss ohne tiefgreifende Veränderungen im Schläfebeine besteht, ohne früher die üblichen Behandlungsmethoden versucht zu haben. Solche Fälle werden selbstverständlich in kurzer Zeit ausheilen. So hoch daher auch P. den Wert des operativen Verfahrens anschlägt und so segensreich er die operative Freilegung der Mittelohrräume für viele Fälle betrachtet, so möchte er sie doch nur auf jene Fälle beschränkt wissen, wo sie streng indicirt ist. Diese Ueberzeugung wird sich gewiss im Laufe der Zeit Bahn brechen, wenn sich das Urtheil durch die Erfahrung geläutert haben wird.

##### 5) Urbantschitsch: Zur operativen Freilegung des Mittelohres.

U. hat in den letzten zwei Studienjahren, von October 1894 bis zum gegenwärtigen Zeitpunkte, an 72 Fällen die sogenannte Radicaloperation des Mittelohres vorgenommen; davon standen 6 Fälle zwischen dem 6. und 10. Lebensjahre, 17 zwischen 11 und 15 Jahre, 18 zwischen 16 und 20 J., 11 zwischen 20 und 25 J., 7 zwischen 26 und 30 J., 7 zwischen 30 und 40 J., 4 zwischen 40 und 50 J., 2 zwischen 50 und 60 J. Der Dauer nach bestand die eiterige Mittelohrentzündung in 50 Fällen 1—10 Jahre, in 15 Fällen 10—20 Jahre, in 6 Fällen 20—30 Jahre, in 1 Falle 32 Jahre. Unter den 72 Fällen befanden sich 47 Fälle mit reiner Caries, 13 mit cariösen und cholesteatomatösen Herden und 12 Fälle mit reinem Cholesteatom.

Das Antrum mastoideum zeigte 42 Mal keine auffällige Grössenveränderung, 12 Mal erschien es abnorm klein, 18 Mal abnorm gross, darunter 5 Mal von colossaler Vergrößerung nach hinten. Diese letzteren 5 Fälle betrafen Cholesteatom.

U. bemerkt, dass eine solche Vergrößerung des Antrum mastoideum auf Kosten des Schädelhöhlenraums erfolge.

Der Erkrankungsprocess war unter den 72 Fällen 9 Mal bis an die Dura mater (6 Mal gegen das Cerebellum, 3 Mal über dem Tegmen tympani) vorgedrungen. In 1 Falle war die Dura mater über dem Tegmen tympani perforirt und Gehirnteile in den Atticus ein-

gelagert; der betreffende Fall genas. U. erwähnt eines anderen Falles, bei dem sich im Spülwasser Gehirnteile vorfanden, die, wie die Operation ergab, dem Cerebellum entstammten und zwar in eine grosse Cholesteatomhöhle des Proc. mast. eingetreten waren, die auch gegen den Gehörgang durchgebrochen war; auch dieser Fall genas.

Der Sinus transversus fand sich öfter freiliegend vor, einmal fast in seiner ganzen Ausdehnung bis in den Uebergang in den Bulbus venae jugularis; in vielen Fällen wurde der Sinus operativ freigelegt. In einem Falle nahm U. dessen Eröffnung vor, fand aber den Sinus blutleer, nach unten thrombosirt.

Der Hammer und Ambos ergaben folgenden Befund: Unter 72 Fällen erwies sich der Hammer 8 Mal gesund, 62 Mal cariös, 2 Mal fehlend; der Ambos 6 Mal gesund, 63 Mal cariös, 3 Mal fehlend; in 2 Fällen von Caries bestand eine knöcherne Verwachsung beider Gehörknöchelchen.

Der Facialnerv zeigte sich vor der Operation in einem Falle vollständig gelähmt, in mehreren Fällen paretisch. Die Paresen gingen nach der Operation rasch zurück; der Fall mit Paralyse ergab eine bedeutende Besserung. Während des operativen Eingriffes erfolgte in keinem Falle eine Facialparese, doch trat eine solche 6 Mal 1 bis 2 Tage nach der Operation ein, ging aber wieder zurück; in einem Falle ging die Facialparese am oberen Augenlid in einen Facialspasmus über.

Als besondere Zufälle während der Operation erwähnt U. das Auftreten einer stärkeren arteriellen Blutung in 2 Fällen (aus dem Gebiet der Art. meningea media); 1 Mal stand diese nach 10 Minuten langer Compression; im anderen Falle mußte die Operation sistirt werden und wurde nach fünf Tagen beendet.

Bei einem 8jährigen Mädchen erfolgten während des Auskratzens des linken Ohres heftige clonische Krämpfe an der oberen und unteren Extremität der entgegengesetzten rechten Seite, ferner eine krampfartige Flexion der Finger der rechten Hand; diese Erscheinungen wiederholten sich noch am Operationstage mehrere Male. Der Fall verlief günstig. Bei einem 18jährigen Mädchen traten nach der Operation allgemeine Körperkrämpfe ein, die sich wiederholten; sie liessen sich leicht als hysterischer Natur erkennen. Der Fall verlief günstig. U. erwähnt ferner eines 11jährigen Knabens, bei dem sich ein grosser Subduralabscess in der Fossa occipitalis vorfand. Der Fall verlief günstig.

U. hebt nunmehr einige Punkte betreffs des operativen Eingriffes und der Nachbehandlung hervor; er legt den Hautschnitt gewöhnlich bogenförmig nahe der Insertion der Ohrmuschel an; das Aufmeisseln geschieht zumeist in der von Zaufal eingehend beschriebenen Weise, nur geht U. dabei nicht über den oberen Gehörgangsrand hinaus; die Cutis des knöchernen Gehörganges wird an ihrer hinteren und oberen Wand bald abgehoben, bald wieder durch die Abmeisselung allmählig blossgelegt, wobei die hintere häutige Gehörgangswand einem ungeübten Operateur als Leitungslinie beim Vordringen in die Tiefe dient; in anderen Fällen wieder entfernte U. nach Stacke zunächst die hintere und obere Umrandung des Trommelfelles und drang von

da aus gegen das Antrum mastoideum vor. Bei günstigen topographischen Verhältnissen sind einem ungetübteren Operateur auch hierbei sichere Anhaltspunkte leichter geboten. Für den Geübten bleibt nach U. die Art der Aufmeisselung der Mittellohräume ziemlich gleich, U. selbst geht gewöhnlich nach der Zaufal'schen Methode vor. U. bespricht ferner die Auskratzung und die Hauttransplantation. Die Thiersch-Siebenmann'sche Methode hat der Vortragende in mehreren Fällen mit nur theilweisem Erfolge ausgeführt, wahrscheinlich wegen der vom Vortragenden angewendeten Druckbehandlungs-Methode (s. später); dagegen hat U. mit der von Körner empfohlenen Verwendung der Cutis der hinteren Gehörgangswand sehr zufriedenstellende Resultate erzielt, besonders mit der Methode, wo nur ein Schnitt durch den häutigen-knorpeligen Gehörgang bis zum Ohreingange geführt wird und am Ohreingange zwei weitere senkrechte Schnitte nach oben und unten eine Lappenbildung des Gehörganges ermöglichen (Panse). Die Gehörgangslappen werden entweder durch Nähte oder auch ohne solche durch Tamponade aufgeschlagen, so dass sich die künstlich geschaffene grosse Höhle bis zu dem Ohreingange erstreckt und von diesem aus leicht überblickt werden kann.

Die Nachbehandlung ist nach U. als der schwierigere Theil der Radicalbehandlung zu bezeichnen und die grosse Wichtigkeit einer mehrere Monate lang geführten fachmännischen Behandlung dem Patienten klar zu legen. In erster Linie kommen hierbei die Verhütung von Granulationsbildung und die Zerstörung gebildeter Granulationen in Betracht. Die Neigung zu Granulationsbildung wird durch einen auf die Wandungen der Höhle continuirlich stattfindenden Druck, vermittelt dichter Tamponade, wirksam bekämpft. Gegen die Granulationsbildungen selbst wendet U. derzeit nur Aetzungen mit crystallisirter Chromsäure an, die allerdings wegen der individuell verschieden starken Reaction Vorsicht erheischen.

Hinsichtlich der retroauriculären Oeffnung verhält sich U. je nach dem Falle verschieden. Bei reiner Atticus-Erkrankung nimmt U. gleich die vollständige Naht vor, sonst hält er, gewöhnlich durch Jodoformgaze-Einlagen, zuweilen durch solide Gummicylinder, eine bis zum Umfange des kleinen Fingers grosse Fistelöffnung so lange offen, bis die Neigung zu Granulationsbildung geschwunden oder nurmehr sehr gering ist und ferner eine geringe Secretion besteht. Aus kosmetischen und socialen Gründen ist U. gegen eine permanente Fistel, besonders seitdem er grosse Höhlen anlegt und durch Schlitzung und Umklappen des häutig-knorpeligen Gehörganges die Höhle bis zum Ohreingange reichen lässt. Nur in Fällen von fortbestehender Caries, sowie bei Patienten, die nach Orten verreisen, wo keine fachmännische Nachbehandlung durchgeführt werden kann, lässt U. derzeit persistente Fistelöffnungen bestehen.

Ueber den Ausgang der Behandlung kann U. wegen der Kürze der Beobachtungszeit, die bei dem am längsten beobachteten Falle 2 Jahre beträgt, keine Angaben machen, sondern nur den bisherigen Verlauf mittheilen: Von den 72 Fällen ergaben bisher 28 eine vollständig trockene Höhle und zwar 13 Mal binnen 6—12 Wochen, 8 Mal innerhalb 3—4 Monate, 4 Mal in 5—6 Monaten, je 1 Mal in 7, 12 und



16 Monaten. 19 weitere Fälle, darunter 12 bis zu einer Beobachtungsdauer von 6 Monaten und 7 Fälle darüber zeigen zeitweise eine vollständig trockene Höhle, zeitweise wieder eine Secretion, die zuweilen nach Monate lang sistirter Secretion neuerdings, wenn auch in geringem Maasse, auftritt. Bei 4 Patienten ist der cariöse Process noch nicht zu bleibendem Stillstande gekommen; 8 im Mai und Juni d. J. operirte Fälle ergaben bisher einen befriedigenden Wundverlauf; 8 Patienten entzogen sich der weiteren Behandlung, 5 starben und zwar 3 an Meningitis, die schon zur Zeit der Operation bestanden hatte, 1 Fall an Schläfenlappenabscess der linken Seite ohne Herderscheinung, 1 Fall an metastatischer Pneumonie.

Auffällig günstig erwies sich die Operation auf die Symptome von Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit etc. und auf den gesammten Körperzustand. Unter den 72 Fällen hatten 42 an derartigen Symptomen gelitten; darunter befand sich 1 Cholesteatom-Fall mit Opticus-Atrophie und erheblicher Einschränkung des Gesichtsfeldes, die sich nach der Operation auffällig besserte. U. hebt ferner den günstigen Einfluss der Operation auf psychische und Ernährungsstörungen hervor, ferner auf die Hörfuction, die zuweilen erheblich gebessert wird (s. Fall 2, 5, 7).

U. betont, wie häufig erst durch Aufdeckung der Mittelohrräume die grosse Lebensgefahr erkannt werden kann, in der sich der Patient befand und schliesst mit folgenden Worten: „Je mehr Fälle von chronischer eiteriger Mittelohrentzündung sowie von Cholesteatom des Mittelohres zur radicalen Operation kommen, desto deutlicher zeigt sich der grosse Werth dieser Methode, und da ferner noch die Erfahrung lehrt, wie auffällig gut der operative Eingriff selbst vertragen zu werden pflegt, welch' günstigen Einfluss dieser in den verschiedensten Beziehungen zu nehmen vermag, so ist wohl die operative Freilegung der Mittelohrräume als einer der segensvollsten otiatrischen Eingriffe zu bezeichnen.“

#### Discussion

über die Vorträge der Herren Prof. Politzer und Urbantschitsch:

Docent Dr. Gomperz stimmt Politzer und Urbantschitsch vollkommen bei, wenn sie die radicale Freilegung der Mittelohrräume zu den segensreichsten Eingriffen zählen; aber er pflichtet auch Politzer bei, daß die Indicationen zu diesem Eingriffe in präcisester Weise begrenzt werden sollen. Besonders legt er auf die Berücksichtigung des Hörvermögens Gewicht, durch dessen Zerstörung die sociale Stellung des Operirten schwer geschädigt werden könne, und sei in den Fällen, wo das andere Ohr für das Hören schon unbrauchbar ist, den conservativen Methoden der weiteste Spielraum zu gewähren.

Was die Frage anbelangt, ob man bei tieferen Processen, Caries, Cholesteatom, hinten schliessen oder eine persistente retroauriculäre Oeffnung anlegen solle, so glaubt G., dass sich jene Frage erst nach längerer Beobachtung werde entscheiden lassen. G. macht mit Vorliebe die Plastik nach Körner und weicht so viel als möglich dem Anlegen der entstellenden retroauriculären Oeffnung aus; aber er muss zugeben, dass die neue Epidermis der mit retroauriculärer Oeffnung aus-

geheilten Fälle einen viel solideren Eindruck mache, als die bei der Körner'schen Methode gebildete und glaubt, dass die für diese neue Epidermis geforderte constante Berührung mit der äusseren Luft doch sehr von Belang für die Stabilität der Heilung sei.

Im Hinblick auf den ausgiebigsten Schutz des Stapes möchte G. dafür plaidiren, die Trennung der Tensorsehne und des Steigbügelambossgelenkes noch vor der Ablösung der Ohrmuschel auszuführen; nach derselben werde das Gesichtsfeld zu sehr von Blut überschwemmt.

Zum Zurückhalten des abgelösten Gehörganges hat G. ein Hohlmeissel noch die besten Dienste geleistet und empfiehlt er einen derart gehöhlten stumpfen Haken.

Tetanische Contractionen hat G. nach der Operation eines Falles gesehen, wo die Narcose eine Stunde gedauert hatte; nach der Erwärmung im Bette hörten sie rasch auf.

Zur Nachbehandlung empfiehlt G. bei der Körner'schen Plastik nochmals die Verwendung des sterilisirten Vaselineöls. Nach der Entfernung des ersten Verbandes, Reinigung und Trocknung des Gehörganges, wird derselbe mit Oel gefüllt und dann mit der Jodoformgaze austamponirt.

Herrn Gomperz gegenüber bemerkt Urbantschitsch, dass das Hörvermögen der von ihm operirten Fälle vor der Operation ein schlechtes war und durch die Operation, wie schon erwähnt, in einer Reihe von Fällen gebessert wurde. Die Operation wurde an länger behandelten Fällen vorgenommen und auch der Befund bei der Operation ergab die Nothwendigkeit des Eingriffes.

Betreffs der Indicationen sei es schwer, solche bestimmt zu stellen, da nicht selten ohne besondere Symptome, bei blühendem Aussehen der Patienten, der Zerstörungsprocess in der Tiefe des Mittelohrs beim Proc. mast. bis zur Dura und den Sinus fortgeschritten erscheint.

Die Loslösung der hinteren Gehörgangswand ergibt keine besondere Blutung, und da U. bei möglichst freiem Gesichtsfelde die Durchschneidung des Ambos-Stapes-Gelenks vornimmt, so nimmt er vorher die Zwischenwand zwischen Gehörgang und Proc. mast. weg.

Wegen der Lücke hat U. ohnedies seinen Standpunkt bereits präcisirt und hält mit dem endgiltigen Urtheil zurück, bis seine Erfahrungen noch weitere Jahre umfassen.

Periostnaht wurde stets vorgenommen, wo es nötig erschien.

Betreffs der Plastik verweist U. auf seinen Vortrag.

Dr. Kaufmann glaubt, dass für Cholesteatome, besonders für ausgedehntere oder einmal recidivirende Fälle das Anlegen einer persistenten Oeffnung angezeigt ist. Die schönen Resultate, die er davon an der Schwartz'schen Klinik in Halle gesehen, hätten ihn veranlasst, aus oberwähnter Indication bei einigen Kranken diese Operation auszuführen; ganz besonders zeige ein Patient, der vor Jahren an der Klinik Gruber operirt worden war, und bei welchem im September vorigen Jahres unter bedrohlichen Symptomen Recidive auftrat, jetzt nach Anlegung einer persistenten grossen Lücke, wie die Herren sich überzeugen konnten, die grossen Vortheile dieses Verfahrens bei Cholesteatom.

Politzer ist der Ansicht, dass man in dieser Richtung specialisiren muss. Bei kleineren Höhlen und bei Granulationsbildung im Mittelohre kann man die Oeffnung im Warzenfortsatze sich schliessen lassen. Bei grossen Cholesteatomhöhlen hingegen tritt der cosmetische Zweck in den Hintergrund und muss die Oeffnung persistent offen erhalten werden, damit der Kranke selbst in die Lage versetzt werde, die freigelegte Höhle im Schläfebein gründlich durchzuspülen. Lässt man die Oeffnung sich schliessen, dann ist er sein ganzes Leben hindurch oft schon in kurzen Zwischenräumen genöthigt, die Hilfe des Arztes in Anspruch zu nehmen.

Gruber ist der Ansicht, man sollte den Ausdruck „Radicaloperation“ als nichtssagend gänzlich fallen lassen. Eine typische Operation nach Schwartze, wenn sie alles Krankhafte beseitigt, ist gerade so radical wie jede andere, wenn sie auch noch so eingreifend ist. Gr. will Niemandem nahe treten, er glaubt aber, man thue vielleicht in manchen Fällen des Guten zu viel. Er selbst gehe in allen Fällen, wo nicht die Erkrankung der tieferen Knochenpartieen klar zu Tage liegt, so vor, dass er zunächst die Operation nach Schwartze macht, und wenn im Verlaufe der Operation sich die Nothwendigkeit ergibt, dann gehe er weiter. Er operirt sehr viel und ist mit den Resultaten zehr zufrieden. Im Uebrigen ist auch er gegen das Anlegen bleibender Knochenlücken am Warzentheile, wenn nicht die äusserste Nothwendigkeit es gebietet.

6) Dr. Ferdinand Alt: Ueber apoplectiforme Labyrinth-erkrankungen bei Caissonarbeitern.

Beim Baue der grossen Schleusenwerke in Nussdorf werden die nothwendigen Pfeilerfundirungen durch die Anlage von Caissons ermöglicht; es wurden zahlreiche Caissons, darunter einige bis 25 Mtr. Tiefe unter dem Wasserspiegel der Donau gebaut, bei denen ein Ueberdruck von mehr als 2,5 Atmosphären zur Verdrängung des Wassers nothwendig war. Um die Gesundheitsverhältnisse der Caissonarbeiterschaft und die auftretenden Krankheitserscheinungen einem eingehenden Studium zu unterziehen, hat die Klinik des Herrn Prof. von Schrötter die Herrn Doctoren Heller, Mager und von Schrötter nach Nussdorf delegirt; die Beobachtung der Ohrenerkrankungen blieb der Klinik des Herrn Prof. Gruber vorbehalten. Die Zahl der Ohrenerkrankungen ist eine so grosse, dass der Vortragende am Otologentage nur die schwersten Fälle besprechen will. Er verweist auf die spärlichen Literaturangaben über Ohrenaffectionen, die auf den Einfluss comprimirt Luft zurückgeführt werden und verliest die Krankengeschichten der drei schwersten vorgekommenen Fälle.

Die Erkrankungen betrafen drei Arbeiter, W., J. und S., welche unter einem Ueberdrucke von 2,2—2,4 Atmosphären die vorgeschriebene Zeit von vier Stunden arbeiteten und hierauf bei vollständigem Wohlbefinden den Caisson verliessen. Bei W. traten nach einer Stunde, bei J. nach 35 Minuten, bei S. nach 1½ Stunden die typischen Symptome des Morbus Ménièrei, nahezu complete Taubheit und dauernder, so hochgradiger Schwindel auf, dass die Patienten nicht stehen konnten und sofort auf die Klinik Schrötter gebracht wurden. Bei allen drei Arbeitern fanden sich starke Retraction und mehr oder weniger aus-

geprägte livide Verfärbung des Trommelfells, Injection der Hammergefäße; der Stimmgabelbefund musste im Sinne einer beiderseitigen Labyrinthaffection gedeutet werden. Bei W. und S. bestand links, bei J. rechts complete Taubheit, die dauernd bestehen blieb, während auf dem anderen Ohre geringe Spuren von Hörvermögen erhalten waren, die sich in wenigen Tagen beträchtlich besserten.

Der Vortragende bespricht hierauf die Umstände, welche Ohrenkrankungen bei Caissonarbeitern bedingen. Wenn die Arbeiter einen Raum betreten, in welchem z. B. ein Ueberdruck von 2,0 Atmosphären herrscht, müssen sie, um einen Ausgleich zwischen dem Drucke im Mittelohre und im umgebenden Raume zu erzielen, die comprimirt Luft durch Schlingbewegungen und den Valsalva'schen Versuch (den sie instinctiv ausführen) in das Mittelohr treiben. Gelingt ihnen dies, dann können sie bei vollständigem Wohlbefinden im Caisson arbeiten, erweist sich die Tube undurchgängig, so bekommen sie oft heftige Schmerzen und andere subjective Beschwerden im Ohre und müssen den Caisson verlassen. Mitunter kommen sie mit dem Valsalva nicht nach, sie bringen die Pression im Ohre nicht heraus, wie sie sich ausdrücken, verbleiben im Caisson, und nun ist ihr Gehörorgan schweren Schädigungen ausgesetzt.

Wenn die Tube ganz undurchgängig ist, so herrscht im Gehörgange ein Druck von 1+2 Atmosphären, im Mittelohre von 1 Atmosphäre (oder noch weniger, wegen Luftverdünnung bei Tubenverschluss). Hierdurch ist ein negativer Druck im Mittelohre bedingt, das Trommelfell wird nach innen gedrängt, die Gefäße finden einen Ort geringeren Widerstandes, sie erweitern sich mächtig und da der Abfluss durch den Druck auf die umgebenden Theile gehemmt ist, kommt es zur Stauungshyperämie im Mittelohre. Da jede Luftverdichtung im Mittelohre eine Drucksteigerung, jede Luftverdünnung eine Druckverminderung im Labyrinth bedingt (manometrische Untersuchungen von Politzer und Bezold), tritt auch im Labyrinth negativer Druck und consecutive Stauungshyperämie ein. Durch einschlägige Arbeiten über Circulationsstörungen weist Alt nach, dass es in Folge dieser lange andauernden Stauungshyperämie und der damit verbundenen mangelhaften Ernährung der Gefäßwände zur Transsudation, bezw. Blutung in das Mittelohr oder Labyrinth kommen kann.

In den leichtesten Fällen wurde Retraction und mehr oder weniger ausgeprägte Injection des Trommelfells, bis zur lividen Verfärbung beobachtet. Bei einigen Arbeitern wurden Ecchymosen des Trommelfells, bei zwei Aerzten, die sich einschleusen liessen, und bei zwei Arbeitern Trommelhöhlenblutungen constatirt. Eine typische, traumatische Ruptur des Trommelfells kam nicht zur Beobachtung. In den drei schwersten oben citirten Fällen dachte man zunächst an eine doppelseitige Labyrinthblutung; erst als die Erscheinungen auf einem Ohre in kurzer Zeit zurückgingen, musste man annehmen, dass es allerdings in einem Labyrinth zur Blutung und Zerstörung der Gebilde gekommen sei, während in dem anderen Labyrinth die lang andauernde Stase Transsudation mit secundärer Drucksteigerung bedingte, so dass die Symptome einer Labyrinthaffection vorlagen, jedoch zurückgingen, wie ein Ausgleich der secundären Drucksteigerung eintrat.

Zur Stütze dieser Ausführungen verweist der Vortragende einerseits auf die klinischen Befunde, andererseits auf Thierversuche, welche in einer zu diesem Zwecke construirten Druckkammer ausgeführt wurden. Man beobachtete an Thieren: Ecchymosen des Trommelfells und Blutungen in die Trommelhöhle, bezw. Bulla (Befund Prof. Gruber). Von den gewonnenen Labyrinthpräparaten demonstirt der Vortragende mehrere, an denen die Gefässe stark erweitert, stellenweise auf das Doppelte verbreitert und strotzend mit Blutkörperchen gefüllt sind (insbesonders im Modiolus der Schnecke).

Alt bespricht hierauf, warum die schweren Affectionen nicht im Caisson selbst, sondern erst einige Zeit nach dem Verlassen desselben auftreten und führt diesen Umstand auf Blutdruckschwankungen zurück, deren Curven er demonstirt. Für die besprochenen Fälle will der Vortragende nur rein mechanische Momente, wie sie durch die Druckdifferenz im Mittelohre und im umgebenden Raume bedingt sind, als Ursache gelten lassen, und würde den Einwand, dass es sich um centrale Störungen handelt, mit dem negativen Nervenbefunde widerlegen. Schliesslich unterzieht er die Gasblasentheorie einer kurzen Besprechung und verweist auf einen durch Luftembolie veranlassten Todesfall eines Caissonarbeiters mit zahlreichen capillären Hämorrhagien im Gehirn und Rückenmark. Er giebt die Möglichkeit zu, dass durch Gasblasen Labyrinthblutungen entstehen könnten, will aber für die beobachteten Fälle, mit Rücksicht auf die sonst negativen Befunde, nur die mechanische Theorie heranziehen.

7) Docent Dr. Jos. Pollak: Ueber Perichondritis septi nar. serosa.

P. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von sogen. Perichondritis septi nar. ser., der wegen des überaus seltenen Vorkommens der Krankheit bemerkenswerth ist, und der ihm Veranlassung gab, über das Wesen des Processes eine von den Ansichten der anderen Autoren — Jurasz und Fischenich divergente Meinung zu äussern.

Der Fall betraf einen 53jährigen, robusten und gut genährten Mann, der ohne äussere Veranlassung, ohne vorhergegangenes Trauma seit 8 Tagen an completer Verstopfung der Nase und den hierdurch gegebenen Beschwerden, aufgehobene Nasenathmung, Trockenheit des Halses, Klanglosigkeit der Stimme etc. litt. Bei der Untersuchung zeigten sich die äusseren Nasenöffnungen durch 2 blassrothe Tumoren ausgefüllt, die beim ersten Anblick prolabirte Schleimpolypen vortäuschten; auf dem Nasenrücken, und zwar in der Gegend der Articulation von Nasenbein und Cartilago quadrang. befand sich eine haselnussgrosse elastische Geschwulst, die vor einigen Tagen von dem handelnden Arzte seicht eingeschnitten wurde, und aus der sich seither bei Druck eine gelblich-weiße seröse, etwas viscidie Flüssigkeit entleert. Beim Versuche, durch Einführen des kleinen Fingers zwischen Nasenflügel und der vorgewölbten Nasenscheidewand die Grenze der Geschwulst zu bestimmen und deren Consistenz zu prüfen, spritzt seröse Flüssigkeit, wie aus einem Springbrunnen, in grossem Bogen aus dem am Nasenrücken befindlichen Tumor hervor; zugleich ver-

minderte sich die Spannung der Nasenseidewandtumoren, und der Patient konnte momentan doch etwas Luft durch die Nase kriegen. Des anderen Tages waren die Tumoren wieder prall gefüllt, der Einschnitt am Nasenrücken verheilte.

Pollak schlug dem Patienten, da es zweifellos war, dass eine von Jurasz so benannte Perichondritis septi nar. ser. vorlag, vor, einen der Tumoren eröffnen zu lassen, was dieser sofort zugestand.

Nach Cocainisirung der Schleimhaut des linksseitigen Nasenseidewandtumors machte Pollak in denselben mit dem Galvanocauter eine nahezu 1 Ctm. lange Oeffnung, aus der sofort etwa zwei Fingerhut voll seröser Flüssigkeit sich entleerte; durch Druck auf die rechte Nasenseite und den auf dem Nasenrücken befindlichen Tumor konnte nochmals eben so viel entleert werden. War schon dadurch nahezu erwiesen, dass eine Communication zwischen rechts- und linksseitigem Tumor bestand, so ergab die Sondeuntersuchung darüber volle Gewissheit, indem sich der Knorpel spaltförmig durchbrochen zeigte. Die Nachbehandlung bestand darin, dass P. Wattetampons, die mit 10proc. Burow'scher Lösung getrennt waren, in die Nase einführen liess. Nach 10 Tagen war vollständige Heilung eingetreten, die Nase durchgängig, nur blieb jene typische, allen sogen. Perichondritiden (Phlegmone, Abscessus septi nar.) eigenthümliche Einsenkung des Nasenrückens zurück, die der Pat. selbst in seiner drastischen Weise bezeichnete, „statt seiner bisherigen „römischen Nase“ habe er nur eine „böhmische“. Auf die Epikrise des Falles übergehend, kann sich Pollak der Auffassung von Jurasz nicht anschliessen, der mit Bezug auf die scheinbare Analogie der beschriebenen Erkrankung mit der Perichondritis serosa der Chirurgen (Ollier), die an der Diaphyse der langen Röhrenknochen bei jugendlichen Individuen vorzukommen pflegt, der Krankheit den nunmehr gebräuchlichen Namen gab; viel plausibler erscheint ihm die Ansicht Velpeau's, der höchst wahrscheinlich denselben typisch verlaufenden Krankheitsprocess von Jurasz gesehen und als Cystenbildung in der Nasenseidewand beschrieben hat. Fischenich gesteht, eine genügende Erklärung über das Zustandekommen der ser. Perichondritis überhaupt nicht geben zu können. Pollak glaubt nun, dass sowohl bei der Perichondritis septi nar. serosa, als auch beim Hämatom und der sogen. Perichondritis idiopathica ac. der Nasenseidewand nur eine primäre Erkrankung der Cartilago quadrangularis handelt, die analog derjenigen ist, wie sie am Ohrknorpel von Parreidt, L. Meyer, Gudden und Pollak beschrieben wurde, und die das prädisponirende Moment für das Zustandekommen des Othämatoms abgiebt, nämlich: Degeneration des Knorpels, Erweichung und Spaltbildung, Bildung von Höhlen mit sulzigem, homogenem Inhalte, Gefässwucherung und Gefässneubildung. Je nach der Art der auf einem solchen degenerirten Knorpel einwirkenden Schädlichkeit liessen sich auch die verschiedenen Formen der Nasenseidewandgeschwülste erklären: das Hämatom durch ein Trauma, die sogen. idiopath. Perichondritis acuta, wie schon Kuttner richtig bemerkt, durch Immigration pyogener Mikroorganismen, die Perichondritis serosa durch Durchbruch der mit Serum gefüllten Höhlen gegen die Perichondrien. Auf diese, minder gezwungene Weise wäre auch der Un-

stand erklärlich, dass in all' den erwähnten Fällen die Erkrankung immer auf beiden Seiten des Nasenscheidewandknorpels auftritt.

8) Docent Dr. Gomperz: Ueber eine typische Veränderung der Trommelfellspannung bei ventilartig wirkenden Tubenverschlüssen.

Gomperz macht auf die Vorwölbungen des hinteren oberen Quadranten aufmerksam, welche ab und zu bei sonst normalem Trommelfellbefund und intactem Paukenhöhlenapparat zur Beobachtung kommen.

Die Patienten, welche diese Anomalie aufweisen, kommen zumeist wegen geringfügiger Beschwerden, die in einem Gefühl von Druck oder Spannung, leichten subjectiven Geräuschen, ab und zu auch in Schwerhörigkeit bestehen, zur Beobachtung.

Das Bild ist stets ein sehr auffallendes: Die Farbe des Trommelfelles ist die normale perlgraue, der Lichtreflex sitzt an normaler Stelle, die Wölbung in den drei übrigen Quadranten ist wenig verändert. Im hinteren oberen Quadranten imponirt aber die blasenartige Hervorwölbung, die sich gegen den Hammer zu scharf gegen die übrigen Trommelfellparthien allmählig absetzt. An der Peripherie, gegen den Rand des Gehörganges zieht sich regelmässig ein langgestreckter Lichtreflex hin. Das Hörvermögen war wenig tangirt und hat Gomperz Fälle gesehen, wo dasselbe dabei vollständig normal war.

Charakteristisch ist das Verhalten beim Versuch mit dem Siegleschen Trichter. Die betreffende Parthie folgt prompt den Verdichtungen und Verdünnungen der Luft im äusseren Gehörgange, schnell aber danach, auch wenn man mit einer Luftverdichtung abschliesst, sofort in die alte, vorgebauchte Stellung zurück. Bei Berührung mit der Sonde ist es, als ob man in einen Luftpolster hineindrückte; Schluckbewegungen bei verstopfter Nase lassen den convexen Stand dieses Quadranten vollständig unbeeinflusst. In einem seiner Fälle hat G. die multiple Paracentese versucht. Nach derselben blieb die Stellung des h. v. Quadranten zwei Tage normal, worauf der alte Status zurückkehrte.

Erst die Miteinbeziehung der Verhältnisse im Nasenrachenraum lehrten G., dass dieses Trommelfellbild mit Veränderungen der Durchgängigkeit der Eustachi'schen Röhre zusammenhängt. Solche Patienten geben an, dass sie auch bei den vorsichtigsten Schnaubbewegungen das Anschlagen der Luft an's Trommelfell verspüren.

Es kann also für das Eindringen derselben in die Paukenhöhle ein Hinderniss nicht bestehen, wohl aber für das Zurückströmen. In den Fällen, wo die Untersuchung des Nasenrachenraumes vorgenommen wurde, fanden sich catarrhalische Entzündungen desselben, Hypertrophien der Mucosa, Polypen und Nebenhöhleneiterungen.

Ob in diesen Fällen geschwellte Bodenfallen der Tuba wie Klappen wirken, welche das Einströmen der Luft ermöglichen, das Ausströmen verhindern, oder ob zähe Schleimpartikel in der engen Tubenlichtung wie einseitig wirkende Ventile sich geltend machen, möchte G. noch nicht entscheiden; hervorheben muss er aber, dass er im Stande war, diese lästige Abnormität theils durch die blosse Behandlung der Nasen-

rachenaffecton, theils in Verbindung mit Catheterismus und Bougirung zu beseitigen.

9) Docent Dr. Gomperz: Erfahrungen über die Verschlussbarkeit alter Trommelfelllücken.

Gomperz hat die Ergebnisse Okuneff's einer Nachprüfung unterzogen und bei einer Anzahl obsoletter Trommelfellperforationen die Aetzung der Ränder mittelst Trichloressigsäure versucht. Die Resultate waren sehr befriedigend, indem von zehn Fällen bei vieren schon nach wenigen Aetzungen die Lücken vernarbt, darunter eine, welche die ganze untere Trommelfelhälfte bis an die Peripherie einnahm, während sie sich in den übrigen sechs sehr bedeutend verkleinerten; Gomperz geht derart vor, dass er nach Anästhesirung mit 10proc. Cocainlösung die Aetzung mit einer dünnen Sonde ausführt, um deren Spitze einige Wattefäden gedreht und in zerflossener Trichloressigsäure getränkt werden.

Das Verfahren ist sehr schmerzhaft, wird aber ausgezeichnet vertragen. Selbstverständlich darf es nur dort angewendet werden, wo man sich vorher durch Application eines künstlichen Trommelfelles davon überzeugt hat, dass eine Hörverschlechterung nicht zu erwarten ist. Besonders interessant erscheint G. das Aussehen des Trommelfelles nach der Vernarbung; an Stelle der Perforation hatte sich stets eine graue, derbe, getrübe Membran gebildet, welche ohne deutliche Grenzen in das übrige Trommelfell überging, ein Befund, der für seine schon früher von ihm ausgesprochene Ansicht zeugt, dass sich bei der Vernarbung die Substantia propria auch regenerire.

G. glaubt nicht, dass diese vernarbungsbefördernde Wirkung der Aetzungen der Trichloressigsäure allein zukomme, nimmt vielmehr an, dass noch andere Aetzmittel sich finden dürften, welche die gleiche Wirkung ausüben.

Dass sich sechs Fälle noch nicht als geheilt anführen lassen, hängt auch damit zusammen, dass die Behandlungszeit eine noch zu kurze ist; in den geheilten Fällen hat sich das Gehör wesentlich gebessert, in einem derselben schwanden nach dem Verschlusse quälende subjective Geräusche, die den Patienten seit zwei Jahren belästigten.

10) Dr. Hammerschlag hält seinen angekündigten Vortrag „Ueber Athem- und Pulsationsbewegungen am Trommelfelle.“

Zunächst giebt der Vortragende eine gedrängte Uebersicht über die Litteratur des Gegenstandes, besonders über die einschlägigen Arbeiten Politzer's, Lucae's und Mach's und Kessel's. Hammerschlag stellte seine Untersuchungen mit einem eigens construirten Apparate an, der ähnlich dem seiner Zeit von Mach angegebenen constructirt war. Es stehen dem Vortragenden etwa 30 Beobachtungen an insgesamt 4 jungen ohrgesunden Individuen zu Gebote, die folgende Resultate ergaben:

Das Trommelfell zeigt constante, mit der Systole des Herzens zusammenfallende Bewegungen.

Das Trommelfell bewegte sich ferner bei ruhiger Respiration in allen Fällen während der Inspiration nach aussen, während der Expiration nach innen. Beim ruhigen Athmen durch den Mund sind diese Athembewegungen weniger ausgiebig.



H. gelangt daher zu folgender Schlussfolgerung:

Die Trommelhöhle steht im normalen Zustande mit dem Nasen-Rachenraume in offener Communication.

Der Expirationsluftstrom reisst die Luft aus der Tube und der Trommelhöhle nach dem Principe des aërodynamischen Paradoxons mit, wodurch sich das Trommelfell nach innen bewegt.

Der Inspirationsluftstrom dringt nun in die Trommelhöhle ein und zwar um so leichter, weil dieselbe jetzt einen Ort des geringeren Widerstandes darstellt. Die etwas abweichenden Beobachtungen Politzer's findet H. sehr geeignet, zu weiteren umfangreicheren Untersuchungen anzuregen, wodurch es vielleicht in Zukunft gelingen wird, die noch bestehenden Widersprüche zu beseitigen.

Auf die Pulsbewegungen übergehend, bemerkt H., dass gleiche Beobachtungen bereits von Politzer, Schwartz, Moos, v. Troeltsch u. A. gemacht wurden.

Die Erklärung für die Pulsbewegungen wurde schon von andern Autoren darin gesucht, dass die Trommelhöhle bei jeder Systole ihr Lumen verkleinert, wodurch das Trommelfell nach aussen rückt. Ein neues Argument kann der Vortragende für diese Ansicht, die wohl die richtige ist, nicht beibringen.

11) Schlusswort des Prof. Gruber:

So wäre denn das Programm des I. Oesterreichischen Otologentages erschöpft. Bevor wir indess auseinander gehen, liegt es mir noch ob, allen jenen Herren, welche Vorträge hielten oder Kranke demonstirten, den herzlichsten Dank auszusprechen. Gewiss, sie haben viel Wissenswerthes und Lehrreiches gebracht. Ganz besonders gebührt unser Dank noch jenen Herren, welche von der Ferne kamen, um unserem Otologentage beizuwohnen. Ihnen danken wir ganz besonders und richten noch die Bitte an sie, der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft noch weiters ihr Wohlwollen zu schenken und ihre Bestrebungen zu unterstützen. Und so schliesse ich die Sitzungen des ersten Oesterreichischen Otologentages, indem ich Ihnen ein herzliches Lebewohl und auf freudiges Wiedersehen zurufe.

Mit einem enthusiastischen Hoch auf das Präsidium und den Ausschuss der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft wurden die Sitzungen des Otologentages geschlossen.

Nachmittags 3 Uhr versammelten sich die Theilnehmer am Otologentag in Sacher's Garten im Prater zu einem gemeinsamen Diner, welches in gemüthlichster Weise verlief. Eine Anzahl ernster und launiger Toaste verrieth die herrschende echt collegialische Stimmung, und erst spät Abends trennte man sich mit dem allseitigen Wunsche: Auf freudiges Wiedersehen beim II. Oesterreichischen Otologentage! Die beim Diner versammelten Collegen richteten auf Anregung Prof. Gruber's an Herrn Dr. Zaufal in Prag, welcher sowohl die Gründung der Oest. otol. Gesellschaft als auch das Zustandekommen des Otologentages eifrigst förderte, aber durch Krankheit persönlich, wie er es vorhatte, zu erscheinen verhindert war, ein Begrüssungstelegramm, in welchem sie ihrer collegialen Verehrung und dem Wunsche auf baldige Genesung Ausdruck gaben.

## Untersuchung über die Luftbewegung in der Nase während des Athmens.

Von

Dr. Fritz Danziger, Beuthen O.-S.

Die Einteilung der Nasenhöhle in eine regio respiratoria und eine regio olfactoria rührt von der Annahme her, dass der Weg, den die Luft bei der Respiration durch die Nase nimmt, stets derselbe ist, sodass nur ein bestimmter Theil mit der durchstreichenden Luftsäule in Berührung kommt. Autoren, wie Fränkel, Braune und Clasen etc. haben angenommen, dass der Raum zwischen Septum und unterer Muschel der Respiration dient, dass er allein bei der In- und Expiration in Frage kommt. In den neueren, auf practische Versuche gestützten Arbeiten von Paulsen, Kayser und Franke wird dagegen fast übereinstimmend nachgewiesen, dass der Inspirationsstrom einen von obiger Ansicht abweichenden Verlauf nimmt. Paulsen glaubt, dass die Luft nur dem Nasenrücken entlang nach aufwärts, dann im Bogen zur Choane abwärts geht, und dass bei der In- und Expiration kein Unterschied besteht; auch Kayser beschreibt einen bogenförmigen Verlauf. Franke sieht bei ruhiger Inspiration einen fingerbreiten Rauchstreifen von dem Nasenrücken bis zum Nasendach aufsteigen, und im Bogen nach abwärts zur Choane hinziehen, während die Luft am Nasenboden fast unbeweglich ist. Bei der natürlichen Nase streicht der Strom über die beiden oberen Muscheln und zum Theil durch den mittleren Nasengang, während die ganze untere Muschel, mit Ausnahme eines hinteren Stückchens, sowie der untere Nasengang ganz ausserhalb dieser Strömung liegt. Jedoch entsteht unterhalb des concaven Bogens der Stromrichtung ein schwacher Wirbel, welcher sich von dem Hauptstrom abzweigt und in der Richtung von oben nach hinten und unten dreht. Bei kräftiger Inspiration sieht man dieselbe Stromrichtung. Jedoch hat der Strom ein grösseres Bestreben sich mehr am Nasendach zu halten. Unterhalb dieses Bogens, also zwischen diesem und dem concaven Nasenboden, entsteht ein grosser, sich sehr schnell drehender Wirbel. Bei der Expiration findet mit geringem Unterschied dieselbe Luftbewegung in umgekehrter Richtung statt. Ein Unterschied zwischen dem Inspirations- und Expirationsstrom ist der, dass der Hauptstrom bei der Inspiration steiler und geknickter ist, weil er sich von dem wagerechten Nasenloch direkt gegen das Nasendach bewegt und von dort durch die obere Muschel stark abgelenkt wird, während der Expirationsstrom hinten vom Nasenrachenraum in einem flachen Bogen gegen den Nasenrücken streicht.

Versuche, die ich machte, um diese Resultate in der Praxis zu verwerthen und auf Grund derselben bei behinderter Nasenathmung das operative Verfahren zu bestimmen, hatten nicht den Erfolg, welchen ich mir versprach, sodass ich selbst an Modellen, in der von Franke angewendeten Art — ohne auf die Nebenhöhlen Rücksicht zu nehmen, — den Luftweg studirte. Meine Experimente führten mich zu dem Schluss und der Behauptung, dass der Bau der Nase und des Rachens den Luftstrom beeinflusst, dass also der Weg bei jedem In-

dividuum ein anderer ist und nur gewisse Typen aufgestellt werden können; natürlich hat die Art des Naseneinganges nur auf die Inspiration einen Einfluss, während die Rachenverhältnisse nur bei der Expiration für die Richtung des Luftstromes von Bedeutung sind.

Bei der Inspiration habe ich hauptsächlich 3 Typen unterschieden, zwischen welchen selbstverständlich alle anderen variiren. Steht die Nasenspitze horizontal, bildet also das Septum mit der Oberlippe einen rechten Winkel, dann entsteht ungefähr die Bewegung, welche Franke beschreibt, der Luftstrom steigt bogenförmig dem Nasenrücken entlang auf, berührt die mittlere Muschel, um über das Ende der unteren Muschel in den Rachen zu gelangen; unterhalb des Stromes, in dem Raume zwischen unterer Muschel und Septum entstand eine ungeordnete Bewegung, — ich konnte sie wenigstens nicht als Wirbelbewegung mit bestimmter Richtung unterscheiden.

Bildet das Septum mit der Oberlippe einen spitzen Winkel, dann geht der Strom dicht am Nasenrücken und Nasendach entlang, um bogenförmig in die Choane zu strömen, dann kommt die mittlere Muschel und der oberste Nasengang mit dem Strom in Berührung, der Bogen ist also steiler als im ersten Falle.

Ein drittes Resultat erhielt ich endlich, wenn der Winkel, welchen das Septum mit der Oberlippe bildet, ein stumpfer war; das Bild zeigte sich um so deutlicher, je grösser der Winkel war. Der Hauptstrom bewegt sich in dem Raume zwischen Septum, unterem Nasenboden und unterer Muschel, und zwischen Septum und unterer Muschel, während über diesem Raume eine Bewegung entsteht, welche der im ersten Falle erwähnten Bewegung im unteren Nasengange entspricht. Der Weg würde ungefähr demjenigen gleichen, welchen die zuerst genannten Autoren annahmen. Eins konnte ich nie beobachten, dass nämlich der Luftstrom auch die oberste Muschel bestrich.

Die Resultate der Expirationsversuche ergaben ungefähr denselben Weg für den Luftstrom, welchen Franke angegeben hat. Man muss bei den Versuchen berücksichtigen, dass der Weg der Luft durch die Epiglottis gegen die hintere Rachenwand geleitet wird und von hier aus durch die Choanen in die Nase gelangt. Je kleiner der Durchmesser des Rachens — vom Septum zur hinteren Wand — ist, desto steiler ist natürlich der Bogen, den der Strom in der Nase beschreibt, während im entgegengesetzten Falle ein flacher Bogen entsteht, um so flacher, je grösser der Durchmesser ist; dabei konnte ich nicht beobachten, dass der Expirationsstrom durch den unteren Nasengang verläuft, dagegen durch den Raum zwischen unterer Muschel und dem Septum, wenn ich einen sehr grossen Rachenraum construirte. Modificationen der Stärke der Luftbewegung oder der Art derselben, wie kleinere Unterbrechungen etc., übten keinen Einfluss auf den Strom aus.

Die Versuche haben ergeben, dass der Luftstrom sowohl bei der In- wie Expiration vom Bau des Organs abhängt, dass er aber doch nur einen bestimmten Theil der Nase berührt, so dass ich an der alten Eintheilung des Organs in eine *Regio respiratoria* und *olfactoria* festhalten

zu müssen glaube. Ich kann daher Franke nicht beistimmen, welcher sagt: „Es ist vom physiologischen Standpunkt aus durchaus unrichtig, eine regio respiratoria und olfactoria zu unterscheiden; denn die olfactoria ist die eigentliche respiratoria. Dadurch, dass der Hauptstrom der Inspirationsluft über das Gebiet des Nervus olfactorius streicht, erfüllt die Nase ihren Zweck als Riechorgan. Die terrassenförmig übereinander hängenden Muscheln und der besondere anatomische Bau der Nase, welcher die Wirbelbewegung ermöglicht und die bei der In- und Expiration entgegengesetzte Wirbeldrehung dienen ebenfalls dazu, die Luft recht intensiv und umfangreich mit der Olfactoriusausbreitung in Berührung zu bringen.“ Es ist nicht richtig, dass der Luftstrom über das Gebiet des Nervus olfactorius streichen muss, damit die Nase ihren Zweck als Riechorgan erfüllt. Dagegen würde schon die Thatsache sprechen, dass bei Durchspülungen der Nase mit duftenden Stoffen, welche in indifferenten Lösungen vertheilt sind, Geruch erregt wird, trotzdem die Flüssigkeit nur den unteren und mittleren Nasengang entlang läuft. Das Ausbreitungsvermögen der duftenden Substanzen ist so gross, dass während des Durchstreichens der Luft durch den mittleren und unteren Theil des Organs die obere Luftsäule so mit den riechenden Substanzen gesättigt wird, dass eine Erregung des Olfactorius entsteht. Die stärkere Geruchsempfindung bei tiefen Athemzügen erklärt sich leicht durch den Umstand, dass bei grösserer Luftzufuhr grössere Mengen der Substanz in die Nase gelangen und der oberen, den Nerven umgebenden Luftschicht zugeführt werden. Die Erfahrung zeigt auch, dass langsame tiefe Athemzüge gemacht werden, um Gerüche möglichst zur Perception zu bringen; das eine Epitheton lehrt, dass durch den länger dauernden Aufenthalt der Luft in der Nase die Substanz sich möglichst vollständig ausbreitet; durch tiefe Athemzüge soll eine möglichst grosse Menge des Stoffes zugeführt werden, das soll das zweite beweisen. Würde in der That der Geruch dadurch zu Stande kommen, dass die Luft mit der in ihr enthaltenen Substanz den Nerven berührt, so müssten schnelle Athemzüge gemacht werden, um den Nerven möglichst zu erregen, was nicht geschieht.

Schliesslich glaube ich, dass ein so feines Organ, wie der Geruchsnerv, mit seinen feinen Ausbreitungen schnell der Zerstörung anheimfallen würde, wenn er stets mit der Luft und den in ihr enthaltenen Schädlichkeiten in Berührung käme und dadurch den Temperatureinflüssen ausgesetzt würde.

Es wäre auch nicht verständlich, warum nur der eine Theil des Organs beiden Zwecken dienen soll, einerseits zur Perception des Geruches, andererseits um dem Körper eine entsprechend vorbereitete Luft zuzuführen, wodurch der andere Theil des Organs mit seinen blutreichen Theilen überflüssig erscheinen würde.

#### Litteratur:

- 1) Fränkel: Ziemssen's Handbuch IV, 1.
- 2) Braune et Clasen: Zeitschrift für Anatomie II.
- 3) Paulsen: Sitzungsbericht der Wiener Academie, Bd. 85.
- 4) Kayser: Zeitschrift für Ohrenheilkunde XX.
- 5) Franke: Archiv für Laryngologie I, 2.

## II. Referate.

### a) Pharyngo-laryngologische:

**Zwei Fälle von Lymphadenom der Mandel.** (Deux cas de lymphadénome de l'amygdale.) Von Dr. A. Cartaz. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1895 und Revue de laryngol. 1895, No. 12.)

Sehr seltene Fälle. Verf. giebt zwei solche Krankengeschichten. Beginnt meist an der linken Mandel, ohne dass man den Grund hierzu finden kann; bleibt nie einseitig, sondern ergreift bald die andere Mandel, zum Unterschiede vom Sarcom. Die Mandeln sind den einfachen hypertrophischen Mandeln ähnlich, nur ist die Mucosa blasser: diese Blässe ist im ganzen Munde und Pharynx sichtbar und scheint mit dem cachectischen Zustande zusammenhängen. Characteristisch ist die Schlaflosigkeit der Patienten, welche dem Arsenikgebrauch nicht zuzuschreiben ist. Arsenik hat sich dabei noch am meisten bewährt. Die Radicaloperation ist nicht anzurathen, weil die Krankheit eine allgemeine ist. Palliativ kann selbe nöthig werden, der Verlauf ist dann aber ungünstiger und rascher. Dr. P. K.

**Mandelstein; ausserordentlicher Fall mit Demonstration.** (Amygdalolithé; cas extraordinaire et présentation de la pièce.) Von Dr. W. Butler. (Medical News und Revue de laryngologie 1895, No. 15.)

Man glaubte mit einem Abscess zu thun zu haben und machte einen Einschnitt. Das Messer stiess auf einen Mandelstein, welcher 15 Mmtr. lang, 22 Mmtr. breit und 18 Mmtr. dick war.

Dr. P. K.

**Ueber die Wirkung der Schilddrüsenernährung auf das Wachstum.** (De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance.) Von Dr. E. Herthoghe. (Bulletin de l'académie royale de Belgique, Tom IX, No. 9.)

Beim Studium der therapeutischen Wirkung des Schilddrüsen-saftes bei Kindern mit angeborenem oder erworbenem Myxödem war Verf. erstaunt, dass das selbst lange stillgestandene Wachstum wieder von Frischem begann; dieses Wachsen ging gleichen Schritt mit der Heilung des Myxödems. Verf. theilt seine Schrift in zwei Abtheilungen ein. Im ersten Theile behandelt er die Einwirkung des Thyroidins auf das Wachstum bei wirklich myxomatösen Kindern. Er zeigt an neun ganz genau beschriebenen Fällen, deren Krankengeschichten und gut ausgeführte Photographien er beilegt, diese offenbare Wirkung und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Wirkung war in allen Fällen offenbar, alle neun Patienten fingen an zu wachsen, trotz des vorge-rückten Alters (6, 14, 18 und 27 Jahre). Sie wurden intelligenter, was man besonders beim Vergleichen der zwei Photographien eines Jeden sieht. Bei Allen nahm das Körpergewicht ab, um nachher wieder gleichen Schrittes mit dem Wachstum zuzunehmen. In keinem Falle hat die Behandlung unangenehme Nebenwirkungen gehabt.

Im zweiten Theile seiner Arbeit giebt Verf. seine Beobachtungen bei im Wachstum zurückgebliebenen, nicht myxomatösen Kindern;

es sind sechs Beobachtungen, bei welchen ein Mal Albuminurie, zwei Mal Rhachitismus, ein Mal zu früh eingetretene Menstruation, ein Mal congenitale Schwäche als Complicationen bestanden. Verf. kommt am Schlusse dieses zweiten Theiles zu folgenden Schlussfolgerungen: Alle sechs Kinder begannen während der Behandlung zu wachsen, die Einen rascher als die Anderen; in anderen, später beobachteten Fällen wurde dasselbe Princip beobachtet; wenn das Aufhören des Wachsens Folge des zerstörten Centralnervensystems war, so half die Behandlung nicht.

Es ist also bewiesen, dass das Aufhören oder das Verlangsamten des Wachsthums bei angeborenem und erworbenem Myxödem selbst in vorgeschrittenem Alter durch Thyroidinbehandlung gebessert werden können; ferner, dass bei chronischer Albuminurie, bei zu frühzeitig eingetretener Menstruation, bei Rhachitis ohne Myxödem das Wachsthum gebessert werden kann; ferner, dass die Rolle der Glandula thyroidea viel ausgedehnter ist, als allgemein angenommen wird. Wenn man auch nicht behaupten kann, dass dieses Organ allein der Entwicklung des menschlichen Wesens vorsteht, physisch sowohl als intellectuell, so muss man doch annehmen, dass ohne sein Bestehen oder bei seiner Erkrankung dieses physische und intellectuelle Wesen bedeutend leidet.

Dr. P. K.

---

**Sarcom mit spindelförmigen Zellen unter den Stimmbändern; totale Extirpation mittelst Thyrotomie.** (Cas de sarcome à cellules fusiformes en dehors de la corde vocale; extirpation complète par thyrotomie.) Von Dr. Birkett. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie 1895, No. 15.)

Eine im neunten Monate zum ersten Male schwangere Frau zeigte ein rasch entstandenes tracheales Sarcom; wegen Erstickungsgefahr musste die Tracheotomie ausgeführt werden. Erleichterung. Einleitung der Geburt, welche normal von Statten ging. Auffallende Verkleinerung der Geschwulst, nachdem die Schwangerschaft aufgehört hatte. Nach drei Wochen Entfernung des Neoplasma mittelst Thyrotomie, Brennen der Insertionsstelle mittelst Chromsäure und Tamponade mittelst Jodoformgaze. Heilung nach neun Tagen. Nach zwei Jahren noch kein Recidiv, was ein seltener Fall ist.

Dr. P. K.

---

**Fall, in welchem ein Fibropapillom des Larynx wegen seiner Grösse und Härte einen Einschnitt in das entgegengesetzte Stimmband hervorbrachte.** (Cas dans lequel un fibropapillome du larynx très gros et dur a ameulé l'échancrure de la corde vocale opposée.) Von Dr. Semon. (Société laryngologique de Londres, Séance du 10 Avril 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 15.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

---

**Adenom des rechten Stimmbandes.** (Un cas d'adénome de la corde vocale droite.) Von Dr. Corradi. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 16.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

**Studie über die Aphasie bei Leuten, welche mehrere Sprachen kennen.** (Étude sur l'aphasie chez les polyglottes.) Von Dr. A. Pitrea. (Revue de médecine und Semaine médicale 1895, No. 62.)

Die Erfahrung lehrt, dass bei solchen Patienten die eingetretene Aphasie nicht auf jede von ihnen gekannte Sprache gleichmässig wirkt. Verf. hat sieben solche Patienten, welche in Folge eines apoplectischen Insultes aphasisch geworden waren, beobachtet. Die Heilung, wenn sie bei solchen Leuten eintritt, schreitet systematisch progressiv fort. Der regelrechte Gebrauch eines Dialectes, eines Idioms, stellt sich früher als bei den anderen ein; gewöhnlich tritt der Gebrauch der Muttersprache zuerst wieder ein. Dieser sich wiederherstellende Gebrauch tritt in zwei Phasen ein: Zuerst versteht Patient die betreffende Sprache, wenn er selbe hört, kann selbe aber nicht aussprechen; im zweiten Absatz aber lernt er, spontan sich derselben zu bedienen. In manchen Fällen bleibt es dabei und Patient erlernt nur mehr die Muttersprache, an welche er am meisten gewöhnt war; andere Male kommt er so weit, dass er andere Sprachen versteht, aber nicht mehr sprechen lernt. Es versteht sich von selbst, dass das die Wiedererlangung der verschiedenen Sprachen bedingende corticale Centrum nicht zerstört, sondern nur erschüttert war. Diese zeitweilige Inertie dieser Centren erklärt hinlänglich die „Seriation“ der Phänomene, welche er bei Aphasischen beobachtet hat.

Dr. P. K.

---

**Microbiologie der Angina bei Scharlach.** (Microbiologie de l'angine scarlatineuse.) Von Dr. Lemoine. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 20 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

In 117 Fällen fand Verf. in allen Fällen den Streptococcus, 102 Mal allein, 5 Mal mit dem Löffler'schen Bacillus, 8 Mal mit Staphylococcus und 2 Mal mit Bacterium coli. Das constante Vorhandensein des Streptococcus stimmt mit den Beobachtungen von Würtz und Bourges überein. Der Löffler'sche Bacillus kann also auch eine gewisse Rolle bei Scharlachangina spielen. Die Fälle, wo Colibacillen und Löffler'scher Bacillus vorkamen, waren gleich schwer.

Dr. P. K.

---

**Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus im Nasenschleim bei einem seit 15 Monaten geheilten Kinde.** (Persistance du bacille de Löffler dans le mucus nasal d'un diphtéritique guéri de puis quinze mois.) Von Dr. Le Gendre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 13 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

Während 15 Monaten konnte man den Löffler'schen Bacillus bald virulent, bald nicht virulent nachweisen. Machte man Nasendouchen, so verschwand der Bacillus auf geringe Dauer; hörte man mit den Nasendouchen auf, so wurde das Kind traurig, fiebernd, appetitlos und man konnte dann jedes Mal den Bacillus wieder nachweisen.

Dr. P. K.

**Diphtheritis und Serotherapie.** (Diphtherie et sérothérapie.) Von Dr. H. Monod. (Acad. de médecine de Paris, Séance du 17 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

Bevor man das Roux-Behring'sche Serum anwandte, hatten die 108 über 20000 Einwohner zählenden französischen Städte mit 8150000 Einwohnerzahl durchschnittlich im ersten Jahressemester 2627 Todesfälle an Diphtheritis. Im ersten Semester 1895, das heisst in den ersten sechs Monaten, wo das antidiphtheritische Serum in ganz Frankreich vertheilt wurde, sank die Sterbeziffer bei Diphtheritis auf 904 herab; es starben also 65,6 pCt. weniger.

Dr. P. K.

**Prophylaxis und Behandlung der Bronchopneumonie nach wegen Larynxdiphtheritis ausgeführter Tracheotomie.** (Prophylaxie et traitement de la bronchopneumonie consécutive à la trachéotomie pour diphtherie laryngée.) Von Dr. Moussous und Dr. Rocaz. (Semaine médicale und Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 16.)

Jeder Fall muss isolirt werden, wenige Tage in demselben Zimmer bleiben, welches Zimmer nachher desinficirt werden muss. Jeder Pat. muss vor der Canüle eine mit Zimmtessenz getränkte Gazecravatte tragen. Chinin subcutan.

Dr. P. K.

**Behandlung der verschiedenen Krankheiten der Respirationsorgane mittelst der intratrachealen Einspritzungen.** (Traitement de diverses maladies des voies respiratoires par les injections intratrachéales.) Von Dr. Thomas. (Marseille médical und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 20.)

Man soll den Magen der Schwindsüchtigen schonen und zu diesem Zwecke muss man diese Methode soviel als möglich gebrauchen. Die angewandten Medicamente sind Menthol, Guajacol, Jodoform, aufgelöst oder in Suspension in neutralem oder sterilisirtem Olivenöl. Das Einführen einer Canüle mit Hilfe des Laryngoscopes in den Larynx ist leichte Sache. Bei Bronchiectasie und bei Tuberculose sind sie am meisten anzuwenden. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Mentholöl direct in die Trachea gebracht, wirkt gut bei Keuchhusten, bei acuter Bronchitis, bei Emphysem und bei Asthma-Anfällen; 2) die Einspritzungen von Menthol-, Guajacol- und Jodoformöl wirken gut bei Bronchitis chronica, Bronchitis foetida, torpider Lungentuberculose; 3) sie erleichtern wenigstens in späteren Stadien der Lungentuberculose.

Dr. P. K.

**Einfluss des Staubes der Porzellanfabriken auf die Gesundheit der Arbeiter.** (Influence des poussières des fabriques de porcelainen sur la santé des ouvriers.) Von Dr. Lemaistre. (Académie de médecine de Paris, Séance du 23 Avril 1895.)

Auf 35 Beobachtungen gestützt, behauptet Verf., dass nach erreichtem 40. Jahre die Porzellanarbeiter selten tuberculös werden, wohl aber Sclerose der Lungen bekommen, während vor diesem Alter Sclerose selten und Tuberculose häufig ist. Um dieses zu vermeiden, sollen die Locale gross und luftig sein, es sollen nur ganz gesunde Arbeiter angenommen werden.

Dr. P. K.



**Experimentelle Studien über das Corticalcentrum des Larynx.** (*Recherches expérimentales sur le centre cortical du larynx.*) Von Dr. Broeckaert. (Sixième Réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Juni 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 15.)

Verf. kommt am Ende seiner langen Arbeit zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) einseitige Reizung des Krause'schen Centrums mittelst sehr schwachen inducirten Stroms bringt Adduction beider Stimmbänder hervor; 2) die doppelseitige Exstirpation der Krause'schen Centren bringt bei Hunden Verlust des Bellens; aber die Reflexadduction der Stimmbänder bleibt erhalten; das Thier vermag alle Reflexphonationen, deren der neugeborene Hund fähig ist, zu produciren; 3) die Larynxnerven bleiben unversehrt nach dieser doppelseitigen Exstirpation; dies beweist, dass alle Nervenfasern, welche bei der Adduction im Spiele sind, aus dem Medullarcentrum und nicht aus dem Corticalcentrum entstammen. Die Muskeln des Larynx sind microscopisch ebenfalls unversehrt; 4) das Unvermögen zu bellen dauert einige Wochen an; dann lernt das Thier allmählig wieder bellen, auf dieselbe Weise, wie es dasselbe zum ersten Male gelernt hat; 5) wahrscheinlich bildet sich durch eine neue Lehrlingsperiode in der Umgebung ein neues Centrum; dieses neue Centrum gesellt sich zu den anderen Centren, welche in dem complicirten Acte des Bellens einschreiten und dann wird das Bellen möglich.

Dr. P. K.

**Antipyrin bei Ictus laryngeus.** (*De l'emploi de l'antipyrine dans l'ictus laryngé.*) Von Dr. Merklen. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 20 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

Drei Fälle, wo alle anderen Medicamente im Stiche liessen, wurden durch 2 bis 3 Gramm Antipyrin pro die geheilt.

Dr. P. K.

**Ueber Larynxlähmungen bei Typhus.** (*Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde.*) Von Dr. Boulay und Dr. Mendel. (Arch. générales de médecine und Revue de laryngologie 1895, No. 13.)

Im Allgemeinen nimmt man bei Typhus das Oedem, die Geschwüre, die Perichondritis zu leichtsinnig an, um nicht an die Möglichkeit der eigentlichen Lähmungen zu denken. Verf. erinnern daran, dass sie meist während der Genesung eintreten und von vier Arten sein können; Verf. haben 17 solche Fälle beobachtet: 6 Mal Lähmung der Cricoarytenoidei postici; davon wurden 5 operirt, 4 mussten die Canüle behalten; die Stimme war dabei erhalten und die Dyspnoe bildete das hervorragende Symptom. 4 Mal Lähmung der Constrictoren, wovon 2 Fälle heilten; die Stimme war natürlich weggefallen. 5 Mal Lähmung eines Recurrens, wovon 1 Fall heilte. 2 Mal doppelseitige Recurrenslähmung, wovon ein Fall heilte. Die Ursache aller dieser Lähmungen war schwer nachzuweisen. Selten tritt der Tod ein, die Heilung aber ebenso selten. Das Laryngoscop allein giebt die richtige Diagnose. Die schlechteste Prognose hat natürlich die Posticuslähmung; die der Adductoren heilt am leichtesten. Tracheotomie, Electriciren innen und aussen, Strychnineinspritzungen werden mit Erfolg angewandt.

Dr. P. K.

**Beitrag zum Studium der Larynxpapillome beim Kinde.** (Contribution à l'étude des papillomes laryngés chez les enfants.) Von Dr. A. Santucci. (Rev. di Patolog. e Ter delle Mal. della gola und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 16.)

Bei einem 2jährigen Kinde musste man wegen Dyspnoe die Thyreotomie machen, ohne vorher die Diagnose gestellt zu haben. Man fand im Interarytenoidalraum ein gestieltes Papillom, welches man operirte, nachdem beide Schildknorpelplatten auseinander gezogen waren. Dann machte man die tiefe Tracheotomie, vernähte die beiden Schildknorpelhälften und legte einen antiseptischen Verband an. Heilung.

Dr. P. K.

**Ueber primäres Glottisepithelioma und namentlich über das locale recidivirende Epithelioma.** (De l'épithélioma glottique primitif et en particulier de l'épithélioma local récidivant.) Von Dr. M. Donsac. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Verf. unterscheidet, dem Pflasterepithel der Glottis und dem Cylinderepithel der übrigen Larynxschleimhaut entsprechend, ein primäres Glottisepithelioma und ein primäres Larynxepithelioma. Es liegt auf der Hand, dass natürlich normal verschiedene Gewebe auch verschiedenen pathologischen Veränderungen entsprechen müssen. Verf. sucht dieses in einer Reihe von Aufsätzen zu beweisen und kommt am Ende seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) Im Larynx bestehen zwei Formen Epithelioma: a. das ausserhalb der Höhle (extrinsèque) gelegene, auch das chirurgische genannt, b. das innerhalb der Larynxhöhle gelegene (intrinsèque), das, welches die Specialisten gewöhnlich beschreiben; 2) beim innerhalb der Larynxhöhle gelegenen (intrinsèque) unterscheidet man wieder 3 Formen: a. das pflasterdermoide Epithelioma, auch das recidivirende genannt, das submucöse Gewebe bleibt verschont und die Recidive vollzieht sich immer an derselben Stelle; die Exstirpation mittelst der schneidenden Zange bringt immer eine Zeit lang Besserung und man kann diese Operation sehr oft wiederholen; wir haben ein hierher gehörendes Beispiel in einem relativ lange lebenden gekrönten Haupte, an welchem der behandelnde Arzt diese Operation recht oft ausführte. Immer fängt dieses Epithelioma mit Stimmveränderung an, sein Verlauf ist schleichend und langsam, die Cachexie tritt spät ein, die Recidiven treten ein, ohne auf die Nachbargewebe über zu greifen und die verschiedenen zahlreichen Exstirpationen haben nie diese rothen wuchernden Geschwüre mit secundären Herden in der Umgebung zur Folge; das einzige Zeichen der Malignität dieses Epithelioma ist die Gegenwart von kernhaltigen Körperchen. Die Prognose ist schlecht, das Leben dauert relativ lange. b. Das wuchernde locale Carcinom; es bilden sich hier in einer späteren Periode bedeutende Wucherungen, welche Infiltrationen und Verbreitung über den ganzen Pharynx in ihrem Gefolge haben können und dann auch rasch zum Tode führen. c. Das tiefe Carcinom; die Zerstörung geht rasch in die Tiefe; die Cachexie und der Tod treten frühzeitig ein. Es kommt oft gar nicht zur Ganglienschwellung und zu Metastasen.

Dr. P. K.

**Ueber einen Fall von Epiglottiscyste.** (Un cas de kyste de l'épiglotte.) Von Dr. Noquet. (Sixième Réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Juni 1895 und Revue de laryngol. 1895, No. 15.)

Seltene Fälle. Verf. giebt deren Literatur. Hier handelte es sich um einen 13jährigen Knaben, welcher früher immer gesund war und unter den Symptomen einer acuten Pharyngitis erkrankte. Dies führte zur Entdeckung des bei herabgedrückter Zunge leicht sichtbaren, kirschgrossen, gelblich-weissen Tumors. Nach geheilter Pharyngitis zeigte der Tumor gar keine functionellen Symptome. Der Tumor hätte wahrscheinlich noch lange Zeit unbemerkt bestehen können, wenn er nicht zufällig bei der bestehenden Pharyngitis entdeckt worden wäre. Der Vorgang besteht einfach in dem Verstopftsein einer an der vorderen Epiglottisfläche sich befindenden traubenförmigen Drüse. Operation mittelst galvanocaustischem Messer.

Dr. P. K.

## **68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M. 21. bis 26. September 1896.**

Die vereinigten Sectionen für Otologie, Laryngologie und Rhinologie beabsichtigen in gleicher Weise, wie eine Anzahl anderer Sectionen, eine fachwissenschaftliche Ausstellung während der Dauer der Naturforscherversammlung zu veranstalten.

Dieselbe soll neuere Instrumente, Apparate, Präparate und elektrische Einrichtungen umfassen.

Diejenigen Herren Collegen, welche beabsichtigen, diese Ausstellung zu beschicken, werden gebeten, ihre Anmeldungen mit näherer Bezeichnung der Ausstellungsgegenstände an einen der Unterzeichneten bis spätestens 15. August gelangen zu lassen. Weitere Mittheilungen werden den betr. Herren auf ihre Anmeldungen hin zugehen.

Frankfurt a. M. im Juni 1896.

Dr. H. Eulenstein,  
Bleichstrasse 31.

Dr. B. Lachmann,  
neue Mainzerstrasse 76.

### **Personalnachricht.**

Unser geschätzter Mitarbeiter Herr Dr. Georg Liebe in Geithain wurde zum dirigirenden Arzte der von der hanseatischen Invaliditäts-Versicherungs-Anstalt in St. Andreasberg i. Harze errichteten Lungenheil-Anstalt ernannt und wird die Stelle am 1. November d. J. antreten.

### **Berichtigung.**

In der letzten Nummer dieser Monatsschrift soll es S. 268, 2. Zeile von unten, heissen statt „Hypertrophie des ganzen Siebbeines“ „Hypertrophie (s. Atrophie) des ganzen Siebbeines“.

Dr. Bergeat.

---

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. N. Rüdinger, München.  
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).  
Expeditionsbureau: Berlin W. 25, Schöneberger Ufer 28.  
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

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

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

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (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. **Ondel** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schaplinger** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störek** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Well** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

**Dr. Jos. Gruber**

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

**Dr. N. Rüdinger**

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

**Dr. v. Schrötter**

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

---

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3 1/2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

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

---

Jahrg. XXX.

Berlin, August 1896.

No. 8.

---

## I. Originalien.

Aus den Untersuchungen über Erkrankungen bei Caissonarbeitern der III. medicinischen Klinik des Prof. von Schrötter und der Ohrenklinik des Prof. Gruber von den DDr. Heller, Mager, von Schrötter und Alt.

### Ueber apoplectiforme Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern. \*)

Mitgetheilt

von

**Dr. Ferdinand Alt,**

Assistent an Prof. Gruber's Ohrenklinik.

M. H.! In einem entlegenen Theile von Wien, am sogenannten Nussdorfer Spitz, wird gegenwärtig an einem grossen Schleusenwerke gearbeitet, wo die nothwendigen Pfeilerfundirungen durch die Anlage von Caissons ermöglicht werden. Es wurden zahlreiche Caissons,

---

\*) Vortrag, gehalten am Oesterreichischen Otologentage in Wien am 29. Juni 1896.

darunter einige bis 25 Mtr. Tiefe unter dem Wasserspiegel der Donau, gebaut, bei denen ein Ueberdruck von mehr als 2,5 Atmosphären erforderlich ist, um das Wasser zu verdrängen, da für je 1 Mtr. Wassertiefe etwas mehr als 0,1 Atmosphären Druck nothwendig ist.

Schon im December 1894 wurde, gelegentlich eines Besuches der Schleusenbauten durch Herrn Professor von Schrötter der Plan gefaßt, die Gesundheitsverhältnisse der im Caisson verwendeten Arbeiter kennen zu lernen und die auftretenden Krankheitserscheinungen einem eingehenden Studium zu unterziehen. Es wurden Seitens der III. medicinischen Klinik die Herren Doctoren Heller, Mager und v. Schrötter mit dieser Aufgabe betraut. Die Beobachtung der Ohrenerkrankungen blieb der Klinik des Herrn Prof. Jos. Gruber vorbehalten.

Die ärztliche Thätigkeit begann am 1. Februar 1895 und bestand zunächst in einer genauen Untersuchung der gesammten Caissonarbeiterschaft. Da ärztlicher Permanenzdienst bestand, konnte jeder Arbeiter, der Krankheitserscheinungen darbot, sofort untersucht und, wenn die Erscheinungen schwerere waren, sogleich auf die Klinik gebracht werden.

Diese wissenschaftlichen Bestrebungen werden vom hohen k. k. Ministerium des Innern und vom hohen k. k. Ministerium für Cultus und Unterricht in wohlwollendster Weise unterstützt und gefördert.

Die Zahl der von uns beobachteten Ohrenerkrankungen bei Caissonarbeitern ist eine relativ so grosse, dass eine ansführliche Besprechung aller Fälle weit über den Rahmen eines Vortrages hinausgehen würde, so dass ich mir für heute nur die Besprechung der schwersten Fälle, der apoplectiformen Labyrinthkrankungen, vorbehalte.

In der Literatur findet man nur überaus spärliche Angaben über Ohrenerkrankungen, die auf den Einfluss comprimierter Luft zurückgeführt werden, und speciell die Angaben über Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern sind sehr geringe.

Der Aufsatz von Magnus: „Beobachtungen über das Verhalten des Gehörorgans in comprimierter Luft“ (I. Band des Archivs für Ohrenheilkunde) enthält keinen Fall von Labyrinthkrankung. Eckert berichtet von einem 36jährigen Caissonarbeiter, der beim Nachhausekommen nach der Arbeit unter Ohrensausen, Schwindel und Erbrechen links taub wurde. Moos erwähnt einen 26jährigen Mann, welcher unter pneumatischem Luftdruck = 9 Mtr. Wasserdruck mit nur kurzer Unterbrechung 30 Stunden gearbeitet hatte, dem etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde nach dem Austritte aus dem Behälter schwindelig und übel wurde und der später erbrach; gleich damals constatirte der Arzt hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits. Moos sah den Mann nach  $1\frac{1}{2}$  Jahren und stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Doppelseitige Labyrinthblutung.

In Gruber's Lehrbuch finden sich Angaben über einen plötzlich ertaubten Caissonarbeiter, bei welchem Gruber die Diagnose auf beiderseitige traumatische Ruptur des Trommelfells und beiderseitige Labyrinthblutung stellte.

Von den grossen Caissonbauten, die in den letzten Jahren in England und Frankreich ausgeführt wurden, liegen wohl werthvolle Daten über Erkrankungen der Caissonarbeiter vor, allein die Ohrenerkrankungen sind sehr stiefmütterlich behandelt; man findet nur wenige

eingestreute Bemerkungen, die sich auf gewisse subjective Beschwerden Seitens des Gehörorganes beziehen. Einige Beobachtungen über Ohren-erkrankungen liegen vom Russen Chrabrostin vor, doch erwähnt er keinen Fall von Labyrinthaffection. Koch bringt in seiner Arbeit „Ueber die Einwirkung des Tauchens auf das Gehörorgan“ keinen selbst beobachteten Fall von Labyrinthkrankung, citirt jedoch den Aufsatz von Pol „Des effets de l'air comprimé sur les ouvriers travaillant dans les caissons servant de base aux piles du pont du Grand Rhin“, der 6 Fälle von Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern enthält.

Wir hatten Gelegenheit, folgende apoplectiforme Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern zu beobachten, deren Krankengeschichte ich auszugsweise mittheile.

A. W., 23 Jahre, ledig, aus Ungarn, Arbeitsdauer bis zum 18. Juni 1895 ca. 4 Monate. Während seiner Arbeit hatte er noch niemals Beschwerden gehabt. Am 18. Juni verliess er bei vollständigem Wohlbefinden um 2 Uhr Nachts den Caisson (A. D. 2.2). Eine Stunde später traten plötzlich unter dem Gefühle allgemeiner Abgeschlagenheit heftige Schmerzen krampfartiger Natur im Magen auf. Pat. erbrach 3 Mal, es trat Schwindel und absolute Taubheit ein. Die ganzen Symptome folgten einander innerhalb weniger Minuten. Patient wurde hierauf auf die Klinik gebracht. Ohrenbefund: Im Gehörgange beiderseits etwas trockenes Cerumen; nach Entfernung desselben mit der Pincette zeigen sich die Trommelfelle stark eingezogen, oberflächlich getrübt, keine Blutung. Die auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel hört Patient hochgradig verkürzt, kann aber nicht localisiren. Rechts wird die stark angeschlagene C<sub>2</sub>-Stimmgabel sowohl durch Luft- als durch Knochenleitung nur minimale Zeit gehört, links nur vom Knochen verkürzt. In das rechte Ohr geschrienes R. u. U. scheint Patient zu verstehen, links complete Taubheit. Beim Gehversuche ist er nicht im Stande, allein zu gehen, er taumelt hin und her, wie ein Trunkener. Beim Stehen mit geschlossenen Augen starker Schwindel. Das Stehen auf einem Beine unmöglich. Starker Schwindel beim Umkehren. Rauschen und Sausen in beiden Ohren. Befund der inneren Organe normal, Motilität und Sensibilität intact.

20. Juni. Hörvermögen rechts für sehr laute Sprache 30 Ctm., links 0.

Stimmgabel C<sub>2</sub>, C<sub>1</sub> und C hört er rechts vor dem Ohre und vom Warzenfortsatze aus, links werden Stimmgabeln nur vom Knochen verkürzt percipirt.

23. Juni. Hörweite rechts für laute Sprache 1 Mtr., links unverändert. Patient geht besser, doch noch immer schwankend. Weber zum ersten Male nach rechts.

28. Juni. Sprache rechts 6 Mtr., das Rauschen und Sausen hat nachgelassen.

4. Juli. Der Kranke verlässt das Spital und verbleibt weiter in ambulatorischer Behandlung.

J. J., 39 Jahre alt, verheirathet, aus Steiermark, Arbeitsdauer ca. 4 Monate. Nachdem J. bei einem Drucke von 2,2 Atmosphären von 10 bis 2 Uhr Nachts im Caisson gearbeitet hatte, befand er sich wenige

Minuten nach dem Ausschleusen noch ganz wohl, als sich plötzlich heftige Schmerzen auf der Brust und in der Magengegend einstellten und er von Athemnoth befallen wurde. Um 2 Uhr 35 Min. bot Pat. das Bild eines schweren Collapses, ohne Störung des Bewusstseins; der Zustand hielt bis  $\frac{1}{2}$  5 Uhr Morgens an. Er wird auf die Klinik gebracht, klagt über bedeutende Schmerzen in den Ohren und in den Extremitäten, sowie über Herabsetzung seines Hörvermögens.

Ohrenbefund: Trommelfell beiderseits stark retrahirt, links matt, ohne Lichtkegel, rechts livid verfärbt. Weber nach links, Rinne links positiv, rechts werden Stimmgabeln weder vor dem Ohre, noch vom Warzenfortsatze aus percipirt, laute Sprache nicht einmal in unmittelbarer Nähe des rechten Ohres. Links wird die Uhr in 35 Ctm. gehört (normal 4 Mtr.).

30. Juni. Patient vermag bereits aufzustehen und zeigt hierbei ein bedeutendes Schwanken nach rechts. Romberg sehr deutlich ausgesprochen.

3. Juli. Auf eigenes Verlangen aus dem Spital entlassen, verbleibt er in ambulatorischer Behandlung. Hörschärfe und Stimmgabelbefund unverändert.

16. Juli. Uhr links 45 Ctm., rechts 0. Weber nach links, Rinne links positiv, rechts wird C<sub>2</sub> weder vor dem Ohre, noch vom Knochen aus gehört.

4. August. Stimmgabelbefund unverändert, ebenso Hörvermögen rechts, links Uhr 75 Ctm.

C. S., 31 Jahre alt, ledig, aus Württemberg. Sein Gehör war immer sehr gut. Im Jahre 1883 arbeitete er in Zürich in einem Caisson, in einer Tiefe von 16 Mtr., wobei er niemals auch nur die geringsten Beschwerden hatte. Arbeitsdauer vom 4. bis zum 5. Juli. Nach seiner ersten Schicht am 4. Juli, von 6 bis 10 Uhr Abends, erkrankte der Arbeiter auf dem Nachhausewege und liegt uns folgender Bericht der zur ersten Hilfeleistung berufenen Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft (Dr. Schwarz) vor. Der Arzt der Rettungsgesellschaft fand um  $\frac{1}{2}$  1 Uhr Nachts den Arbeiter im Haushore seines Wohnortes liegend vor. Ein Arbeitscollege des S. macht folgende Angaben:

S. ist um 6 Uhr Abends zum ersten Male in den Caisson eingestiegen, arbeitete bis 10 Uhr Abends beim besten Wohlbefinden, wurde beim Schichtwechsel um die bezeichnete Stunde ausgeschleust (Dauer der Ausschleusung 30 Minuten), verblieb bis ca. 11 Uhr Nachts in der Baracke, trat hierauf ohne irgend welche Klagen über eine Störung seines Befindens allein den Heimweg an und wurde von mir gegen  $\frac{1}{2}$  12 Uhr Nachts beim Haushore seiner Wohnung in bewusstlosem Zustande aufgefunden.

S. wurde auf die Klinik gebracht. Gesicht cyanotisch verfärbt, oberflächliche, mühsame Respiration, 30 Athmungen in der Minute, Nasenflügelathmen; diffuse, trockene Rasselgeräusche über den Lungen. Sensorium des Patienten etwas benommen: Nur bei mit äusserst kräftiger Stimme an ihn gerichteten Fragen giebt er durch Zeichen und mit eigenthümlich näseler Stimme zu verstehen, dass er nicht höre, so dass die Exploration seiner Beschwerden nur durch schriftlich an ihn gerichtete Fragen ermöglicht ist. Er klagt über reissende Schmer-

zen in den Ohren und allen Extremitäten. Starkes Schwindelgefühl, das beim Versuche, sich aufzusetzen, zunimmt.

Ohrenbefund: Trommelfell beiderseits stark retrahirt, links livid verfärbt, Hammergefäße sehr stark injicirt, Lichtreflex verzogen, rechts gleichfalls livid verfärbt. Uhr links 0, rechts 1 Ctm. Die Stimmgabeln werden vom Scheitel aus nicht percipirt, C<sub>2</sub> angeblich vor beiden Ohren durch sehr kurze Zeit. Vom Warzenfortsatze aus die Perception beträchtlich verkürzt.

12. Juli. Der Schwindel hat bedeutend abgenommen, so dass Pat. schon das Bett verlassen kann. Das Gehör hat sich rechts so weit gebessert, dass Pat. gewöhnliche Umgangssprache versteht, links hört er angeblich nichts.

13. Juli. Uhr links in contiguo, rechts in 1 Ctm. Weber unbestimmt, C<sub>2</sub> vor beiden Ohren und vom Warzenfortsatze aus, letzteres hochgradig verkürzt, rechts laute Sprache 1 $\frac{1}{4}$  Mtr., links 30 Ctm.

22. Juli. Uhr rechts in 8 Ctm., links in 2 Ctm.

30. Juli. Alle Stimmgabeln werden vor beiden Ohren gehört, links verkürzt, vom Warzenfortsatze aus nach rechts localisirt. Pat. steht vom Bette auf und geht ohne bedeutenden Schwindel herum.

3. August. Aus dem Spitale entlassen.

16. August. Vor seiner Abreise in die Schweiz — Uhr links in 2 Ctm., rechts in 8 Ctm. Weber nach rechts, Rinne rechts positiv, links für C<sub>2</sub>, C<sub>1</sub> und C sowohl vor dem Ohre als vom Warzenfortsatze aus hochgradig verkürzt, C<sub>3</sub> und C<sub>4</sub> wird nicht percipirt.

Zur richtigen Beurtheilung der eben besprochenen Fälle ist die Beantwortung folgender Fragen nothwendig: I. Welche Umstände bedingen die Ohrenerkrankungen bei Caissonarbeitern? II. Welcher Art sind die Ohrenerkrankungen? III. Warum treten die schweren Affectionen, speciell die Labyrinthkrankungen, nicht im Caisson selbst, sondern erst einige Zeit nach dem Verlassen desselben auf?

Nehmen wir an, die Caissonarbeiter betreten einen Raum, in welchem ein Atmosphärenüberdruck von 2,0 Atmosphären herrscht. Um das aerostatische Gleichgewicht für das Gehörorgan aufrecht zu erhalten, ist es nothwendig, dass im Mittelohre derselbe Druck, wie im umgebenden Raume herrscht. Dieser Ausgleich kann nur auf dem Wege der Tuba Eustachii erfolgen. Da die Tuba nicht klaffend ist, ist es nur möglich, durch Schlingbewegungen oder den Valsalva'schen Versuch die comprimirt Luft in das Mittelohr zu treiben. Deshalb machen die Arbeiter im Caisson instinctiv, ohne hierzu aufgefordert zu sein, sehr häufig den Valsalva'schen Versuch. Gelingt es ihnen, auf diese Weise einen Ausgleich des Luftdruckes zu erzielen, so können sie bei vollständigem Wohlbefinden ihre Arbeiten verrichten, gelingt ihnen dies nicht, so bekommen sie oft heftige Schmerzen und Säusen im Ohre, es ist ihnen, als ob man ihnen ein Stück Holz in's Ohr getrieben hätte etc., und sie müssen, wenn sich die Tube für den Valsalva dauernd undurchgängig erweist, häufig den Caisson verlassen. Mitunter kommen die Arbeiter, wie sie sich ausdrücken, mit den Schlingbewegungen und dem Valsalva nicht nach, sie bringen die Pression im Ohre nicht heraus, bleiben, da sich nicht immer Schmerzen ein-



stellen, im Caisson, und nun ist ihr Gehörorgan von schweren Schädigungen bedroht.

Was geschieht, wenn die Tube durch entzündliche Processe, durch Secretansammlung, durch angeborene Verhältnisse undurchgängig ist? Im Gehörgange herrscht ein Druck von 1 + 2 Atmosphären, das sind 3 Atm., im Mittelohre ein Druck von 1 Atm., ja mitunter von weniger als 1 Atm., da ja mit dem Tubenverschlusse gewöhnlich eine Luftverdünnung im Mittelohre einhergeht.

Hierdurch ist ein negativer Druck im Mittelohre bedingt, es wird das Trommelfell nach innen gedrängt, die Blutgefässe finden einen Ort geringeren Widerstandes, sie erweitern sich mächtig, der Abfluss des Blutes ist durch den Druck, unter dem die umgebenden Organe stehen, behindert, es kommt zur Stauungshyperämie des Trommelfells und der Trommelhöhlenauskleidung, die nicht nur während der vier Arbeitsstunden, sondern noch lange darnach anhält. Allein nicht nur im Mittelohre, sondern auch im Labyrinth kommt es zur Stauungshyperämie. Durch die von Politzer und Bezold ausgeführten manometrischen Untersuchungen ist es zweifellos erwiesen, dass bei Verdichtung der Luft in der Trommelhöhle eine Drucksteigerung im Labyrinth (Steigen der Flüssigkeit im Manometerröhrchen, das sich im oberen halbzirkelförmigen Canal befindet, positive Schwankung von  $1\frac{1}{2}$ —3 Mmtr.), bei Verdünnung der Luft in der Trommelhöhle eine Druckverminderung im Labyrinth eintritt. Wenn demnach im Mittelohre ein negativer Druck herrscht, kommt es auch im Labyrinth zu einem negativen Druck und consecutiv unter den obwaltenden Verhältnissen zur Stauungshyperämie, zumal Gefässverbindungen zwischen dem Mittelohre und dem Labyrinth durch die die beiden Abschnitte trennende Knochenwand stattfinden.

Um die eintretenden Erscheinungen klarzulegen, habe ich mit Absicht das extremste Beispiel des absoluten Tubenverschlusses gewählt, es ist jedoch selbstverständlich, dass auch bei geringeren Graden von Tubenundurchgängigkeit analoge Veränderungen eintreten können.

Um mich über das Wesen der Circulationsstörungen genau zu informiren, habe ich die einschlägigen Arbeiten von Cohnheim, Ziegler und Recklinghausen verwerthet.

Wenn eine Stauung sehr hochgradig ist, so dass das in einem Gewebstheile eintretende Blut keinen Abfluss findet, so kann die Circulation in der kleinen Venen und Capillaren und sogar auch in den kleinsten zuführenden Arterien-Aesten in dauernden Stillstand gerathen, und es stellt sich demnach jener Zustand ein, den man als Stase oder Blutstockung bezeichnet. Da von Seiten der Arterien mit jeder Puls-welle neue Blutmassen in den Stauungsbezirk einzudringen suchen, so steigt der Druck in letzterem bis zu der Höhe des Druckes an der Abgangsstelle der nächsten offenen Arterienbahnen und es wird dadurch ein grosser Theil der Blutflüssigkeit aus den Capillaren und Venen ausgepresst. Es kommt jedoch in Folge der Stauungshyperämie nicht nur zur Transsudation, sondern auch zur Blutung, wenn der venöse Abfluss stark behindert ist, wenn der Blutdruck in Capillaren und Venen ansteigt und in Folge anhaltender Stauung die Gefässwände mangelhaft ernährt und durchlässig werden.

Aus diesen Betrachtungen ergibt sich die Beantwortung der II. Frage über die Art der Ohrenerkrankungen bei Caissonarbeitern.

In den leichtesten Fällen haben wir Retraction und mehr oder weniger stark ausgeprägte Injection, bis zur lividen Verfärbung des Trommelfells, als Zeichen des geringeren Druckes und der starken Hyperämie im Mittelohre constatiren können. Schon diese Fälle waren mit Schmerzen im Ohre und mit einer Herabsetzung des Hörvermögens verbunden. Nach einer Luftentreibung fühlten sich die Arbeiter sehr erleichtert, der Zustand ging in wenigen Stunden zurück.

Bei einigen Arbeitern sahen wir Ecchymosen des Trommelfelles, bei zwei Aerzten, die sich einschleusen liessen und bei zwei Caissonarbeitern die ausgesprochenen Symptome der Trommelfellenblutung (Abgang von gestocktem Blute beim Räuspern und Schneuzen durch ca. 12 Stunden). Eine typische traumatische Ruptur des Trommelfells kam nicht zur Beobachtung, immerhin wäre die Entstehung der Ruptur durch comprimirt Luft bei behinderter Wegsamkeit der Tube, bezw. bei pathologisch verändertem Trommelfell möglich. Drei Fälle von acuter eitrigem Mittelohrentzündung, die wir zu sehen Gelegenheit hatten, möchte ich nicht als Folge des erhöhten Luftdruckes, vielmehr als intercurrirende Erkrankungen erwähnen.

Als schwerste Erkrankungen sind die Fälle zu bezeichnen, deren Krankengeschichten ich auszugsweise zur Verlesung brachte. In allen Fällen trat unter dem Bilde des Morbus Ménièrei nahezu complete Taubheit auf, die bei allen drei Kranken auf einem Ohre binnen wenigen Tagen zurückging (ohne dass sich normales Hörvermögen einstellte), während auf dem andern Ohre complete Taubheit dauernd bestehen blieb. Mit Rücksicht auf Anamnese und Status, sowie in Berücksichtigung der vorgekommenen analogen Blutungen in die Trommelföhle war man Anfangs berechtigt, an eine doppelseitige Labyrinthblutung zu denken. Erst als die Erscheinungen auf einem Ohre sich in relativ kurzer Zeit beträchtlich besserten, mussten wir annehmen, dass es nur in einem Labyrinth zur Blutung und Zerstörung der Gebilde gekommen sei, während in dem andern Labyrinth die lang andauernde Hyperämie und Stase Transsudation mit secundärer Drucksteigerung bedingte, so dass die Symptome einer Labyrinthaffection vorlagen, jedoch zurückgingen, wie ein Ausgleich der secundären Drucksteigerung im Labyrinth eintrat.

Hieraus folgt, dass man in derartigen Fällen wohl im Stande ist, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Labyrinthblutung zu stellen, dass jedoch nur der Verlauf die Differentialdiagnose zwischen Blutung und Transsudation mit secundärer Drucksteigerung ermöglicht. Erstere Affection giebt eine absolut ungünstige, letztere eine relativ günstige Prognose.

Diese Ausführungen finden ihre Stütze einerseits in den Befunden, welche die klinische Untersuchung der Patienten ergab, und andererseits in den Präparaten, die wir durch Thierversuche gewannen.

Betreffs der klinischen Befunde verweise ich auf die wiederholt beobachtete Retraction und Injection des Trommelfells, die livide Verfärbung bezw. die Ecchymosen desselben, die Blutungen in die Trommelföhle und die unter dem typischen Bilde des Morbus Ménièrei aufgetretenen Fälle von Verlust des Hörvermögens.

Die pneumatische Kammer, in welcher die Thierversuche ausgeführt werden, stellt einen 2 Mtr. langen cylindrischen Kessel dar, an welchem nebst Manometer, Thermometer und Hygrometer ein Fenster zur Beobachtung der eingeschleusten Thiere angebracht ist. Es sind Drucksteigerungen bis 5 Atm. möglich, die durch Dampfmaschinen angebracht werden. Ein Hahn gestattet momentane Decompression.

Betreffs der Präparate verweisen wir auf wiederholt beobachtete Ecchymosen des Trommelfells, auf zwei typische Fälle von Blutung in die Trommelhöhle bezw. Bulla bei Hunden und citiren hier einen Befund von Herrn Prof. Gruber: Bei Eröffnung der Bulla, wobei die Schleimhaut geschont wird, zeigt sich diese intensiv roth gefärbt, mit deutlich wahrnehmbaren injicirten Gefäßen, welche fast die ganze Schleimhaut in netzförmiger Anordnung durchziehen. Die Maschen des Netzes sind so klein, dass mit freiem Auge kaum ein Unterschied in der Farbe an den einzelnen Theilen wahrnehmbar ist. Bei Besichtigung mit der Lupe zeigt sich dieses Netz sehr deutlich, wobei einzelne Gefäße in ihrem Verlaufe stellenweise wie varicos erweitert erscheinen. Eine gleiche Veränderung bietet die Schleimhaut der Trommelhöhle. Im Trommelhöhlenraum selbst etwas serös-blutiges Extravasat.

Von den Labyrinthpräparaten erlauben wir uns, einige zu demonstrieren. Dieselben stellen Schnitte durch das ganze Gehörorgan dar, sind nach der Katz'schen Methode angefertigt und rühren von Kaninchen her, die in der pneumatischen Kammer bis zu einem Drucke von 3,5 Atm. durch 20 Minuten eingeschleust waren, worauf rasch Decompression ausgeführt wurde. Die Thiere liessen wir noch vier Tage am Leben. Man sieht an den Präparaten die Gefäße stark erweitert, stellenweise auf das Doppelte verbreitert, namentlich in den Knochen, insbesondere im Modiolus der Schnecke. Manche Gefäße sind strotzend mit Blutkörperchen gefüllt und weisen perivascularäre Extravasate auf. Die Nervenfasern selbst sind ganz unverändert, ebenso das Ganglion spirale und der Nervus acusticus im Meatus auditor. internus. Blutung ist nicht nachweisbar.

Es wäre nun noch die III. Frage zu berücksichtigen, warum die schweren Affectionen nicht im Caisson selbst, sondern erst einige Zeit nach dem Verlassen desselben auftreten.

Bei W. traten die Erscheinungen eine Stunde, bei J. 35 Minuten, bei S. 1 $\frac{1}{2}$  Stunden nach dem Verlassen des Caissons auf.

Ueber dieses späte Auftreten der Affectionen geben uns Blutdruckmessungen Aufschluss, die von uns bei Caissonarbeitern zu verschiedenen Zeiten ausgeführt wurden. Wir gestatten uns, einige Blutdruckcurven vorzulegen. Wir fanden, dass der Blutdruck in der Arteria radialis beim Einschleusen absinke, sich dann auf einer niedrigen Stufe während des Aufenthaltes im Caisson befinde, um dann beim Ausschleusen wieder anzusteigen. Meistens übersteigt dann der Blutdruck die Höhe, welche vor dem Einschleusen constatirt werden konnte. Die Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten Punkte des Druckes beträgt im Durchschnitt 40 Mmtr. Die Blutdruckcurven wurden mit dem Sphigmomanometer von Basch ausgeführt.

Es ist klar, dass diese Blutdrucksteigerung als wesentlich unter-

stützendes Moment hinzutritt, um in einem Gefässbezirke, wo die Gefässwände durch anhaltende Stauung und die damit verbundene mangelhafte Ernährung stark gelitten haben, Transsudation oder Blutung zu erzeugen. Deshalb treten die schweren Erscheinungen erst einige Zeit nach dem Verlassen des Caissons auf.

Wir beziehen die vorgekommenen Labyrinthaffectionen bei unseren Caissonarbeitern auf rein mechanische Momente, wie sie durch die Druckdifferenz im Mittelohre und im umgebenden Raume bedingt sind, und würden den Einwand, dass es sich auch um centrale Störungen handeln könnte, damit widerlegen, dass bei den genannten Fällen sonst Seitens keines Hirnnerven Erscheinungen vorlagen, noch auch irgend ein Symptom auf eine Läsion des Gehirns oder Rückenmarkes hinvies.

Allein ein anderer Umstand muss hier erwähnt werden. Gelegentlich eines vorgekommenen Todesfalles durch Luftembolie, sowie durch zahlreiche Thierversuche wurde, wie dies auch schon die französische Schule beschrieben hat, festgestellt, dass (um mir ein einfaches Beispiel zu erlauben) die comprimirte Luft in das Blut durch die Respiration geradeso gelangt, wie die Kohlensäure in das Sodawasser durch die Pumpe gepresst wird.

Während des Aufenthaltes im Caisson befindet sich das Gas im Blute in einem Zustande vollständiger Absorption und wird bei langsamer Decompression ohne jedwede Folgen durch die Athmung wieder abgegeben. Bei rascher Decompression treten aus dem Blute feinste Gasbläschen auf, die sich zu grösseren Blasen vereinigen und in Folge Erhöhung des capillären Widerstandes und durch Embolie zu schweren Läsionen führen können. Man konnte bei dem an Luftembolie verstorbenen Caissonarbeiter (Section Prof. v. Hofmann) zahlreiche capilläre Hämorrhagien im Gehirn und Rückenmark constatiren. Nun könnte man annehmen, dass auch die Blutungen in's Labyrinth durch Gasblasen bedingt sind. Wir ziehen diese Möglichkeit in Erwägung, wollen sie aber für die besprochenen Fälle nicht gelten lassen, da wir erstens mit unserer physicalischen, speciell für das Gehörorgan geltenden Erklärung vollständig ausreichen, und zweitens Luftembolien doch wohl auch an anderen Stellen schwere Läsionen verursacht hätten, was mit Rücksicht auf die genaue Untersuchung ausgeschlossen werden muss.

Das gesammte Material über die bei Caissonarbeitern beobachteten Erkrankungen wird demnächst in unserer ausführlichen Monographie erscheinen, so dass dieser Bericht nur als eine kurze, vorläufige Mittheilung zu betrachten ist.

## Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen phlegmonösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes. (Pharyngitis et laryngitis infectiosa phlegmonosa acuta.)

Von

Dr. Ludwig Przedborski,

Primararzt am Lodzer Israelitischen Krankenhause.

Acute phlegmonöse infectiöse Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes waren schon in den entferntesten Zeiten bekannt, doch zwang der Ausfall der laryngoscopischen Untersuchung, die Diagnose in entsprechenden Fällen ausschliesslich auf relativ sicheren und vermuthlichen Thatsachen zu basiren. Ueber die, in diesen Organen sich abspielenden krankhaften Störungen wurden hauptsächlich auf Grund der einfachen Beobachtung entgeltige Schlüsse gefasst, was selbstverständlich zur Aufklärung des klinischen Bildes nicht viel beitragen konnte. Wenn wir noch heutzutage, trotz vollendeter Ausbildung der laryngoscopischen Technik, kein sicheres und einheitliches Kriterium zur Beurtheilung vieler ähnlicher, jedoch klinisch sehr verschiedener krankhafter Prozesse besitzen, so mussten die zu jener Zeit über die in Rede stehenden krankhaften Zustände herrschenden Ansichten sich durch noch grössere Willkür und Verwirrung auszeichnen. Diese Schattenseiten traten jedoch vorwiegend in den Vordergrund bei der Absicht, die Fälle ätiologisch richtig zu beleuchten. Anders konnten sich ja die Verhältnisse nicht gestalten. Die Bacteriologie, dieses vielversprechende Wunderkind des 19. Jahrhunderts, unseren älteren Vorarbeitern vollständig unbekannt, begann jetzt in den letzten Tagen ihren siegreichen Einzug in das Gebiet der Aetiologie. Ihre werthvollen Eroberungen verbreiten fortwährend intensiveres Licht auf die dunkle Genese vieler menschlichen Leiden, ihre segensreichen Entdeckungen verleihen unseren Begriffen über die Abweichungen des krankhaften Organismus mehr Sicherheit, Klarheit und systematische Auffassungsleichtigkeit. Doch bleibt auch dieser gewaltige Abzweig der medicinischen Kenntniss von manchen Fehlern nicht frei. Vor Allem sei hier erwähnt der wankende, unsichere Character der ihr zu Grunde liegenden Thatsachen. So haben wir nicht selten Gelegenheit, denselben Microorganismen bei verschiedenen krankhaften Störungen zu beobachten, während dagegen im Verlaufe derselben Krankheit manchmal viele, morphologisch nicht identische Microorganismen sich vorfinden. Zwar kommt die Bacteriologie in solchen Fällen selten in Verlegenheit, indem sie auf eine Mischinfection hinweist, oder behauptet, dass einzelne, morphologisch fast identische Microorganismen sich blos durch Abstufungen in der, von verschiedenen Entwicklungsphasen abhängigen Virulenz auszeichnen, doch wird der Sache damit nicht viel geholfen, die sichere Krankheitsquelle bleibt grösstentheils nur vermuthlich annehmbar. Die mehrmals erwiesene Richtigkeit dieser Anschauung bewährt sich auch hinsichtlich der, uns momentan in Anspruch nehmenden Frage. So finden wir denselben Streptococcus pyogenus bei der acuten infectiösen Senator'schen Phlegmone, dem

primären Erysipel des Rachens und Kehlkopfes und bei der Angina lacunaris. Trotz also der genauesten Berücksichtigung des bacteriologischen Befundes, sind wir manchmal gezwungen, in vielen Fällen die Diagnose auf die klinischen Ergebnisse, welche nicht selten ein treues Krankheitsbild liefern, zu stützen. Und wenn in der That die in vielen Richtungen bedeutenden Errungenschaften der Bacteriologie noch bis heutzutage keine rationelle Classification der infectiösen Eiterungen des Rachens und Kehlkopfes gestatten, so bieten dagegen einzelne der erwähnten pathologischen Prozesse ein so vollständiges und klares Bild dar, dass dieselben auch, ungeachtet der mangelhaften bacteriologischen Untersuchung, ein selbstständiges klinisches Dasein sich zu erwerben vermochten. Zu solchen gehören: das acute entzündliche Oedem des Kehlkopfes; die primäre Rose des Rachens und Kehlkopfes und die infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx. Wir können also Moritz Schmidt<sup>1)</sup> vollständig zustimmen, wenn derselbe in seinem Referate über das obengenannte Thema mahnt, nicht viele, wenn auch nahe verwandte Formen hier zu vereinigen, sondern nur die zu berücksichtigen, welche Senator zuerst recht genau beschrieben hat. So hält auch Schmidt für ausgeschlossen von seinem Referate alle secundären Formen, ferner die mit den acuten Eanthen verbundenen, sowie z. B. auch die Tonsillitis phlegmonosa, obgleich diese, streng genommen, zu den acuten infectiösen Formen gehört. Nach Schmidt können wir also das umfangreiche Capitel über die infectiösen Eiterungen des Pharynx und Larynx bis auf drei Krankheitsformen beschränken, und zwar: 1) die Senator'sche infectiöse Entzündung des Rachens und Kehlkopfes; 2) das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx und 3) die Angina Ludovici. Diese Classification scheint vollständig gerechtfertigt zu sein, denn das klinische Bild und der Verlauf dieser Affectionen divergirt wesentlich von den secundären Entzündungen des Kehlkopfes und Rachens, welche wir nicht selten bei infectiösen Krankheiten zu beobachten Gelegenheit haben. Diese ersten und gefährlichen Affectionen wurden in der polnischen Litteratur zuerst von A. Sokolowski besprochen, doch muss ich bemerken, dass S. ursprünglich den Unterschied zwischen dem acuten entzündlichen Oedem und der primären Rose des Kehlkopfes sehr wenig betonte. Das erleuchtet aus seiner Casuistik, die mehrere Fälle von acutem idiopathischem Larynxödem enthält, welche aber, wie S. allein angiebt, von dem von Massei für das primäre Erysipel des Kehlkopfes geschilderten Bilde vollständig divergirt. Schon einige Jahre darauf, und zwar im Jahre 1892, finden wir bei S.<sup>2)</sup> in seiner Arbeit: „Einige Bemerkungen über das primäre Erysipel des Kehlkopfes“ eine grössere Zuneigung für die Massei'schen Ansichten, indem S. zwei Beobachtungen mittheilt, welche er vollständig mit den Fällen von primärer Kehlkopfrosee (Massei) identificirt. Unsere Kenntnisse über die Senator'sche infectiöse Affection des

---

<sup>1)</sup> Intern. Medicin. Congress. Berlin 1890. Stchstes Thema: Acute infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx.

<sup>2)</sup> Bericht der Monatschrift für Ohrenheilkunde 1892, No. 11, S. 326. — Gazeta Lekarska 1892, No. 32. Kilka nwag o roży krtani.

Kehlkopfes und Rachens stellen sich bis heutzutage sehr bescheiden vor. In der mir zugänglichen Literatur konnte ich nur eine sehr unbedeutende Zahl, und in den polnischen Fachblättern eine einzige hier passende Publication von Obtulowicz<sup>3)</sup> auffinden. Trotz der mühevollsten Bestrebungen, die so nahe verwandten Krankheitsformen, wie das acute entzündliche Oedem und das primäre Erysipel des Kehlkopfes, von einander zu trennen, konnten bis heutzutage in dieser Richtung entgeltliche Schlüsse noch nicht gefasst werden. Während einzelne Forscher, wie Massei, sich auf das charakteristische klinische Bild berufend, das primäre Erysipel des Kehlkopfes als selbstständige Krankheitsform sehen möchten, giebt die überwiegende Majorität, sich auf die bacteriologischen Befunde stützend, eine derartige Trennung nicht zu, indem sie für die Identität beider Affectionen plaidirt. Nur in einer Beziehung herrscht in den Anschauungen beider gegnerischen Parteien Einverständniss, dass nämlich die Senatorische acute infectiöse Phlegmone des Pharynx als selbstständiges klinisches Bild zu betrachten ist, wenn auch ihre nahe bacteriologische Verwandtschaft mit den erwähnten pathologischen Processen sich nicht leugnen lässt. In Folge dieser gewaltigen Divergenz in den Ansichten verschiedener Autoren über das Wesen und die ätiologische Beschaffenheit der in Rede stehenden Krankheiten scheint mir eine ausführliche Besprechung derselben vollständig am Platze zu sein.

I. Laryngitis phlegm. submucosa idiopathica, acutes entzündliches Oedem des Kehlkopfes. Diese krankhafte Affection kennzeichnet sich durch seröse, sero-purulente oder rein eitrig Infiltration des submucösen Gewebes der Kehlkopfschleimhaut, in schweren Fällen einhergehend mit stridulöser bis zur Orthopnoe sich steigernder Respiration. Die Beschreibungen der alten Autoren, die ausschliesslich auf den klinischen, während des Lebens beobachteten Symptomen beruhen, lassen nicht mit Sicherheit schliessen, dass dies Leiden ihnen bekannt war. Die Bemerkungen von Hippokrates, Aretacus und Celsus beziehen sich eher auf Diphtheritis des Kehlkopfs, während diejenigen von Caclius Aurelianus speciell auf diese Krankheitsform hinweisen. Erst im Jahre 1765 gab Morgagni<sup>4)</sup> einen genauen Bericht über die Erscheinungen, gestützt auf Sectionsbefunde, und später beschrieben Boerhave<sup>5)</sup> und van Swieten<sup>6)</sup> genau den ödematösen Character der Entzündung, ohne jedoch streng die Laryngitis und Pharyngitis von einander zu unterscheiden. Im Jahre 1801 widmete Bichat<sup>7)</sup> dieser Affection eine detaillirte Arbeit, aus welcher sich erweist, dass er die pathologische Natur derselben nicht verstand, da er von ihr als von einer eigenthümlichen Art seröser Schwellung, die in keinem andern Theil des Körpers vorkommt, spricht. Die verschiedenen Erscheinungen

---

<sup>3)</sup> Ein Beitrag zu Senator's acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx. Przeglad lekarski 1888. Semon's Centralblatt für Laryngol. V. 1888/89, No. 4, S. 212.

<sup>4)</sup> De sedibus et causis morb.

<sup>5)</sup> Aphorismi de cognoscendis. pag. 801. 802.

<sup>6)</sup> Comment in Boerhave.

<sup>7)</sup> Anat. descriptiva, Vol. II. pag. 399.

des entzündlichen Kehlkopfödems wurden zuerst von Bayle<sup>8)</sup> geschildert und kurz danach erschienen zahlreiche Beiträge von grösserer und geringerer Wichtigkeit, speciell in den französischen Zeitschriften, deren wissenschaftliche Verwerthung im Jahre 1852 von Sestier<sup>9)</sup> sehr fleissig unternommen wurde. Die Statistik von Sestier bezieht sich auf 245 Fälle von acutem Larynxödem, exclusive der Fälle von Verbrühung des Kehlkopfes. So werthvoll auch diese Statistik ist, darf indessen nicht vergessen werden, dass ihr mehrere Fehlerquellen nachgesagt werden müssen. Mackenzie<sup>10)</sup> hebt mit Recht hervor den Mangel einer Trennung zwischen den acuten und chronischen Formen des Oedems und die Rubrizirung vieler Fälle, bei denen ein derbes Infiltrat vorlag, unter den Begriff des Oedems. Aus den Sestier'schen Ergebnissen erhellt, dass die Affection vor dem Alter von 18 Jahren selten ist und vorwiegend Personen zwischen 18 und 50 Jahren befällt. Unter 215 Fällen fand Sestier 5 Kinder unter 5 Jahren und 12 Fälle zwischen 5 und 15 Jahren. Hinsichtlich des Geschlechts beobachtete S. unter 187 Erwachsenen 131 Männer und 56 Frauen. Sestier unterscheidet: die typische ödematöse Kehlkopfentzündung, wenn sie im Kehlkopfe ihren Ursprung hat, die continuirliche, wenn sie sich vom Pharynx oder anderen Theilen auf den Larynx ausbreitet und die consecutive, wenn sie als eine Folge von Erkrankung der Knorpel oder anderer Larynxgebilde auftritt.

Die typische ödematöse Kehlkopfentzündung ist nach S. äusserst selten. Sestier's Statistik beweist, dass bei dieser Krankheitsgestalt nur eine leichte Affection der Schleimhaut vorliegt, während das submucöse Zellgewebe nur sehr wenig in Mitleidenschaft gezogen werde, und dass diese einfache Entzündung die Ursache des Oedems in etwas mehr als 6 pCt. all' seiner Fälle war. Mackenzie glaubt, dass in fast allen diesen Fällen sogenannter „einfacher Entzündung“ die Krankheit durch Septicämie veranlasst wird. Mackenzie behauptet: „dass er das Leiden nur bei Hospitalärzten, Studenten der Medicin und Wärtern und in Fällen, wo Defecte der Wasserleitung, Drainage etc. vorhanden waren — kurz in allen Fällen, wo reichliche Gelegenheit zur Acquisition der Septicämie vorlag, gesehen habe“. Bei Kindern ist die acute ödematöse Entzündung eine äusserst seltene. Unter 245 Fällen kam die Krankheit in ihrer primären Form bei Kindern nur zweimal vor. Unter den 15 Fällen von typischer Entzündung des Sestier'schen Kehlkopfes bei Erwachsenen waren 14 Patienten Männer, nur eine Patientin gehörte dem weiblichen Geschlechte an. Selbstverständlich musste die Erfindung des Kehlkopfspiegels eine genauere Erkenntniss des oben genannten Leidens zur Folge haben. Doch waren Ziemssen, Mackenzie, Gougenheim, Semon, Gottstein u. A. die Ersten, welche eine strenge Trennung der primären entzündlichen Kehlkopfödeme von den secundären durchführten. In letzterer Zeit endlich er-

---

<sup>8)</sup> Diction des Sciences Medic., Vol. XVIII, pag. 506.

<sup>9)</sup> Traite de l'angine laryngée oedemateuse, Paris 1852.

<sup>10)</sup> Die Krankheiten des Halses und der Nase von Morell Mackenzie, Erster Band 1880, S. 372 etc.



schiene zwei Monographien von Charazac<sup>11)</sup> und Massei<sup>12)</sup>, welche dieses interessante Thema mit grossem Sachverständniss beleuchten.

In der polnischen medicinischen Presse wurde diese Affection im Jahre 1888 unter dem Titel: „Laryngitis phlegm. submucosa idiopathia“ von Sokolowski<sup>13)</sup> besprochen. Gleich am Anfange seiner Abhandlung hebt S. hervor, dass ihn zur genauen Betrachtung dieser Krankheit folgende Ursachen Veranlassung gaben: 1) das Leiden soll äusserst selten vorkommen. Unter 1556 von S. im Verlaufe von 13 Jahren beobachteten Halskranken sah S. nur einen und im Jahre 1883 drei derartige Fälle, während Chiari unter 2027 Patienten im Laufe von 3 Jahren nur 4 Fälle von acutem entzündlichen Kehlkopfödem beobachtete, und 2) dass diese klinischen Bilder eine hohe practische Bedeutung darbieten, denn die richtige Diagnose und rationelle Therapie sind nicht selten im Stande, sehr stürmischen Erscheinungen vorzubeugen. Sokolowski bespricht dann seine 6 Fälle. Die ersten drei stellen milde Formen vor und beziehen sich auf vollständig gesunde Personen, bei denen unter mässigem Fieber plötzlich Halsschmerzen, Heiserkeit und Dyspnoe sich einstellten, wobei die laryngoscopische Untersuchung eine umschriebene ödematöse Schwellung der Epiglottis, des Lig. aryepiglottici, des Aryknorpels, oder sämtlicher dieser Gebilde entdeckte. In allen diesen Fällen trat nach 10—14 Tagen eine vollständige Genesung ein. Ausser diesen 3 Fällen, die nach S. eine seröse Infiltration des Kehlkopfes darbieten, erwähnt er noch drei andere, welche er als ernstere und schwerere betrachtet, denn die Infiltration zeigte eine sero-purulente Beschaffenheit und zeichnete sich das Leiden durch einen stürmischen Verlauf aus. Die Affection äusserte sich gewaltiger, wurde von Schüttelfrost und hohem Fieber eingeleitet und auch die örtlichen Kehlkopferscheinungen zeigten eine mehr ausgesprochene Entwicklung. In einem Falle entstand die phlegmonöse Entzündung in Folge einer traumatischen Läsion der Kehlkopfschleimhaut. Auch diese Fälle nahmen in kurzer Zeit einen günstigen Verlauf. Sokolowski knüpft an seine Beobachtungen folgende practische Winke:

1) Bei Halsschmerzen ist die Kehlkopfuntersuchung angezeigt, wenn auch objectiv im Pharynx keine pathologischen Veränderungen nachzuweisen sind.

2) In Fällen von acuter phlegm. Entzündung des Kehlkopfes ist eine grössere Rücksicht bezüglich der Auffassung des Falles als Tuberculose, dagegen eine eingehendere Erörterung der Anamnese und genaue Exploration der Lungen angezeigt, um so mehr, als derartige Befunde manchmal auch bei Phthisikern sich geltend machen, was die richtige Erkennung der Affection noch mehr erschwert.

Nach einer ausführlichen Auseinandersetzung seiner 6 Beobachtungen zeichnet S. das klinische Bild, die anatomischen und ätiologischen Befunde des acuten phlegm. Larynxödems, sich vorwiegend auf die sieben

---

<sup>11)</sup> Etude sur l'oedème du larynx (oedème de la glotte), Paris 1885. Bericht in Semon's Centralblatt II. 1885 86. No. 8. S. 351.

<sup>12)</sup> Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes. Berlin 1886. Hirschwald.

<sup>13)</sup> O samodzielnem, głąbokiem obrzękowem zapaleniu krtańi, Gazeta Lekarska 1888, No 20, 21.

von Charazac und Massei angegebenen Arbeiten basierend. Die näheren Details sind im Originalenachzulesen (s. oben). Einige Punkte jedoch aus dieser Arbeit erlaube ich mir etwas näher zu besprechen. Bezüglich der pathologischen Beschaffenheit der von S. geschilderten Fälle, bemerkt Verf. selbst, dass dieselben sehr wenig an das Massei'sche Bild des primären Kehlkopferysipels erinnern, einen milderen Verlauf erwiesen, während die Prognose kein so verhängnisvolles Gepräge, wie bei Massei, der unter 14 Patienten 3 oder, wie bei Charazac, der unter 21 Fällen 8 Todesfälle erlebte, trug. Als ätiologische Krankheitserreger figurirten in den meisten Fällen von S. Ueberanstörungen der Stimme und Temperaturwechsel (Erkältung); Sok. beruft sich in dieser Hinsicht auf Semon und Moure, welche partielle ödematöse Schwellung des Kehlkopfes nach Ueberanstörungen der Stimme wahrnehmen, in einem Falle entstand die acute phlegm. Entzündung nach einer traumatischen Schädigung des Kehlkopfes. Berücksichtigen wir die minimale klinische Aehnlichkeit zwischen den Sokolowski'schen und Massei'schen Fällen, den milderen Verlauf, den wenig ausgesprochenen ominösen Character, die nicht nachgewiesene infectiöse Entstehung und epidemische Entwicklung, was besonders von Massei betont wird, in den Beobachtungen von Sok., so müssen wir zum Schluss gelangen, dass dieselben kaum als identische mit den Fällen von primärem Kehlkopferysipel zu betrachten sind.

Die Einwände, die S. gegen Massei erhebt und die ihren vollen Ausdruck in dem Mangel der bacteriologischen Untersuchungen finden, beziehen sich in gleichem Maasse auf Sok. Dieser Autor verspricht erst in der Zukunft die nöthigen bacteriologischen Beweise zu liefern, und bleibt demzufolge die Frage, ob die von Sok. beschriebenen Fälle zum acuten entzündlichen Oedem oder zum primären Kehlkopferysipel gehören, offen und unbestätigt. Ferner möchte ich noch einen Punkt beleuchten. Sok. gibt an, das acute entzündliche Oedeme des Kehlkopfes eine äusserst seltene Affection bilden, und scheinen die Zahlen, welche er als Beweise anführt, eine genügende Ueberzeugungskraft zu besitzen. Ich glaube jedoch, dass diese Annahme eine richtige Erklärung in der Thatsache findet, dass das acute Oedem des Larynx nicht selten ein so mildes und wenig in Anspruch nehmendes Leiden bildet, dass die Kranken nicht immer für angezeigt halten, sich einer genauen Beobachtung und ärztlichen Kur zu unterziehen.

Für die Richtigkeit dieser Anschauung spricht die Thatsache, dass, seitdem die Frage über das acute entzündliche Oedem des Larynx meine volle und lebhafteste Aufmerksamkeit gewann, ich in verhältnissmässig kurzer Zeit, und zwar im Verlaufe von 5 Monaten, 3 derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte.

1. Beobachtung: Die 33jährige Frau L. erfreut sich eines blühenden Gesundheitszustandes und will nie krank gewesen sein. Nach einem Ball-Abende, auf welchem Patientin ihre Stimme stark anstrengen musste, verspürte dieselbe am nächsten Tage leichte Schüttelfrostanfälle und Schluckweh, hauptsächlich an der linken Kehlkopfhälfte. Bei der am 20. November 1895 vorgenommenen Untersuchung fand ich einen fieberfreien Zustand, die Pharynxschleimhaut bot nichts Abnormes, der linke Aryknorpel erwies sich stark angeschwollen, von grau-

weisslicher Färbung und Wallnussgrösse. Die über eine schöne Sopranstimme verfügende Patientin, klagt über vollständige Unmöglichkeit, einen musikalischen Ton zu erzeugen und über Heiserkeit. Bei strenger Ruhe verschwand die Schwellung des Aryknorpels im Verlaufe einer Woche, doch musste Patientin auf vocale Uebungen noch lange Zeit verzichten. Wie wir aus dieser kurzen Beschreibung sehen, entstand in unserem Falle die umschriebene entzündliche Schwellung des linken Aryknorpels wahrscheinlich in Folge einer Ueberanstrengung der Stimme und Erkältung.

2. Beobachtung: Lucz . . . , 25 Jahre alt, suchte bei mir ärztliche Hilfe am 20. Februar 1896. L. ist vortrefflich entwickelt, soll nie krank gewesen sein. Patientin behauptet, dass sie vor 8 Tagen in Folge einer starken Erkältung plötzlich erkrankte. Das Leiden begann mit Schüttelfrost, allgemeiner Zerschlagenheit und heftigem Schluckweh. Patientin befand sich ursprünglich unter Verpflegung Dr. Rundo's, welcher mir mittheilte, dass er bei L. blos Erscheinungen einer einfachen Rachenentzündung fand. Bald jedoch darnach traten Athembeschwerden, Heiserkeit und Schluckweh ein. Bei der Untersuchung constatirte ich: eine mässige Injection der Pharynxschleimhaut, eine bedeutende ödematöse Schwellung beider Aryknorpel von blassrother Färbung und Wallnussgrösse, ein wenn auch etwas weniger ausgesprochenes Oedem des linken Lig. aryepiglottici und beider Taschenbänder, dabei starke Heiserkeit und Athemnoth. Alle diese Erscheinungen bis auf die Heiserkeit schwanden nach 8 Tagen unter Anwendung von Inhalationen von 2proc. Alaunlösung, eines Vesicans auf die Kehlkopfgegend und Empfehlung von absoluter Ruhe und Schonung der Stimme. Die anhaltende Heiserkeit gelang mir durch 3malige Bepinselung mit Höllensteinlösung vollständig zu bekämpfen.

3. Beobachtung: Der hiesige 40jährige Oberförster B. leidet seit vielen Jahren an Husten, wobei er eine profuse Quantität von schleimig-eitrigem Sputum absondert. Patient hat zum wiederholten Male Blut gespuckt, ist schwächlich entwickelt und erwies die mehrmals vorgenommene Lungenuntersuchung Erscheinungen einer bestehenden catarrhalischen Pneumonie (Pneum. catarrh. lobularis). Herr B. behauptet, dass er im Januar d. J. während der Ausübung seines Amtes (Patient musste bei starkem Froste mehrmals den Wald durchziehen, wobei er mit lauter Stimme den Jägern seine Dispositionen kund machte) in Folge einer Erkältung erkrankte. Das Leiden wurde von mehreren Schüttelfrösten, Halsbeschwerden und Heiserkeit eingeleitet. Während der Untersuchung fand ich: eine ödematöse Schwellung der rechten Epiglottishälfte und des rechten Aryknorpels, diese Gebilde zeigten eine intensive rothe Verfärbung, welche auch an den wahren Stimmbändern recht deutlich zu sehen war. Da in diesem Falle der Verdacht auf Tuberculose sicherlich nicht auszuschliessen war, so schlug ich Herrn B. eine energische locale Kur vor, Patient lehnte jedoch dieselbe energisch ab. Nach 10 Tagen, in welchen ein Derivans an die Kehlkopfgegend, beruhigende Inhalationen, strenge Schonung der Stimme in ihre volle Rechte traten, liessen die Erscheinungen des entzündlichen Larynxödems vollständig nach. Dieser Fall beweist die Zuverlässigkeit der Sokolowski'schen Anschauung, dass bei Patienten, bei

welchem wir mit Recht eine spezifische Affection der Lunge vermuthen, acute entzündliche Larynxödeme auftreten können, die aller Wahrscheinlichkeit nach in keinem Zusammenhange zum angegebenen Leiden stehen. Die kurz von mir besprochenen Fälle gehören, wie es scheint, zu den milderer Gestalten des entzündlichen idiopathischen Kehlkopfödems und sind dadurch den Sokolowski'schen Fällen ähnlich, dass sie durch Ueberanstrengung der Stimme und Temperaturwechsel hervorgerufen worden sind. Bilden alle acuten Larynxödeme, die milderer sowohl, wie auch die stürmischen Formen, Folgezustände einer durch einen eigenartigen Microorganismus verursachten Infection des Gesamtorganismus, oder spielen in der Entstehung dieser pathologischen Bilder noch andere ätiologische Momente, wie übermässige Reizungen der Stimme und Erkältungen, eine wichtige Rolle mit? Diese Frage kann bis heutzutage noch nicht bejahend beantwortet werden. Jedenfalls scheinen zur Entwicklung dieser Affection mehrere und verschiedene Bedingungen erforderlich. Georg Avellis<sup>14)</sup> in seinem Aufsatz: „Bemerkungen über das primäre Larynxödem mit besondere Berücksichtigung des Jodödems“ unterscheidet mit Recht drei Formen des acuten entzündlichen Kehlkopfödems: 1) das einfache, nicht spezifische Larynxödem; 2) das septische; 3) das maligne Larynxödem und 4) das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx. Unter den milden Formen sondert Avellis folgende klinische Gestalten: 1) die primäre idiopathische; 2) die traumatische; 3) die angioneurotische und 4) die toxische Form, welche durch hohe Gaben von Jod erzeugt wird, aus. Barjon<sup>15)</sup> ist der Ansicht, dass alle entzündlichen Kehlkopfödeme septischen Ursprungs sind und theilt dieselben in seröse und eitrige. Zu erwähnen sei noch die treffende Bemerkung Massei's, der eine strenge Differenzirung der in Rede stehenden Affectionen verlangt, da, wie er glaubt, viele derselben falsch in die Kategorie der acuten phlegmonösen Kehlkopfentzündungen aufgenommen sind, während sie richtiger als primäre Rose des Kehlkopfes zu betrachten sind. Massei lässt sich durch den Mangel an bacteriologischen Befunden nicht abschrecken; denn seiner Meinung nach genügen die klinischen Phänomene vollständig, dem primären Larynxerysipel ein selbstständiges pathologisches Dasein zu sichern. Diese Anschauung gewinnt immer grösseren Beifall und Vertrauen und wird fast von allen hervorragenden Fachvertretern getheilt.

II. Das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx. Diese längst bekannte, doch noch bis heutzutage ein sehr unbestimmtes und dunkles Leiden darstellende Affection gab auf dem zehnten internationalen medicinischen Congresse zu Berlin Veranlassung zu einer gründlichen und ausführlichen Discussion, wobei mit dem Referate über dieses interessante Thema die Herren Prof. Massei und M. Schmidt betraut worden sind. Die Ergebnisse dieser sehr lehrreichen und nützlichen Discussion fanden ihren vollen Ausdruck in folgendem Postulate: wenn auch unsere bacteriologischen Kenntnisse momentan eine strenge Trennung des ent-

---

<sup>14)</sup> Wiener Medicin. Wochenschrift 1892, No. 46/47. Aus Sanitätsrath Moritz Schmidt's Klinik.

<sup>15)</sup> Des oedemes aigues et infectieuses du larynx. Gazette des hopitaux, 21. Mai 1894.

zündlichen Oedems, der primären Pharynx- und Larynxrose, der infectiösen Senator'schen Pharynxaffection von einander nicht zulassen, so zwingen dagegen practische Rücksichten und klinische Thatsachen, diese Leiden präcis zu individualisiren und als selbstständige Krankheitsformen zu betrachten. Mackenzie<sup>16)</sup> definiert diese Affection als: „Entzündung der Schleimhaut des Pharynx und Larynx, charakterisirt durch ähnliche Erscheinungen wie sie dieselbe Krankheit auf der äusseren Haut producirt, und entweder primär oder durch Ausdehnung des Processes vom Gesichte aus auftretend“. Unsere Hauptinteressen beziehen sich vorwiegend auf das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx. Die Möglichkeit der Entstehung eines primären Pharynx- und Larynxerysipels wurde schon seit frühester Zeit angenommen. Schon Hippokrates bemerkte, dass es ein „gutes Zeichen sei, wenn das Erysipel von innen nach aussen ging, und ein schlechtes, wenn es nach innen wanderte“. Von den späteren Schriftstellern wurde diese Retropulsion besonders genau von Fabrizio d'Aquapendente<sup>17)</sup> studirt, welcher gleichzeitig die Metastasis andeutete.

Das Schicksal des Pharynx- und Larynxerysipels war jedoch nicht dasselbe, während man klinisch klar beweisende Beispiele nur für das Erysipel des Pharynx und fast beständig für das secundäre ablegen konnte, war das Studium des primären Erysipels des Larynx, wegen des Mangels der laryngoscopischen Untersuchung, sehr verspätet.

In der That gehören unsere Kenntnisse über das primäre Kehlkopferysipel dem 18. Jahrhundert an. Im Jahre 1757 beschrieb Darluc<sup>18)</sup> eine in Caillan herrschende Epidemie der Rose und äusserte sich dabei in folgenden Worten: „In einigen Fällen dehnte sich die krankheitserzeugende Materie auf den Hals aus und verursachte Schlingbeschwerden, die Stimme wurde heiser mit einer Art von Erstickungsnoth, Schwellung in den Muskeln des Halses und allen Symptomen der Tonsillitis.“ Etwas später erwähnt Porter einen Fall, in dem ein Pharynxerysipel sich auf den Larynx verbreitete. Die Schriftsteller unserer Zeit, so Ranvier und Cornil<sup>19)</sup>, betonen noch immer die secundäre Entstehung der Pharynxrose, indem sie die Möglichkeit zulassen, dass ein Nasen- oder Gesichtserysipel sich über den Pharynx verbreiten könne, obgleich schon Gull im Jahre 1849 und nach ihm Dechambre, Drake, Gibl, Brouardel, König, Sutton und Todd von seiner primären Erscheinung sprechen. Am meisten jedoch bestanden auf der Möglichkeit eines primären Pharynxerysipels Tillmans, Bryson, Delavan, Wells, Gerhard, Brown, Cardone, Sokolowski etc. Auch bis in die Jetztzeit stellt sich die Zahl der beschriebenen Fälle von primärem Pharynxerysipel sehr bescheiden vor, und glaubt die Majorität der Forscher, dass die Stichhaltigkeit der Diagnose in den bezüglichen Fällen durch das spätere Uebergreifen der Rose auf das Gesicht gesichert wurde. So beschrieb im Jahre 1881

<sup>16)</sup> Mackenzie, Krankheiten des Halses und der Nase, Bd. 1, S. 266.

<sup>17)</sup> Spera Chirurgica, Pars Prior, lib. 1, cap. VIII.

<sup>18)</sup> Journal de Med. et de Pharm., Juli 1757.

<sup>19)</sup> Archives générales de Med., 1862, Vol. XIX, pag. 257, 443.

Sokolowski<sup>20)</sup> einen Fall von primärem Pharynxerysipel, das nach einigen Tagen sich auf das Gesicht verbreitete. S. glaubt, dass die intensive purpurrothe Verfärbung, welche die Schleimhaut als lackirt aussehend erscheinen lässt, eine Röthung, die er noch bei keiner Affection des Pharynx zu beobachten Gelegenheit hatte, schon im ersten Momente den Verdacht über das zum Vorschein kommende Pharynxerysipel hervorrufen kann. In dem Falle E. E. Well's<sup>21)</sup> erschien die Rose, nach 48stündigem Fortdauern im Rachen, auf dem Gesichte. In der E. Davis'schen<sup>22)</sup> Beobachtung begann das Leiden mit einer Erkrankung der Tonsillen, die eine Eingangspforte für die Infection bildeten und verbreitete sich später auf das Gesicht als Erysipel.

In demselben Jahre theilt Lewander<sup>23)</sup> aus Schweden in einer sehr interessanten Arbeit: „Fall af farynxerysipelas (Fälle von Pharynxerysipel)“ zwei Fälle von primärem Pharynxerysipel mit und fügt daran sieben analoge Beobachtungen, die in der von Prof. Henschen geleiteten medicinischen Abtheilung des Lazareths innerhalb einiger Wochen und nur in zwei Krankensälen auftraten. Die ersten zwei Fälle betrafen zwei Assistenzärzte, die plötzlich mit starker Angina erkrankten. Der Process verbreitete sich von hier durch die Tuba Eustachii nach dem Mittelohr, und ein typisches Gesichtserysipel, von dem Ohr gange ausgehend, schloß die Sache ab. In zwei von den übrigen sieben Fällen ging der locale Proceß im Rachen Hand in Hand mit einem secundären Gesichtserysipel, wodurch die Diagnose festgestellt wurde. Was die letzten fünf Fälle betrifft, kam es nur zur Entwicklung der Schlundkrankheit. L. bemerkt, dass es nicht absolut sicher ist, dass man überhaupt in diesen fünf Fällen mit Pharynxerysipel zu thun hat, und dass man diese Diagnose höchstens als Wahrscheinlichkeit ansehen darf. Für den erysipelatösen Character spricht insbesondere der Umstand, dass diese Krankheit bei Patienten auftrat, die in denselben Räumen, wo typische Rachen- und Gesichtserose zur selben Zeit ausbrach, gelagert waren. Auch in dem Falle, den ich unlängst zu beobachten Gelegenheit hatte, trat die Krankheit als primäres Pharynxerysipel auf und dehnte sich in kurzer Zeit auf das Gesicht aus.

Am 23. Juni d. J. wurde ich vom hiesigen Fabrikanten E. K. aufgesucht. Herr K. giebt an, dass er schon seit einigen Tagen sich recht unbehaglich fühle, häufige Schüttelröste, Schlingbeschwerden und allgemeine Schwäche verspüre, besonders aber sollte in den letzten zwei Tagen das Schluckweh sich so gesteigert haben, dass Pat. sich streng von Nahrungsaufnahme zurückhält. Herr K. ist vortrefflich ernährt, machte keine Krankheiten durch. Während der Untersuchung fand ich: Temp. 39,4°, Pulsschläge 120 in der Minute. Die Pharynxschleimhaut zeigt eine intensive, scharlachrothe, auf der Höhe des weichen Gaumens sich deutlich abgrenzende Verfärbung und sieht wie

<sup>20)</sup> Wypadek pierwotny rózy gardzieli, Gazeta Lekarska r. 1881, No. 31.

<sup>21)</sup> Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1887, pag. 165.

<sup>22)</sup> Erysipel des Gesichts und Rachens, Semon's Centralblatt für Laryngologie 1890, No. 9, S. 448.

<sup>23)</sup> Semon's Intern. Centralbl. für Laryngologie 1890, No. 11, S. 564/565.

lackirt aus. Beide, besonders aber die rechte stark vergrösserte Tonsille, bieten eine dunkelrothe, auf das Zäpfchen und beide Gaumensegel sich ausdehnende Verfärbung, die linke, ebenfalls hypertrophirte Mandel ist weniger geröthet. Im Pharynx sind nirgends entzündliche Beläge zu finden, doch zeigen die Unterkieferdrüsen beiderseits eine mässige Anschwellung und Empfindlichkeit. Das Gefühl der allgemeinen Schwäche, das hohe Fieber, der beschleunigte Puls, das vehemente Schluckweh, ferner die Schwellung der Submandibulardrüsen erweckten schon während der ersten Untersuchung den Verdacht auf die Entstehung einer infectiösen Affection resp. einer beginnenden Rose, wofür am meisten die angegebene Abgrenzungslinie der Pharynxschleimhaut zu sprechen schien.

24. Januar 1896. Pat. hat die Nacht sehr unruhig zugebracht, verspürte starke Kopfschmerzen. Die Röthung und Schwellung der rechten Tonsille hat bedeutend abgenommen, dagegen tritt dieselbe an der linken Mandel intensiver auf und dehnt sich in der Richtung der Nasenrachenhöhle aus. Temp. 39,8°.

25. Januar 1896. Pat. klagt über Nasenobstruction und eitrige Absonderung aus den Augen. Beide Nasenöffnungen sind mit Borken gefüllt. Die Nase ist im Umfange vergrössert und treten auf der Haut derselben stellenweise rothe Flecken auf. Das Schlundweh ist milder, Schlaflosigkeit weniger. Die Schwellung und Röthung der Pharynxschleimhaut zeigen eine sichtbare Abnahme in der Intensivität. Temp. Vorm. 40°.

26. Januar 1896. Temp. Mittags 38,5°, Puls 120. Die Eiterabsonderung aus den Augenwinkeln ist profuser. Beide angeschwollene Augenlider und Wangen sind erysipelatös geröthet. Die Röthung bildet an der Höhe der Nasenwurzel eine deutliche Demarcationslinie. Es scheint also keinem Zweifel zu unterliegen, dass die Rose vom Pharynx nach der Nasenhöhle und durch den Nasenthränen canal nach dem Gesichte sich ausdehnte. Der weitere Verlauf bot in unserem Falle nichts Abnormes. Vom Gesichte aus verbreitete sich das Erysipel auf den behaarten Kopftheil (Capitium), hielt noch kurze Zeit an, wobei die Körpertemperatur noch während vier Tagen Schwankungen zwischen 39,5° und 40° aufwies. Der Fall verlief günstig und stellte sich nach acht Tagen vollständige Genesung ein.

Zu erwähnen wäre noch, dass ich während der Kehlkopfuntersuchung eine intensive Schwellung und Röthung der Epiglottis bestätigen konnte. Wie wir aus den angeführten Fällen ersehen, trat in denselben immer die Rose primär im Rachen auf und bildete die Ausdehnung der Infection auf das Gesicht und die Haut einen werthvollen Beweis für die Richtigkeit der Diagnose. Das Fortschreiten der Rose vom Pharynx zum Gesicht geschieht auf folgenden Wegen: 1) durch die Tuba Eustachii, das Mittelohr und den Meatus auditorius externus und 2) durch das Uebergreifen der Affection auf den Nasenrachenraum, auf die Schleimhaut der Nase, den Ductus und Saccus lacrymalis zur Conjunctiva und den Augenlidern. In einem von W. (Gull<sup>24</sup>) berichteten Falle erreichte ein vom Pharynx ausgehendes

<sup>24</sup>) Med. Gazette 1849: Ueber die „Alliances of Erysipelas.“

Erysipel das Gesicht fast gleichzeitig von den Gehör- und von den Thränenwegen aus. Das häufige Vorkommen der Gesichtsrose, durch Erkrankungen in den oberen Luftwegen verursacht, wird auch von Moritz Schmidt<sup>25)</sup> betont. So äussert sich Schmidt über diesen Gegenstand in folgenden Worten: „Ich erwähne hier vor allen Dingen die Excoriationen an dem vorderen Theil der Nasenscheidewand, die entzündlichen Vorgänge an dem Eingang der Nase, sowie die Rhagaden an den Mundwinkeln. Ferner,“ sagt Schmidt, „entsteht das Erysipel in dem Schlunde oder Cavum in der Form einer Angina und wandert nachher erst nach aussen, oder das aussen entstandene nimmt seinen Weg nach dem Schlunde und den Nebenhöhlen der Nase, in welcher letzteren es Ursache der acuten und chronischen Empyeme wird.“ Grünwald ist der Ansicht, dass das von innen nach aussen wandernde Erysipel oft, vielleicht immer, durch ein Empyem der Keilbeinhöhle oder der hinteren Siebbeinzellen hervorgerufen wird. Erklärlich würde diese Thatsache dadurch sein, dass, wie jetzt angenommen wird, der Streptococcus pyogenus, der die Eiterungen bewirkt, identisch mit dem Fehleisen'schen Coccus des Erysipels ist, und dass beide sich nur durch die verschiedene Virulenz unterscheiden. Dies sind die Fälle des primären Pharynxerysipels, die ich in der mir zugänglichen Literatur auffinden konnte. Ich halte es für überflüssig, mich länger in genauere Angaben über den klinischen Verlauf, die anatomischen und ätiologischen Ergebnisse dieser Affection einzulassen, um so weniger, als wir bei näherer Besprechung der Larynxrose, die bekanntlich viel mit dem Pharynxerysipel gemein hat, auf dieses Thema noch zurückkommen. Unsere Kenntnisse betreffs des Kehlkopferysipels datiren seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Die ersten Fälle von Kehlkopferysipel wurden von Ryland beschrieben. Im Jahre 1837 berichtet Ryland<sup>26)</sup> über 7 Fälle von Kehlkopferysipel, die sich auf Individuen bezogen, die in Hospitalern untergebracht waren, in denen Erysipel herrschte. Bei diesen Patienten geschah die Verbreitung der Rose nach dem Pharynx und Larynx weder vom Gesichte aus, noch von Traumen an den Extremitäten. In den Fällen, in denen es sich nach R. um primäres Erysipel handelte, wurde dieselbe nur am Leichentische erkannt. Ryland glaubte, dass ausser der Verbreitung des Erysipels aus äusseren Gründen der Kehlkopf auch in Folge einer Verbreitung vom Rachen her, ohne äussere Verletzung in Mitleidenschaft gezogen werden könne, aber während die Ausdehnung des Erysipels vom Gesicht nach dem Pharynx eine gewöhnliche Sache nach Ryland sei, so geschehe die Fortpflanzung der Rose nach dem Larynx sehr selten. Zu gleicher Zeit mit Ryland und auch nach ihm gaben viele englische Schriftsteller, wie Bird, Gibbon, Watson, Friedreich, Gibb, besonders aber Porter, die Möglichkeit der Entstehung eines Kehlkopferysipels zu. Schon im Jahre 1847 bestätigte Budd die Thatsache, dass sich die Rose im Larynx localisire, und sprach sich für den erysipelatösen Character der infectiösen Krankheiten des

<sup>25)</sup> „Die Krankheiten der oberen Luftwege“, von Prof. Dr. Moritz Schmidt, Berlin 1894, S. 427.

<sup>26)</sup> „Diseases of the Larynx“, pag. 8.



Rachens und des schnell verlaufenden Larynxödems aus. Dieselbe Ansicht finden wir auch bei Sestier, welcher angiebt, dass unter 9 von ihm gesammelten Fällen von ödematöser Laryngitis in 6 Fällen die Affection im Larynx im Laufe des Erysipels ein Mal nach, zwei Mal vor dem Exanthem sich gezeigt habe.

Bis dahin wird also die Möglichkeit eines primären Erysipels zugegeben, entweder errathen, oder zufällig bei der Autopsie gefunden. Anders konnte es vor der Erfindung des Kehlkopfspiegels nicht sein, aber trotz dieses so mächtigen Hilfsmittels blieb noch die Geschichte des Kehlkopferysipels sehr zurück. Schon Pitha lenkte die Aufmerksamkeit auf das gleichzeitige epidemische Auftreten von entzündlichen, submucösen Larynxinfiltrationen, Puerperalfiebern, Typhus, Scharlach, Diphtheritis, und characterisirte diese Infiltrationen als zur Rose gehörend; ferner bemerkte Leudet, dass die erysipelatöse Röthung auf verschiedenen, weit von einander gelegenen Stellen des Körpers auftreten können, während Tudor das Larynxödem als Ursache des Erysipels betrachtete. Grösseren Werth besitzen die Fälle von Cuire, in denen das zum Erysipel gehörige Gift auf den Larynx begrenzt blieb, während die Haut unbetheiligt war.

Türck jedoch verdanken wir die Beschreibung der zur Rose gehörigen Veränderungen beim Lebenden, doch hielt Türck die bei gleichzeitigem Gesichtserysipel bestehenden Larynxerscheinungen für katarrhalische und verzeichnet sie unter der Rubrik: „Gesichtserysipel, acuter Larynxcatarrh“. Im Jahre 1874 erschien die Beschreibung des Falles, welche Porter am 19. Januar im Londoner Hospital gemacht hat und welche von Mackenzie controllirt und in seinem Buche berichtet wurde. Dieser Fall, der allen Anforderungen des primären Larynxerysipels gerecht wird, betraf einen 35jährigen Mann, welcher wegen Fractur des rechten Malleolus ext. in's Spital aufgenommen wurde. Während der ersten 10 Tage ging die Heilung nach Wunsch vor sich; am 10. Tage verspürte Patient Schluckweh und Heiserkeit. Am 11. Tage entstand Dyspnoe, Schmerz und Heiserkeit nahmen an Intensität zu. Temp. 39°, Puls 132. Die am folgenden Tage ausgeführte Untersuchung erwies eine acute Entzündung der Schleimhaut der Epiglottis und der Aryknorpel und eine bedeutende Schwellung der falschen Stimmbänder. Am 13. Tage fand Mackenzie bedeutendes Oedem der Epiglottis, mit Verdickung und Erosion der Schleimhaut und eine Schwellung an der Aussenseite des Halses. Während der Nacht verschlimmerte sich der Zustand beträchtlich, die Temperatur stieg bis 39,5 und wurde es nothwendig, zur Laryngotomie zu schreiten. Am nächsten Tage erschien eine dunkle Röthe um die Trachealwunde herum und trat unter adynamischen Erscheinungen der Tod ein. In dem Saale, in welchem der Kranke lag, befanden sich gleichzeitig zwei Fälle von Erysipelas und verschiedene der Wärter erkrankten später an einfacher Angina. Bei der Autopsie fand man Schwellung und Exulceration der Epiglottis und Aryknorpelschleimhaut. Die Wunde am Fusse wies keine Zeichen von Erysipelas auf und befand sich auf dem Wege zur Heilung. Bis zum Jahre 1885, sagt Massei, nahmen zwar viele ausgezeichnete Beobachter, wie Rauchfuss, Ziemssen, Gottstein, Gauché, Mackenzie, auf

Glauben und Thatsachen Anderer gestützt, ein primäres und secundäres Larynxerysipel an, doch war noch die Symptomatologie dieser Krankheit so unklar und ungenau, dass man dieselbe zu practischen Zwecken nicht benutzen konnte. Im Jahre 1885 veröffentlichte Massei<sup>27)</sup> 14 Fälle von Kehlkopfrosee, in welchen es sich, wie Massei meint, um primäres Larynxerysipel gehandelt hatte. Sie beziehen sich nicht auf Individuen, die in Hospitälern lagen, sondern auf wohlhabende Patienten, die keine Verletzung oder Zeichen von Gesichtserysipel aufweisen konnten. Bloss in einem einzigen Falle zeigte sich, nachdem die Affection im Larynx verschwunden war, später das Erysipel im Gesichte. Von diesen 14 Patienten genasen 11 und starben 3. Massei betont, dass, wenngleich er keine bacteriologischen Beweise liefern konnte, so wurden doch seine Ansichten von vielen Collegen günstig aufgenommen und Dank den Beobachtungen von Delavan, Charazac, Bergmann, Davis, Hennig, Mezzigan, Marais, Ziogler, Peltesso, Thorner u. A., hat die Kehlkopfrosee die wissenschaftliche Taufe erhalten, trotzdem ihre wahre Natur durch bacteriologische Untersuchung überzeugend nicht bewiesen worden ist.

Allerdings, sagt Massei, genügen die Untersuchungen von Biondi, Fasano und Hajek wenigstens jetzt noch nicht, das Problem des Larynxerysipels günstig zu lösen. Biondi fand im Speichel von zwei Kranken einen, dem Fehleisen'schen Erysipelcoccus morphologisch und culturell vollständig ähnlichen Kettencoccus. Ein Patient litt an Rachen- und Mandelentzündung mit folliculären Abscessen, der zweite an primärem Larynxerysipel. Massei ist sogar durch die positiven Ergebnisse der Impfung bei Meerschweinchen und Mäusen, welche nach 48 Stunden starben, wenig überzeugt und zwar aus folgenden zwei Gründen: 1) weder das klinische Bild erinnerte an das Kehlkopferysipel, 2) noch war von Biondi, der pathogenetische Werth des Streptococcus genau angedeutet. Aehnlich bestätigt Hajek, der sich mit den Beziehungen, die zwischen dem Erysipel und Phlegmone bestehen, beschäftigte, dass es morphologisch unmöglich ist, Erysipel und Eitercoccen zu unterscheiden und behauptet, dass nur die Entwicklungsart beider Coccen in den lebenden Geweben verschieden sei. Massei glaubt, dass diese Befunde den Werth der Untersuchungen von Fasano, welcher in einem seiner Fälle fand, dass die Lymphgefässe mit Coccen erfüllt waren, bedeutend herabsetzen, trotz der grossen Aehnlichkeit der von Biondi angegebenen Coccen mit dem Fehleisen'schen Erysipelstreptococcus. Berücksichtigt man, sagt ferner Massei, die Schwierigkeit, uns Material von am Erysipelas des Larynx Erkrankten für Experimente, besonders aus der Privatpraxis, zu verschaffen, so müssen wir zum Schlusse kommen, dass die Diagnose des Larynxerysipels ausschliesslich auf klinische Thatsachen begründet ist. Das Nämliche gilt auch nach Massei für den Pharynxerysipel: „wenn in einem Falle Cardone im Inhalt der Phlyctänen den Kettencoccus fand und Injectionen von Reinculturen unter die Mucosa des Mundes oder die Haut der Ohren verschiedener Kaninchen Entzündungen hervorriefen,

---

<sup>27)</sup> Eresipela della larynge. Rev. clin. e terapeut. VII, 1885, No. 1, S. A. Siehe dieselbe Arbeit deutsch unter 12.

so verdienen diese Experimente genau nachgeprüft zu werden, weil ja uns bekannt ist, wie selten die Ueberimpfung der Erysipelcoccen auf Thiere gelingt.“ Daraus folgt, dass bis zu diesem Augenblicke in der Frage des Erysipels die einzige Competenz nur die Klinik besitzt. An das Erysipel überhaupt glaubt man schon seit den ältesten Zeiten und müssen wir vollständig Massei zustimmen, wenn er sagt: „als Fehleisen den Streptococcus fand, that er nichts, als eine wohl bekannte klinische Form durch andere Methoden zu beleuchten und bereichern, und das ferner heutzutage bewiesen ist, dass man nicht immer den Streptococcus findet, wenn man mit aller Sicherheit behaupten kann, dass es sich um Erysipel handelt.“ Können wir also, wenn wir bei dem klinischen Character stehen bleiben, eine Affection des Larynx, der Natur nach als dem Erysipel angehörig, von anderen verschiedenen Krankheiten unterscheiden, fragt Massei? Die Beantwortung dieser Frage scheint Massei nichts Schweres darzubieten. Bei dem Kehlkopferysipel finden wir die classischen Symptome einer Entzündung, doch ist für den Larynx die Schleimhautschwellung, nach Massei das hauptsächlichste, am meisten die Scene beherrschende Merkmal. Unter vielen Affectionen, welche acutes entzündliches Kehlkopfödem hervorrufen können, kommen seiner Meinung nach bei Besprechung der Diagnose nur: das angioneurotische Oedem, die phlegmonöse Laryngitis und das Erysipelas in Betracht. Massei zweifelt nicht an dem angioneurotischen Larynxödem, über welches Strübing<sup>28)</sup> berichtet hatte, obgleich er es nur ein einziges Mal sah. Doch zeichnet sich diese Form durch fieberlosen und sehr raschen Verlauf ( $\frac{1}{2}$ —3 Stunden), durch blässere Farbe der Schleimhaut aus und wird gewöhnlich von starkem Oedem des Gesichtes oder des Thorax begleitet. Der Kernpunkt der Frage besteht jedoch in der differentiellen Diagnose zwischen phlegmonöser und erysipelatöser Laryngitis. Massei ist der Meinung: „dass mehrere als phlegmonöse Laryngitis beschriebene und betrachtete Fälle Larynxerysipel sind.“

Massei weist auf folgende, für das Larynxerysipel sprechende Symptome hin: 1) Die Schwellung der Schleimhaut, welche schon vom Anfange an beträchtlich vom adenoiden Gewebe der Zungenwurzel beginnt und später den Kehldeckel und die aryepiglottischen Falten erreicht. 2) Das Fieber, welches von Anfang an 40—41<sup>0</sup>, gleich wieder nachlässt und von Neuem wieder steigt, analog der eigenthümlichen Fiebercurve der Rose. 3) Die Leichtigkeit, mit welcher in kurzer Zeit die Schwellung von einem Punkte zum andern wandert, immer in der Continuität der Gewebe. Diese Zeichen genügen nach Massei meistens, um eine richtige Diagnose zu stellen, da eine phlegmonöse Entzündung des Kehlkopfes, sei es nach Erkältung, oder nach Verbrennung, oder von fremden Körpern abhängig, wie auch eine Epiglottitis anterior von geringerem Fieber begleitet ist, das regelmässig andauert und zur Intensität des localen Leidens im richtigen Verhältniss steht. Massei vertheidigt sich vor der, wie er sich ausdrückt, ungerechten Kritik, dass er die phlegmonöse Laryngitis durch das primäre Erysipel des

---

<sup>28)</sup> Ueber angioneurotisches Larynxödem. Monatschr. für Öhrenheilkunde 1886, No. 10, § 314, S. A.

Larynx zu ersetzen beabsichtige, er behauptete nur, dass mehrere, vielleicht der grösste Theil der Fälle, die als phlegmonöse Laryngitis bezeichnet wurden, Fälle von Larynxerysipel waren. Massei lenkt ferner die Aufmerksamkeit auf Fälle von Larynxerysipel, im Verlaufe welcher ein Pharynx- und Gesichtserysipel, eine wandernde Pneumonie (Lungenerysipel?) und Collapsus entstehen können. Bemerkenswerth ist die gleichzeitige Erscheinung von gleichen Fällen in gewissen Perioden. M. sagt, dass er seine Beobachtungen in kurzen Zeiträumen machte, während er dann lange Zeit analoge Fälle nicht sah. Massei beruft sich auf Labus, der ihm mittheilte, dass vor einigen Jahren in einem Oertchen der römischen Campagna in einer begrenzten Zeitperiode mehrere Bauern erstickt waren mit den von Massei angegebenen Symptomen. Das Oedem ist bei dem Erysipel von wanderndem Character und kann man dasselbe mit dem Spiegel genau beobachten; da aber, wie Massei angiebt, der Sitz des Oedems beständig ist, entsteht auch eine gewisse Regelmässigkeit in der Ordnung, mit welcher bei dem Larynxerysipel die Symptome auf einander folgen. Zuerst entsteht Schluckweh, dann die Larynxstenose, während die Stimme in ihrem Klange nur wenig gedämpft ist. Massei glaubt, dass wenn in jedem Falle von primärem oder secundärem Pharynxerysipel die laryngoscopische Untersuchung gemacht worden wäre, so wäre vielleicht schon allgemein erkannt worden, dass in allen diesen Fällen der Kehlkopf stabil in Mitleidenschaft gezogen wird. Eine Stütze für seine Annahme findet M. in der Thatsache, dass das intensive Schluckweh bei der Pharynxrose durch die mitunter wenig ausgesprochene Schwellung des Gaumens und des Zäpfchens nicht erklärt werden kann. Es kommen Fälle vor, sagt ferner Massei, wo die Schwellung sich auf eine blos gewisse Gegend beschränkt und ihren wandernden Character verbirgt, das soll im vorgeschrittenen Verlaufe, wenn sich z. B. bei der Gesichtsrose grosse Phlyctänen auf dem Kehlkopf bilden, die sich mit Eiter füllen, oder wenn wirkliche Abscesse entstehen, die kleine Blutergüsse erzeugen, geschehen. Dann meint Massei, wenn dem Kranken der Erstickungstod droht, sei keine Zeit zum Ueberlegen. Ist es aber geglückt, durch eine Trachetomie den Kranken zu retten, dann erfahren wir aus der Anamnese, dass der Anfang der Affection sehr stürmisch und von hohem Fieber eingeleitet wurde und dass der Stenose die Dysphagie vorausging. Bei dem Larynxerysipel beschränken sich die krankhaften Veränderungen nicht ausschliesslich auf den Kehlkopf, die peri-laryngealen Lymphdrüsen gerathen in den Zustand einer acuten Entzündung (Lymphitis targitiva nach Massei), und entsteht bei den schweren Formen, besonders für alte Leute die Gefahr, dass dieselben, indem sie von der Larynxstenose verschont wurden, der Adynamie unterliegen können, ehe noch eine Pneumonie sich entwickelt. Bei der Pharynxrose gestalten sich die Sachen nach Massei ganz anders. M. behauptet, er habe nie leichte Fälle gesehen, nur immer schwere. Massei erwähnt zwei Fälle, die sich auf einen 10jährigen Knaben und eine 60jährige Frau beziehen, in beiden trat der Tod ex Adynamia in sehr kurzer Zeit, bei sehr mässigen Localerscheinungen und wenig ausgesprochener Larynxstenose ein. Aus dem Angeführten ergibt sich beim Larynxerysipel die Noth-

wendigkeit, zwei klinische Bilder zu unterscheiden: 1) indem die localen Symptome vorherrschen und 2) indem der allgemeine Krankheitszustand prädominirt. Beide Krankheitsbilder sind in Folge der Prognose und Therapie interessant, in dem ersten ist das Vorhersagen günstig und die Heilung möglich, im zweiten ist der Ausgang immer ein tödtlicher. Seine Schilderung des Kehlkopferysipels schliesst Massei mit der Anmerkung, dass nicht selten das Pharynxerysipel mit einer scarlatinösen Angina oder Tonsillitis, und das Larynxerysipel mit Oedem, der phlegmonösen Laryngitis und selbst mit Croup abwechseln kann.

Die interessanten Betrachtungen Massei's über das primäre Pharynx- und Larynxerysipel können wir in folgenden Worten resumiren: „1) Trotz der Unsicherheit der bacteriologischen Untersuchungen kann man die Existenz eines Erysipels des Pharynx und Larynx klinisch für bewiesen erachten. 2) Vom klinischen Standpunkte aus kann man ein primäres Pharynx- und Larynxerysipel annehmen dennoch ist aller Wahrscheinlichkeit nach bei dem primären Pharynxerysipel der Kehlkopf fast immer theilhaftig, während beim primären Larynxerysipel der Pharynx verschont bleiben kann. 3) Beim primären Erysipel des Larynx sind die heftige Schwellung, die von dem Kehlkopf (daher die Dyphagie) plötzlich und beständig ausgeht, das hohe Fieber und der wandernde Character der Schwellung genügende Zeichen, um das Erysipel von anderen Formen, besonders von der phlegmonösen Laryngitis, zu unterscheiden. 4) Das Erysipel des Pharynx und Larynx kann einen epidemischen Verlauf haben, es kann aber auch sporadisch auftreten; im Allgemeinen ist es weniger selten, als man sonst glaubte. 5) Man kann zwei Formen unterscheiden, die für die Prognose wichtig sind: eine, in welcher die localen Beschwerden vorherrschen, eine andere, in welcher die allgemeinen prädominiren.“ Ich bemühte mich, die Ausführungen Massei's „Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes“ treu und genau wiederzugeben, denn sie gestatten uns, die Ansichten Massei's, welcher diese Affection zuerst und am klarsten beschrieb, zu erkennen. Auf dem X. intern. medic. Congress zu Berlin verteidigte Massei seine Anschauungen mit südlichem Feuer und Temperamente, und wie aus dem Verlaufe der Discussion zu ersehen ist, wurde seine Mühe glänzend belohnt. Thorner aus Cincinnati bemerkte als der Erste, dass das primäre Kehlkopferysipel und die Phlegmone des Larynx und Pharynx als zwei verschiedene Krankheitsprocesse angesehen werden müssen. Ferner ist nach Thorner theoretisch das Kehlkopferysipel leicht annehmbar, da der Sitz der primären Infection ebensogut auf der Schleimhaut des Larynx, als auf irgend einer andern Schleimhaut sich befinden kann. So sah Th. einen Fall, wo die primäre Infection auf der Schleimhaut der mittleren Nasenschleimhaut nach einer galvanocaustischen Operation entstand. Thorner leugnet nicht das Vorkommen von Mischformen, so lange jedoch die bacteriologischen Befunde noch nicht vollständig klar sind, muss der klinische Verlauf der Erysipeldiagnose zu Grunde gelegt werden. Schech bestätigt die grosse Seltenheit der Pharyng. acut. infect. und das häufige Vorkommen der acuten Larynxerysipele. Die letzten Krankheitsformen entstehen nach Schech wahrscheinlich durch Läsion beim

Schlundact und localisiren sich hauptsächlich am Larynxeingang (Epiglottis und Aryknorpel). Schech ist der Meinung, dass verschiedene Coccenarten das Erysipel erzeugen können; so sah S. eine Rose der Nase und des Gesichts während einer Lacunär-Angina und ferner nach einer scarlatinösen Angina lacunaris auftreten. Auch B. Fränkel betonte die genauere Abgrenzung der infectiösen Laryngitis gegenüber dem Erysipel. Für die Existenz von Pharynxerysipel sprechen nach Fränkel die Fälle, in denen dasselbe durch die Nase oder die Tuba Eustachii und das Mittelohr auf die äussere Haut übergeht. Endlich bemerkte Felix Semon, dass man zu einem abschliessenden Urtheil momentan noch unmöglich kommen könne. Die Laryngologie stehe vor derselben Schwierigkeit, wie die Bacteriologie. Ebenso, meint Semon, wie die letztere noch nicht positiv angeben kann, ob der Streptococcus pyogenus und der Fehleisen'sche identisch seien oder nicht, ebensowenig kann uns in diesem Augenblicke die Klinik feststellen, ob das Pharynx- und Larynxerysipel, die acute infectiöse Pharyngitis, die Angina Ludovici und ähnliche infectiöse Krankheitsprocesse identische oder pathogenetisch von einander verschiedene Processe seien. Semon ist entschieden der Ansicht, dass alle diese Affectionen nur an Virulenz verschiedene Abstufungen eines und desselben Processes darbieten. Wie wir aus der kurzen Besprechung der sich an den Massei'schen Vortrag angeknüpften Discussion ersehen, bildeten bloß die Semon'schen Anschauungen eine sichtbare Meinungsdivergenz mit den bekannten Massei'schen Ansichten. Seit dem Jahre 1890 bildete noch immer die Frage über das primäre Larynxerysipel das Lieblingsthema vieler begabten Verfasser.

Gerling<sup>28)</sup> (St. Louis) beobachtete im Jahre 1890 drei Kinder im Alter von 11 Monaten bis 5 Jahren, die innerhalb 4 Tagen an schweren laryngealen Erscheinungen mit heftigem Fieber erkrankten. In 1 bis 3 Tagen gingen die Patienten unter Erscheinungen der Larynxstenose zu Grunde. Die laryngoscopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Gleichzeitig mit der Erkrankung des ersten Kindes entwickelte sich bei einem 9jährigen Kinde ein Erysipel, welches sich auf das Gesicht und die Kopfhaut verbreitete. Bei der Section des zweiten Kindes fand man: Injection der Larynxschleimhaut, Erscheinungen von abgelaufenem Oedem, Schwellung der Epiglottis. Die Diagnose lautete: Larynxerysipel. Im Jahre 1892 theilte Oscar Samter<sup>29)</sup> eine Beobachtung mit, die einen 37jährigen Mann betraf, bei dem plötzlich unter hohem Fieber, intensivem Schluckweh, durch acutes Oedem des Kehlkopfes erzeugt, auftrat. In dem aus der Epiglottis mittelst der Pravazschen Spritze entnommenen Eiter befanden sich reichliche Strepto- und Staphylococci. Einen Tag nach der Operation trat auf der Wunde das Erysipel auf. Der Fall endigte in Heilung. Fast in derselben Zeit

---

<sup>28)</sup> Gerling (St. Louis): Ueber das Erysipel des Kehlkopfes. N.-Y. Med. Monatschrift 1890, Referat im Centrallblatt für klinische Med. No. 38, 1890 und in Semon's Centrallblatt für Laryng. No. 12, 1891, S. 623.

<sup>29)</sup> Deutsche Med. Wochenschrift No. 34, 1892.

berichtete Sokolowski<sup>30)</sup> in seinem Vortrage: „*Rilka uwag o rozy krtani*“ über zwei Fälle, von denen er den einen als *Laryngitis acuta phlegmonosa*, den zweiten als typisches primäres *Larynxerysipel*, im Sinne *Massei's*, bezeichnet. S. betont, dass er es im ersten Falle mit einem schweren, schleimig-entzündlichen Kehlkopfproccesse, welcher in Polen unter zwei klinischen Gestalten vorkommt: 1) der leichten, von S. im Jahre 1888 beschriebenen Form (siehe oben) und 2) der stürmischen, äusserst selten auftretenden Krankheitsgestalt, auf die im Jahre 1885 *Massei*, zuerst unsere Aufmerksamkeit lenkte, zu thun hatte. Im zweiten Falle *Sokolowski's*, der letal verlief, wurde bei der Autopsie eine diffuse eitrige Infiltration des Larynx bestätigt, was nach S.'s Angaben einen gewöhnlichen Befund bei den schwereren Fällen (*Erysipelas phlegmonosa*) bildet, und durch allgemeine Infection den tödtlichen Ausgang herbeiführt.

In derselben Abhandlung führt S. noch zwei Fälle an, welche er als milde betrachtet und nur deshalb erwähnt, dass sie, wie er glaubt, ätiologisch als identische mit den angegebenen schwereren Fällen anzusehen sind. Diesen Gegenstand werde ich noch eingehender bei Berücksichtigung der Aetiologie des *Larynxerysipels* besprechen. Noch eine Beobachtung von primärem Kehlkopferysipel, und zwar die von J. Herzfeld<sup>31)</sup>, sei hier kurz besprochen. Herzfeld fand in seinem Falle fleckartige Trübungen an der Epiglottis, die spurlos oder mit Hinterlassung permanenter Geschwüre schwanden. H. betrachtet diese Trübungen als submucöse Infiltrate (Anhäufungen von Lymphoidkörperchen), was im Einklange mit den Untersuchungen von Näther<sup>32)</sup>, der die wichtigsten Veränderungen in den submucösen Geweben fand, steht. Wir wissen schon, dass *Massei*, für die selbstständige Existenz des primären Kehlkopferysipels kämpfend, der Diagnose hauptsächlich das klinische Bild zu Grunde legte, denn die Untersuchungen von Biondi, Hajek und Tasano, die einzigen, die er in der Literatur über diesen Gegenstand fand, vermochten nicht das bacteriologische Wesen dieser Affection treu darzustellen. Während der Verhandlungen auf dem internationalen medicinischen Congresse zu Berlin jedoch bemerkte schon Schech, dass wahrscheinlich verschiedene Coccenarten das Erysipel erzeugen können, denn er sah das Leiden nach einer lacunären und einmal im Anschlusse an eine scarlatinöse Angina auftreten. Früher noch machte Pitha auf das epidemische Entstehen von submucösen Larynxentzündungen, Puerperalfieber, Bauchtyphus, Scharlach und Diphtheritis aufmerksam und brachte den Ausbruch dieser Kehlkopfentzündungen zu dem Erysipel in Beziehung. In der letzten Zeit wird von mehreren Verfassern die nahe pathogenetische Verwandtschaft verschiedener infectiöser Krankheiten und

<sup>30)</sup> *Gazeta Lekarska* No. 32, 1892. Dieselbe Arbeit französisch: *Quelques observations relatives à l'érysipèle du larynx*; *Archiv internat. de Laryngol.* No. 5, 1892; Bericht in der *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.* No. 11, 1892, S. 326.

<sup>31)</sup> J. Herzfeld: Ein Beitrag zur Lehre des primären Larynxerysipels. *Archiv für path. Anatomie*, 133. Bd.

<sup>32)</sup> R. Näther: Ueber die *Laryng. hypoglott. acuta gravis*. *Deutsches Archiv für klin. Medicin* 1885, 38. Bd.

von M. Kirchner<sup>37)</sup> entwickelte sich bei einem Soldaten, der an Angina follicularis litt und bei dem an der Oberfläche der Mandeln der Streptococcus vorgefunden war, ein Erysipel an der Nase und den Wangen. Sokolowski behauptet in der schon erwähnten Arbeit: „Einige Bemerkungen über das primäre Larynxerysipel“, dass in seinen Fällen die lacunäre Tonsillitis die Eingangspforte für die stattgefundene erysipelatöse Infection bildete. In allen Sokolowski'schen Beobachtungen wurde bestätigt, dass die lacunäre Mandelentzündung dem Auftreten des Larynxerysipels vorausging. Der stürmische oder sanfte Ausbruch der erysipelatösen Infection soll nach S. durch die schwerere oder mildere Streptococcen-Entzündung hervorgerufen worden sein. Um einen sicheren Einblick in die jetzige Lage des primären Larynx- und Pharynxerysipels zu gewinnen, hielt ich es für angezeigt, die auf diese Affection sich beziehenden bacteriologischen Angaben etwas ausführlicher zu besprechen. Wie wir sehen, haben zwar diese Befunde unsere Kenntnisse bedeutend bereichert, doch gelang es denselben noch nicht, den specifischen Microorganismus, den ausschliesslichen Krankheitserreger der primären Pharynx- und Larynxrose zu entdecken. Demzufolge, ohne die Verdienste der Bacteriologie vermindern zu wollen, müssen wir noch immer bei der Feststellung der Diagnose des Pharynx- und Larynxerysipels den klinischen Verlauf als werthvolles Criterium und allein sicheren Leitfaden betrachten.

(Schluss folgt.)

---

## II. Kritiken.

**Atlas der Beleuchtungsbilder des Trommelfells im gesunden und kranken Zustande, für practische Aerzte und Studierende.** Von Dr. Adam Politzer, o. ö. Professor der Ohrenheilkunde an der k. k. Universität in Wien. Wilhelm Braunmüller, Wien und Leipzig 1896.

Das Werk soll, nach den Worten des Autors, dem practischen Arzte die Erkenntniss der bei den Erkrankungen des Gehörorganes vorkommenden pathologischen Veränderungen am Trommelfell erleichtern. Da der Trommelfellbefund zu den wichtigsten Theilen der otia-trischen Diagnostik gehört, hat Politzer, der nebenbei ein trefflicher Aquarellmaler ist, schon vor 30 Jahren die Resultate seiner diesbezüglichen Untersuchungen in einer Monographie veröffentlicht, der zwei Tafeln chromolithographirter Trommelfellbilder beigegeben waren. Diese Arbeit war sogleich vergriffen und besitzt heute einen antiquarischen Werth, der den seinerzeitigen Anschaffungspreis bei Weitem übersteigt. Auf Wunsch seiner Hörer hat sich Politzer neuerlich zur Herausgabe eines Atlas entschlossen, der 392 Trommelfellbilder enthält, die er selbst mit sach- und kunstverständiger Hand treu nach der Natur

---

<sup>37)</sup> M. Kirchner: Zur Lehre von der Identität des Streptococcus pyogenes und Streptococcus erysipelatis. Centralblatt für Bacteriologie No. 24, 1892, XI, S. 749.



der acuten lacunären Tonsillitis betont. In dieser Richtung wirkte am fruchtbarsten B. Fränkel<sup>33)</sup>, der im Jahre 1886 dieser Krankheitsform eine besondere Aufmerksamkeit schenkte. Fränkel bezeichnete als der Erste diese Affection als Angina lacunaris, betrachtete diese als selbstständige klinische Form und bestätigte deren infectiösen Character. In der Secretion der Tonsillarcrypten fand F. verschiedene Microorganismen, hauptsächlich aber Staphylococcen, unter denen er drei Gattungen aussondern konnte. Alle Microorganismen nahmen leicht Jod und Anilinfarben auf. F. glaubte, dass die in Folge der Entzündung zum Vorschein kommenden Exsudate fibrinlos sind, doch wurde diese Anschauung von Sokolowski<sup>34)</sup> und Dmochowski, die in den Crypten der mit lacunärer Entzündung behafteten Tonsillen beständig Fibrin und zahlreiche der Pneumonie ähnliche Staphylo- und Diplococcen nachweisen konnten, bestritten. Im Jahre 1891 beschrieb Rendu<sup>35)</sup> zwei Fälle von Rachenentzündung, im Verlaufe derer das klinische Bild eine schwere, an die croupöse Pneumonie erinnernde Infection vortäuschte. R. bezeichnet seine Fälle als „Pneumococcen-angina“. R. behauptet, dass im ersten Falle eine Krankenschwärterin, die zwischen Pneumoniern schlief, sich eine Infection zuzog. Ausser den Erscheinungen einer einfachen Pharyngitis bestanden hohes Fieber und allgemeine Schwäche. Die bacteriologische Untersuchung ergab im Speichel die für die Pneumonie charakteristischen Coccen. Derselbe Befund war auch im zweiten Falle. R. sagt, dass wir häufig im normalen Speichel Pneumococcen finden, deren Culturen nicht immer gelingen, oder wo das der Fall ist, dieselben gewöhnlich nur eine minimale Virulenz nachweisen können. Die also normal in der Mundhöhle sich befindenden Microorganismen können unter gewissen Bedingungen sehr maligne Eigenschaften erwerben und der Pneumonie ähnliche krankhafte Zustände (Rendu) hervorrufen. Am häufigsten jedoch wurde das Erysipel im Anschlusse an eine Angina follicularis beobachtet. In seiner Abhandlung: „Zur Aetiologie der Angina follicularis“ sagt Sendtner<sup>36)</sup>, dass dieses so harmlose Leiden manchmal sehr ominös werden und den tödtlichen Ausgang verursachen kann. In vier Fällen von acuter folliculärer Rachenentzündung fand Sendtner bei seinen bacteriologischen Untersuchungen einen dem Fehleisen'schen vollständig identischen Streptococcus. Die Klinik entdeckt einen innigen Zusammenhang zwischen der Angina follic., dem Erysipel und Puerperalfieber, was schon von Schech bestätigt wurde (siehe oben) und wofür auch die Ergebnisse aus der Breslauer gynecologischen Klinik, in welcher während einer Puerperalfieber-Epidemie fast bei allen Patientinnen die Angina follicularis vorausging, beredsam sprechen. Auch in dem Falle

<sup>33)</sup> Angina lacunaris und diphtheritica. Berliner klin. Wochenschrift 1886, No. 17, S. 265 und No. 18, S. 287.

<sup>34)</sup> Przyczynę de patologii i terapii sprow zapalnych migdałkow. Gazeta Lekarska 1890. Deutsch: Ein Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocesse. Deutsches Archiv für klin. Medicin, 49. Bd., 6. Heft; Bericht in der Deutschen Med.-Ztg. No. 99, 1892, S. 1160.

<sup>35)</sup> Deux cas d'angine à pneumocoques. Archiv intern. de Laryng. No. 4, 1891; Bericht in Revue intern. de Rhin. No. 1, 1891, S. 14.

<sup>36)</sup> Münchener med. Wochenschrift 1891, No. 26, S. A.,

zeichnete und von dem Kunstlithographen A. Berger in Wien reproduciren liess.

Die Einleitung des Werkes enthält die Morphologie und Histologie des normalen Trommelfells, die physiologischen Eigenschaften und das topographische Verhältniss desselben zur inneren Trommelhöhlenwand. Hierauf folgt eine Besprechung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in den einzelnen Trommelfellschichten, die Technik der Ocularinspection und der normale Trommelfellbefund.

Die Ausführungen über pathologische Trommelfellbefunde sind meisterhafte, enthalten die feinsten Details, die zur richtigen Diagnose verwerthet werden können und berücksichtigen alle die Diagnostik unterstützenden Umstände, ohne dabei irgendwie langathmig zu sein. Jeder der 14 chromolithographirten Tafeln mit je 28 Trommelfellbildern ist eine kurze Erklärung vorausgeschickt. Die Bilder sind so naturgetreu und vorzüglich, wie sie nur ein Mann produciren kann, der als einer der hervorragendsten Otiater die Aquarellmalerei in trefflicher Weise bemeistert. Das Werk wird nicht allein dem practischen Arzte, sondern auch dem Fachcollegen sehr willkommen sein und ausgezeichnete Dienste leisten.

Die Ausstattung des Buches ist eine künstlerische.

Dr. Alt.

---

**Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten.** Herausgegeben von Bresgen. Heft 7: Sprachgebrecen des jugendlichen Alters in ihren Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege. Von Dr. Theod. S. Flatau, Berlin.

In dieser lesenswerthen Abhandlung schildert Verfasser theils die Bedeutung der Krankheiten der oberen Luftwege für die Entstehung von Sprachgebrecen, theils die Nothwendigkeit ihrer Berücksichtigung für die Beurtheilung und Behandlung der Sprachstörungen an der Hand von drei charakteristischen Fällen.

Fall 1: Rhinolalia clausa (verstopftes Näseln) und Sigmatismus lateralis dexter nasalis (eine Combination von Lispeln und offenem Näseln bei Zischlauten). Befund der oberen Luftwege: Einseitige Nasenverengung durch Infracctionsdeviation des Septum, kleine Adenoide. Hierdurch, bei gleichzeitiger geringer Contraction des Velum, die Rhin. clausa erklärt. Der Sigmatismus, auf dem Wege der psychischen Ansteckung erzeugt, ist nach Verf. ein nasaler, weil die Contraction des Velum in Folge der behinderten Nasenathmung nicht mehr kräftig genug war, um für das S, das, wie das I unter den Vocalen, stärkste Leistung des Gaumensegels erfordert, auszureichen.

Dass also hier erst eine Beseitigung der Hindernisse der Nasenathmung nothwendig war, ehe die übrigen Maassnahmen Erfolg haben konnten, ist ohne Weiteres ersichtlich.

Fall 2: Keine Reaction auf irgend einen Zuruf. Keinerlei articulatorische Leistungen.

Befund der oberen Luftwege: Riesige adenoide Vegetationen mit allen Zeichen einer lange und dauernd gestörten Nasenathmung. Otoscopisch: Chron. Paukenhöhlencatarrh.

Ein Fall von „Stummheit ohne Taubheit“ (nach Schmalz). Verf. theilt die mit diesem Sprachgebrecben Behafteten in drei Gruppen ein:

1) solche ohne Verminderung der intellectuellen Thätigkeit (mit geringer bis mittlerer Zunahme des adenoiden Gewebes);

2) solche mit event. geringen Hemmungserscheinungen der geistigen Thätigkeiten, die noch durch die adenoiden Vegetationen zu erklären sind (entsprechender Habitus der Patienten);

3) solche mit entweder angeborenem oder in Folge des langen Bestehens der behinderten Nasenathmung erworbenem Schwachsinn, eine Gruppe, deren Scheidung von der vorigen schon nach Verf.'s Ansicht oft schwierig resp. erst nach dem Erfolg der Therapie möglich sein dürfte.

Zu der letzteren Gruppe gehörte der beschriebene Fall, die Behandlung (Freilegung der Nasenathmung, Steigerung des Hörvermögens, sprachärztliche Bemühungen) war in Bezug auf die Stummheit fast völlig erfolglos.

In den reinen Fällen von „Stummheit ohne Taubheit“ sind nach Verf. wieder die verschiedensten Beziehungen zu der behinderten Nasenathmung zu erkennen.

Circulatorische Einflüsse (Störungen der Blut- und Lymphbewegung) auf das Centralorgan und somit auch Schädigung des Klangabdruckmagazins (nach Preyer) und mechanische (die motorische Seite der Sprachleitung hindernde); zu letzteren kommt auch noch die die articulatorischen Muskelbewegungen erschwerende Austrocknung der Mund- und Rachenhöhle hinzu (letztere beiden Momente auch störend für die sprachärztlichen Bemühungen). Aus allen diesen Gründen, dann auch, weil die adenoiden Vegetat. etc. schädigend auf den Allgemeinzustand des Körpers wirken, ist die Behandlung der Erkrankungen der oberen Luftwege von hervorragender Bedeutung auch für dieses Sprachgebrecben.

Fall 3: Mittelschwere Stotterin.

Befund der oberen Luftwege: Schwellungscatarrh der Nase, Reste hyperplast. adenoid. Gewebes (früher Gaumen- und Rachenmandel operirt).

Hier ist allerdings nur ein indirecter Zusammenhang nach Verf. anzunehmen. Jede Behinderung der Nasenathmung kann den Eintritt des Sprachgebrecbens erleichtern resp. das bereits bestehende tiefer einwurzeln.

Die Beseitigung der Erkrankungen der oberen Luftwege ist in solchen Fällen nach Verf. theils zu suggestiver Wirkung, vor Allem aber wiederum zur Ermöglichung der sprachärztlichen Behandlung nöthig.

L. M.

---

**Der Gesangsarzt. Gemeinverständliche ärztliche Bemerkungen zur Gesanglehre und zur Hygiene der Stimmorgane.** Von Dr. med. Georg Avellis, Frankfurt a. M.

Das Schriftchen bringt dem Sänger und solchen, die es werden wollen, sowie dem Gesangslehrer eine Reihe von werthvollen, beherzigenswerthen Rathschlägen und Mahnungen. Medicinisch giebt es nichts Neues.

L. M.

### III. Referate.

#### a) Otologische:

**Die Staphylococcen und die Otorrhoe.** (*Les staphylocoques et l'otorrhée.*) Von Dr. Lermoyez und Dr. Helme. (*Annales des mal. de l'oreille et du nez* 1896, No. 1.)

Verff. kommen am Ende ihrer gewissenhaft durchgeführten Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) die acuten Mittelohrentzündungen sind am Anfang meistens monomicrobisch; der im Momente der Paracentese des Trommelfelles gewonnene Eiter enthält fast immer nur eine Art pathogener Neugebilde; 2) der Streptococcus und der Pneumococcus finden sich gewöhnlich; der Staphylococcus findet sich selten Anfangs und ist dann immer mit anderen Microorganismen vermischt; 3) nach einiger Zeit gesellt sich gewöhnlich eine zweite Infection zu der ersten und ersetzt selbe am Ende ganz; 4) diese secundäre Infection entsteht besonders durch den weissen Staphylococcus; denn in 92 pCt. findet man denselben bei alten Otorrhöen und dann fast immer allein; 5) sie bildet den Uebergang der acuten eitrigen Form zu der chronischen; die fortwährende Neubildung dieser Staphylococcen unterhält diesen chronischen Zustand; 6) diese Staphylococcen könnten durch die Tuba Eustachii eindringen; wahrscheinlicher aber ist es, dass sie durch das perforirte Trommelfell von aussen eindringen; 7) sie können im äusseren Gehörgang von früher bestehen, wenigstens findet man selbe im Cerumen; 8) sie werden aber meistens von aussen durch die Verbandgegenstände, namentlich durch die Baumwolle hereingebracht; 9) hier kann man gewöhnlich den weissen Staphylococcus nachweisen und solche Gegenstände muss man als die Träger der immer dauernden Otitis chronica ansehen; 10) um solchen chronischen Ohrenfluss zu heilen, muss man also die strengste Antisepsis und Asepsis anwenden; 11) man muss also Nase und Mund, den Gehörgang und die Verbandgegenstände aseptisch machen; 12) man muss die Asepsie der Baumwolle besorgen, weil selbe so viel angewandt wird; 13) eine gute Methode, diesen Zweck zu erreichen, besteht darin, dass man eine Anzahl Baumwolltampons im Voraus zubereitet, selbe im Glühofen sterilisirt und in Glasbehälter aufbewahrt, aus welchen man sie mittelst einer vorher ausgeglühten Pincette herausnimmt; 14) eine neue, von den Autoren erfundene Methode besteht darin, dass man nur eine Spirituslampe und eine Flasche mit gesättigter Lösung von Borsäure in Spiritus braucht; 15) diese Methode beruht auf den feuerzerstörenden Eigenschaften der Borsäure; 16) man hält die die Baumwolle fassende Pincette in die alkoholische Borsäurelösung und zündet selbe an; so wird die Baumwolle in einigen Secunden sterilisirt, ohne sich zu verändern und ohne ihre hydrophilen Eigenschaften zu verlieren. Die mit solcher Baumwolle auf Gelatine gemachten Culturen bleiben immer ohne Resultat; 17) diese Methode der Sterilisation der Baumwolle ist auch ausserhalb der Ohrenheilkunde zu empfehlen. Dr. P. K.

**Die Asepsie in der Otologie, der Rhinologie und der Laryngologie.**  
(De l'asepsie en otologie, rhinologie et laryngologie.) Von Dr.  
Lermoyez und Dr. Helme. (Annales des maladies de l'oreille et du  
larynx 1895, No. 5.)

Verff. geben die Regeln der Asepsie beim behandelnden Arzte,  
beim Kranken, der Instrumente und des Verbandzeuges. Die Arbeit  
wird am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

### b) Rhinologische:

**Ueber Fremdkörper der oberen Luftwege und vier neue Fälle von  
Rhinolithen.** Von Dr. G. Lantin in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc.,  
Bd. IV, Heft 2, pag. 137, 1896.)

Zusammenstellung der in den letzten zwei Jahren in der allgem.  
Poliklinik zu Wien (Abtheilung von Prof. Chiari) zur Beobachtung  
gelangten Fremdkörper der oberen Luftwege. L. theilt dieselben in  
drei Gruppen: 1) die Fremdkörper aus der Nasenhöhle, 2) solche und  
der Mundrachenhöhle, 3) diejenigen aus dem Larynx; die erste Gruppe  
sondert sich a. in eigentliche Fremdkörper; b. in sogenannte Nasen-  
steine.

Die eigentlichen Fremdkörper der Nase (18 Fälle) bestanden in  
Knöpfen, Steinchen, Schwammstück, Pinsel, Palmkätzchen, ausge-  
schossene Kapsel, Perlen und Kernen verschiedenster Grösse, Art und  
Beschaffenheit. Sie wurden sämmtlich mittelst Pincette, Zange, Löffel,  
Sonde oder Drahtschlinge extrahirt, und verurtheilt L. die Entfernung  
durch Douche in die freie Seite der Nase auf's Entschiedenste, da die  
Gefahr, dass Flüssigkeit in das Mittelohr gelange und eitrige Mittel-  
ohrentzündung veranlasse, hier noch viel drohender durch Unwegsam-  
keit der andern Nasenseite und das längere Verweilen des Fremd-  
körpers in der Nase sei. — Rhinolithen kamen in 4 Fällen zur Beob-  
achtung. Sie waren von Bohnen- bis über Haselnussgrösse, sehr  
verschiedenartig gestaltet, wurden gleichfalls mittelst Zange oder Pin-  
cette extrahirt und zeigten als Grundlage einmal einen Reineclauden-  
kern, das andere Mal ein Steinchen, drittens zusammengefaltetes Zeitungspapier,  
viertens ein Stück Steinschale; bezw. ihrer allgemeinen Bes-  
chaffenheit und Entstehungsweise bemerkt L., und zwar auf Grund  
namentlich chemischer, macroscopischer, microscopischer und petro-  
graphischer Untersuchung in Dünnschliffen, dass sie von den Tonsillar-  
steinen etc. ganz verschiedene Bildungen sind, und dass ein stets vor-  
handener Fremdkörper in Verbindung mit der durch ihn hervorgerufenen  
abnormen Secretion mit grösster Wahrscheinlichkeit als die Ursache  
der Rhinolithenbildung anzusprechen ist. — Die Fremdkörper der Mund-  
rachenhöhle (11 Fälle) waren Gräten, Borsten, Knochenstückchen, die  
sich zumeist in den Tonsillen festgesetzt hatten; eine Graumenprothese  
musste von oberhalb des Aditus laryngis per Schlundzange, eine 1½ Ctm.  
lange Nähnaedel, die vor ca. einem Jahre mit einem Brodbissen ver-  
schluckt wurde und offenbar in die Rachengebilde eingedrungen war,  
die Halsmuskulatur unter glücklicher Vermeidung der Blutgefässe passirt

hatte und unter der Haut im rechten, vordern Halsdreiecke liegen geblieben war, von dort nach aussen extrahirt worden. Fremdkörper im Larynx (1 Fall), und zwar in einer Eierschale bei einem 1½ Jahre alten Knaben bestehend, wurde nach vorgenommener Tracheotomie von der Trachealwunde aus beseitigt. Er kam aber nachdem nicht zur Erscheinung und wurde wohl verschluckt. Auffallend war auch hier wieder die Thatsache, das Cocain bei Kindern, trotz energischer Application, nur sehr geringe anästhesirende Wirkung besitzt und daher auch hier zur allgemeinen Narcose geschritten werden musste.

Beschorner.

---

**Ueber die Behandlung des Hämatoms der Nasenscheidewand.** (Du traitement de l'hématome de la cloison.) Von Dr. Mounier. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

M. rath, die immer durch Trauma entstandenen, zumeist doppelseitigen Geschwülste, welche zuweilen die Nasenhöhlen verstopfen und dadurch die Athmung beträchtlich behindern, übrigens aber niemals spontan verschwinden, bald zu incidiren und ihren Inhalt zu entleeren, da sie sonst leicht in Eiterung übergehen und zu Necrose des Knorpels und Einsinken des Nasenendes führen können. Beschorner.

---

**Ueber angeborene Stenose der Nasenhöhlen und des Nasen-Rachenraumes.** (De la sténose congenitale des fosses nasales et du naso-pharynx.) Von E. Escat aus Toulouse. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

Mittheilung von drei Fällen obengedachter Art. Der erste betrifft einen 22jährigen jungen Mann, Microcephalen, mit Atresie des Nasenrachenraumes; der zweite einen 11jährigen geistig zurückgebliebenen Knaben mit Atresie der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes, und der dritte einen 56 Jahre alten Mann, ebenfalls beschränkten Geistes, mit Atresie des Nasenrachenraumes. In allen drei Fällen deuteten Anamnese und genaue Untersuchung auf congenitalen Ursprung. E. theilt die Erscheinungen, welche congenitale Stenose der Nasenhöhlen mit sich bringt, ein in: äussere; in solche, welche durch Untersuchung der betreffenden Höhlen gefunden worden, und in functionelle: die letzteren kennzeichnen sich durch respiratorische Störungen, durch solche des Gehörs, der Stimme und der Intelligenz. — Das klinische Bild erinnert in vieler Hinsicht an dasjenige, welches mit adenoiden Vegetationen Behaftete darbieten. Beschorner.

---

**Bacteriologische Befunde bei Rhinitis fibrinosa.** Von Dr. Edm. Meyer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 249, 1896.)

Bei der nicht allzu seltenen und gut durchforschten Affection handelt es sich zur Zeit hauptsächlich um Beantwortung der Frage des Zusammenhanges der Rhinitis fibrinosa mit Diphtherie. M., welcher 31 Fälle theils (9 Fälle) microscopisch, theils (22 Fälle) bacteriologisch mit Thierexperimenten, untersuchte, glaubt auf Grund seiner Befunde annehmen zu dürfen, dass die genannte Krankheit ätiologisch keine

einheitliche ist, sondern dass sie als Symptom einer diphtherischen Infection auftreten, ausserdem aber auch durch andere Krankheits-erreger, namentlich Streptococcen und Staphylococcen hervorgerufen werden kann.

Beschorner.

**Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben.** Von Dr. Avellis in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 255, 1896.)

A. zieht aus einer Anzahl von ihm beobachteter resp. operirter und genau mitgetheilte Fälle folgende Schlussfolgerungen: Das acute Kieferhöhlenempyem ist eine sehr häufige Erkrankung. Es giebt schwere und leichte Fälle; die schweren haben alle Symptome der leichten, dazu noch: Fieber, Apathie, Lichtscheu, profuse Secretion, Erbrechen, Erschwerung des Denkens. Acute Empyeme recidiviren sehr leicht, ein gewöhnlicher Schnupfen genügt zur Auslösung erneuter Erkrankung. Doppelseitiges Empyem sah A. ebenso häufig wie einseitiges. Ausgang in chronisches Stadium wurde unter 10 Fällen nur ein Mal beobachtet. Auch acute Empyeme können Polypenbildung verursachen. Die leichten Fälle heilen fast alle spontan, bei etwa nothwendiger künstlicher Ausspülung entscheidet nicht die Stelle der Ausspülungsöffnung über die Schnelligkeit und Zuversichtlichkeit der Heilung, sondern die Art des Empyems. Symptomatik und Prognose der acuten Kieferhöhlen-erkrankung ist nicht zusammenzuwerfen mit der des davon gänzlich verschiedenen chronischen Empyems.

Beschorner.

**Behandlung der chronischen eitrigen Stirnhöhlen-Entzündungen mit breiter Eröffnung der vorderen Sinuswand und Drainage durch die Nasenhöhle.** — Methode von Ogston und Luc. — (Traitement des sinusites frontales suppurées chroniques par l'ouverture large de la paroi antérieure du sinus et le drainage par la voie nasale.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

Mittheilung eines dritten, durch die oben gekennzeichnete Operations-Methode geheilten Falles von chronischer Stirnhöhlen-Eiterung mit fungöser Entartung der Schleimhaut. Um die Fungositäten in der nöthigen ausgiebigen Weise, und zwar am besten mit einer grossen Volkmann'schen Curette auskratzen zu können, empfiehlt L., die Oeffnung der vorderen Sinus-Wand in der Grösse eines 50 Centimes-Stückes anzulegen.

Beschorner.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen Zunge.** Von Dr. E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 163, 1896.)

Zwei Fälle genannter Art, einen 42 Jahre alten Mann und eine 70 Jahre alte Dame betreffend, gaben Sch. Veranlassung, eine Reihe von Culturversuchen mit dem dargebotenen Material zu machen, und gelang es ihm, wie schon Ciaglinsky, Hewelke und Sendziak,

schwarzgefärbte Pilze von der Oberfläche der schwarzgefärbten Zunge zu isoliren. Sch. giebt eine Uebersicht über das, was zur Aufklärung der parasitären Natur des Leidens bisher geleistet worden ist.

Beschorner.

**Ueber Gaumensegellähmung nach nichtdiphtheritischer Angina.** (Sur les paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphthéritiques.) Von Dr. Bourges. (Académie de médecine und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Schon Gubler hatte die Möglichkeit solcher Lähmung behauptet, ohne es beweisen zu können. Verf. giebt die Krankengeschichte eines solchen Falles, wo zuerst Strabismus und dann Gaumensegellähmung eintraten. Die Untersuchung der Pseudomembranen hatte weder den diphtheritischen Bacillus, noch Streptococcen ergeben. Dr. P. K.

**Lipo-myxo-fibrom der Mandel.** Von Dr. Haug in München. (Arch. f. Laryngol etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 269, 1896.)

Kleinhaselnussgrosse Geschwulst von blassgelbrother Farbe auf der eher atrophischen als hypertrophischen rechten Mandel, welche leichte Schlingbeschwerden verursachte, bei einer 90 Jahre alten Frau. Die Abschnürung (mitteltst Schlinge) und Durchtrennung (mitteltst Scheere) des verhältnissmässig breiten, bindegewebigen Stranges, der vom Mutterboden in die Neubildung übergang, war von einer sehr erheblichen arteriellen Blutung gefolgt, die sich nur durch Torsion mittelst Bergmann'schen Schiebers und nach temporärer Ausschaltung der Carotis mittelst Digitalcompression stillen liess. Keine Nachblutung. Kein Recidiv.

Beschorner.

**Epileptiforme Krisen und Hypertrophie der Tonsillen.** (Crises epileptiformes et hypertrophie des amygdales.) Von Dr. M. Boulay. (Arch. internat. de Laryngol etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

Bei einem 12 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben verschwanden schreckhaftes Erwachen in den frühen Morgenstunden, darauf kribbelndes, lähmungsartiges Gefühl in der Zunge, Convulsionen, Bewusstlosigkeit, zuweilen Starrheit der Extremitäten, unfreiwilliger Urinabgang etc., nach Entfernung der hypertrophischen Tonsillen und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume.

Beschorner.

**Ein Beitrag zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses.** Von Dr. A. Logucki in Warschau. (Arch. f. Laryngol etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 244, 1896.)

11 bacteriologisch und eine ganze Reihe klinisch untersuchter Fälle von peritonsillären Abscessen bringen L. zu den Schlussfolgerungen, dass diese Affection gewöhnlich ein secundäres Leiden ist, dass die Anwesenheit von Eiter bildenden Pilzen im Eiter (Staphylococcen und Streptococcen) sich leicht erklären lässt, da wir wohl wissen, dass in den Crypten der Mandeln selbst gesunder Personen zahlreiche, selbst pathogene Microorganismen vorkommen, zwischen denen jene oben-



genannten Coccen bei den Affectionen der Mandeln (Tonsillitis lacunaris, **Mischformen** der Diphtherie etc.) eine wichtige Rolle spielen; dass, wenn man bei Eröffnung der peritonsillären Abscesse in den ersten Tagen ihrer Entstehung im Eiter überwiegend Streptococcen, später Staphylococcen und Streptococcen, bei langdauernden Processen meist Staphylococcen fand, hierbei möglicherweise die in der Bacteriologie wohlbekannte Thatsache in Frage kommt, dass die Streptococcen durch die Staphylococcen überwachsen werden können. Damit wäre auch vielleicht zu erklären, dass ein Process, welcher im Beginn zuweilen einen sehr schweren Character zeigt, in der überwiegenden Zahl der Fälle nach künstlicher oder spontaner Entleerung der Abscesse für gewöhnlich günstig endet, ohne irgend welche bedrohliche Folgezustände hervorzurufen.

Beschorner.

---

**Ueber acute ulceröse Amygdalitis lacunata.** (De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aigue) Von Dr. Moure. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 18.)

Verf. giebt die Geschichte, die Aetiologie, die Symptome nebst Verlauf und die Therapie der betreffenden Krankheit.

Dr. P. K.

---

**Ueber chaneroide ulceröse Amygdalitis.** (De l'amygdalite ulcéreuse chancriforme.) Von Dr. Mendel. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 18.)

Früher gar nicht bekannt. Die Einseitigkeit nebst einseitiger Ganglienschwellung sind viel wichtigere Symptome, als das klinische Bild auf der Mandel selbst. Im Allgemeinen aber besteht das Geschwür in einer schmutzigräuen Fläche mit angefressenen Rändern und Induration.

Dr. P. K.

---

**Tractionen der Zunge bei Singultus.** (Tractions de la langue dans le hoquet.) Von Dr. Lépine. (Bulletin médical und Wiener med. Presse No. 10.)

Während 3 Tagen 30 Mal in der Minute bei einem jungen hysterischen Mädchen bestehender Singultus. Es schien ein Magenleiden damit im Zusammenhang zu bestehen. Beim Betrachten der Zunge fiel es auf, dass bei vorgestreckter Zunge das Schluchzen aussetzte. Es wurde nun die Patientin angewiesen, während einer gewissen Zeit die Zunge in regelmässigen Perioden herauszustrecken. Die Heilung erfolgte rasch und vollständig.

Dr. P. K.

**Adenom des rechten Stimmbandes.** (Un cas d'adenome de la corde vocale droite.) Von Dr. C. Corradi. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Seltene Fälle. Verf. giebt die genaue macroscopische und microscopische Beschreibung eines solchen Falles. Dr. P. K.

---

**Ueber eine sogenannte Wunderheilung eines Falles von hysterischem Stummsein.** (A propos d'une prétendue guérison miraculeuse de mutisme hystérique.) Von Dr. d'Aguannon. (Arch. ital di lar. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Das hysterische Stummsein ist besonders dazu angethan, so plötzlich ohne nachweisbare Ursache zu verschwinden, dass manche Leute an ein Wunder glauben. Dies ist besonders der Fall, wenn der Patient den höheren Ständen angehört und wenn er in die Hände eines Betrügers fällt. Verf. erzählt die Krankengeschichte eines 12jähr. Knaben, welcher vergeblich von verschiedenen Aerzten behandelt worden war und endlich durch einen im Geruche der Heiligkeit stehenden Betrüger in ein mit intensiven Gerüchen gefülltes Heiligthum geführt wurde; hier rieth man ihm, im Chor mit anderen Personen Viva Maria zu singen und die Stimme kam plötzlich wieder. Hier handelte es sich also um eine Suggestion im wachenden Zustande; man hatte dem Kinde suggerirt, dass ihm kein Mittel helfen könne und dass die Mutter Gottes allein im Stande sei; ihm die Stimme wieder zu geben.

Dr. P. K.

---

**Streptococcusinfection; allgemeine Infection. eitriger infectiöser Mittelohrcatarrh, Tod.** (Streptococcie, infection générale, otite moyenne suppurée infectieuse, mort.) Von Dr. Thomas. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Auf eine ganz genau durchgeführte Beobachtung gestützt, hebt Verf. folgende Punkte als wichtig für die oben genannte Infection hervor: der Anfang kennzeichnete sich durch beiderseitige Schwellung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen. Am dritten Tage linksseitige acute eitrige Mittelohrentzündung; der charakteristische Schmerz bei jeder Kopfbewegung, welcher Schmerz auf Ergriffensein der Halsmuskeln hindeutet, zeigt den Beginn einer Meningitis, auch wenn noch kein Ohrenfluss besteht; diese Krisen zeigen also Meningitis, bevor noch Convulsionen und Coma entstanden sind. Es sollen immer Einspritzungen in's Ohr gemacht werden, trotz der Meinung mancher Autoren, welche den trockenen Verband empfehlen. Ein wie in dem beschriebenen Fall entstandener Retropharyngealabscess soll sobald als möglich eröffnet werden, einerlei auf welche Art. Dr. P. K.

---

**Pharyngealspasmus bei Tabetikern.** (Crises de spasme pharyngé chez les tabétiques.) Von Dr. Courmont. (Revue de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Seltene Fälle, aber bestimmte Krankheitsbilder. Verf. erzählt genau einen solchen Fall, welcher dem Tode nahe war und durch Suspension geheilt wurde. Dr. P. K.

---

**Ueber die nach Seruminjection hervorgebrachten üblen Folgen bei Anwesenheit von Streptococcen.** (Des accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de serum de Roux.) Von Dr. Sevestre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 31 Janvier 1896 und Semaine médicale. 1896, No. 7.)

Bei reiner Diphtheritis ohne andere als die Löffler'schen Bacillen bringt das Roux'sche Serum nie Schaden. Sind Streptococcen dabei, so können unangenehme, aber selten gefährliche Folgen entstehen. Sind verhältnissmässig viel oder fast nur Streptococcen vorhanden, so entstehen meist üble Zufälle; sind nur Streptococcen allein vorhanden, so helfen die Roux'schen Einspritzungen gar nicht und sind also überflüssig. In leichten Fällen von Angina bei nicht gemachter bacteriologischer Untersuchung kann man sich also einstweilen der Roux'schen Einspritzung enthalten; treten aber Verschlimmerungen ein, so muss man auch bei nicht vollendeter bacteriologischer Untersuchung gleich einspritzen. Tritt die Angina unter schweren Symptomen auf oder besteht Larynxstenose, so soll man, auch bei nicht gestellter bacteriologischer Diagnose, gleich einspritzen. Das Serum als Clystier oder als Salbe (Chantemesse, Gaucher) anzuwenden, heisst nichts.

Dr. P. K.

**Experimentelle Studien über Diphtheritis, welche von den Vögeln entsteht.** (Recherches experimentales sur l'origine aviaire de la diphthérie.) Von Dr. Gallez Sohn. (Académie de médecine de Belgique, Séance du 28 Mars 1896.)

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Beim Geflügel besteht ein von den Thierärzten „contagiöser Catarrh“ genanntes Leiden, welches durch eine schleimige Secretion der Augen-, Nasen- und Mundschleimhaut, durch schnelles Abmagern und durch Lähmung der Füße sich auszeichnet; es ist sehr ansteckend und hat eine schlechte Prognose. Dieses Leiden kann der Ausgangspunkt von Diphtheritis-Epidemien beim Menschen sein. Der Hauptpunkt dieses contagiösen Leidens besteht darin, dass man den Löffler'schen Bacillus nachweisen kann, welcher aber vom menschlichen Löffler'schen Bacillus sich durch seine bedeutend geringere Virulenz unterscheidet. Vermehrt man die Virulenz dieses Bacillus und impft denselben dann den Meerschweinchen ein, so sterben die Thiere sehr rasch unter denselben Symptomen, wie wenn sie mit dem Löffler'schen menschlichen Bacillus geimpft werden. Impft man diesen virulent gemachten Bacillus den Hühnern ein, so entstehen die Symptome des „contagiösen Catarrhs“. Dieser „contagiöse Catarrh“ der Vögel scheint durch seine Symptome und seine Entstehungsart verschieden von dem Leiden zu sein, welches man bis jetzt „Geflügeldiphtheritis“ nannte. Dieses Factum erklärt die negativen Resultate derjenigen Autoren, welche das Entstehen der menschlichen Diphtheritis aus der Geflügeldiphtheritis beweisen wollten. Allem Anschein nach besteht zwischen diesen beiden Leiden nur eine Namensverwandtschaft. Man kann die curative Wirkung des anti-diphtheritischen Serums auf den „contagiösen Catarrh“ des Geflügels nicht streng beweisen, aber unter dieser Behandlung sieht man die krankhaften Secretionen abnehmen und verschwinden, die Abmagerung

stille stehen und die Krankheit, wenn auch nicht heilen, doch während der ganzen Behandlung keine Fortschritte machen. Vergleichende Studien der durch den Löffler'schen Bacillus und den Bacillus des „contagiösen Catarrhs“ des Geflügels hervorgebrachten Wirkungen haben bewiesen, dass beide Impfungen ein und dieselben Symptome bei den Hühnern und bei den Meerschweinchen hervorbringen. Daraus erhellt, dass der Bacillus des „contagiösen Catarrhs“ ein wenig virulenter Löffler'scher Bacillus ist. In dieser schwachen Virulenz des Bacillus des „contagiösen Catarrhs“ findet man die Erklärung, dass in sehr vielen Fällen mit diesem Leiden behaftetes Geflügel den Menschen nicht inficirt, trotzdem wohl immer die Gefahr dazu besteht.

Dr. P. K.

---

**Menschliche und Vögeldiphtheritis.** (Diphthérie humaine et diphthérie aviaire.) Von Dr. Gratia. (Academie de médecine de Belgique, Séance du 28 Décembre 1895.)

Um das Uebereinstimmen beider Krankheiten festzustellen, hat Verf. drei Arten von Experimenten unternommen: 1) bacteriologische Untersuchungen, 2) Impfungen, 3) therapeutische Versuche. Die bis jetzt allein angestellten Versuche mit Einspritzen von Behring's Serum ergaben bei Hühnern ein negatives Resultat; man muss also einstweilen annehmen, dass beide Affectionen nicht identisch sind.

Dr. P. K.

---

**Pharyngeale Localisation des Typhus.** (Localisations pharyngées du typhus.) Von Dr. Coradeschi. (Gazz. degli Ospedale e Cliniche und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 2.)

Es besteht eine Angina typhosa, ebenso wie eine Angina diphtheritica, scarlatinosa, syphilitica etc. etc. besteht; die specifischen Larynxtyphen sind längst bewiesen, sie haben dasselbe typhöse Geschwür zur Schau wie die Peyer'schen Drüsen. Ebenso sieht man typhöse Pharynxgeschwüre, wenn alle Zeichen darauf hinweisen, dass der Darm nur wenige Geschwüre hat. Gestützt auf fünf Beobachtungen behauptet Verf., dass der Pharynx Geschwüre haben kann, ehe der Darm ergriffen ist; am häufigsten werden die Mandeln befallen, weil deren Structur der der Peyer'schen Drüsen am meisten gleichkommt. Der Eberth-Graffy'sche Bacillus wurde vom Verf. in den thyphösen Larynxgeschwüren nachgewiesen. Es besteht ein gewisses Verhältniss zwischen Pharynx- und typhösen Darmgeschwüren. Die Pharynxgeschwüre verhelfen oft zur Diagnose.

Dr. P. K.

---

**Bronchialfistel des Halses durch Electrolyse geheilt.** (Fistule bronchiale guérie par l'électrolyse) Von Dr. Lichwitz. (Archives d'électricité médicale u. Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Die chirurgische Behandlung solcher Fisteln ist gefährlich und hinterlässt hässliche Narben. Die Electrolyse bringt manchmal Heilung ohne diese Unannehmlichkeiten. Lefort erzählt drei solcher Fälle. Verf. heilte seine Patienten durch 17 Sitzungen, ohne Recidive.

Dr. P. K.

**Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Entzündung des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Von Dr. A. v. Sokolowski in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag 231, 1896.)

Fall, einen 19jährigen Bauernsohn aus dem Gouvernement Siedece betreffend, der während anstrengender Feldarbeit plötzlich heiser wurde. Es gesellte sich Husten und Athemnoth dazu, welche während der letzten Monate einen bedrohlichen Character annahm. Die laryngoscopische Untersuchung liess das Leiden als hypertrophische Entzündung der subchordalen Region mit Wulstbildung erkennen. Der obere Kehlkopfabschnitt fand sich vollständig frei. Es wurde zur Eröffnung der Trachea und Excision der Wülste geschritten. Der Erfolg dieser Operation war ein vollkommener, der Heilverlauf ein so günstiger, dass 9 Tage nach derselben die Canüle entfernt und die Entlassung des Kranken in Aussicht genommen werden konnte. Indessen 6 Tage nach dem Decantement bekam Patient erneut heftige Athemnoth und verstarb unter den Erscheinungen acuter ödematöser Bronchitis. Bei der Autopsie zeigte sich im unteren Abschnitte des Kehlkopfs und im oberen der Trachea eine hochgradige, nach unten bis zum 4. Trachealknorpel reichende ringförmige Stenose, unterhalb deren die Schleimhaut stark verdickt war, welche Verdickung bis zu den oberen Abschnitten der grossen Bronchien reichte. Specifiche Microorganismen wurden in den nach dem Tode, wie bei Lebzeiten excidirten Präparaten nicht gefunden. Nirgends in der Nasenrachenhöhle wurden irgend welche für Rhinosclerom charakteristische Veränderungen constatirt. Der Fall reiht sich als sechster, durch Necropsie als Sclerom des Larynx und der Trachea genau festgestellter denen von Ganghofner, Chiari, Bandler, Juffinger an. Beschorner.

---

**Bemerkungen über die Larynxstörungen bei Siringomyelitis.** (Note sur les troubles laryngés dans la siringomyélie.) Von Dr. A. Cartaz. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

In der Hälfte aller Fälle bemerkt man sensible und motorische Störungen; selbe können von der verschiedensten Art sein.

Dr. P. K.

---

**Perichondritis der Larynxknorpel.** (Périchondrite des cartilages laryngés.) Von Dr. Ambler. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Selten primär, Ursache dunkel, meistens bei erschöpfenden Krankheiten (Typhus, Diphtheritis, Pneumonie) vorkommend; häufiger bei Männern als bei Frauen, von zweideutiger Prognose; die Perichondritis des Schildknorpels ist die leichteste Form, die des Ringknorpels die schlimmste. Diagnose Anfangs fast unmöglich, Prognose bei Erkrankensein aller Knorpel tödtlich. Verf. giebt die Krankengeschichte von vier von ihm beobachteten Fällen. Dr. P. K.

**Ein gestielter Krebs des Kehldeckels.** Von Dr. Alex. Bourowicz in Krakau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 175, 1896.)

Die gestielte Form ist bei bösartigen Neubildungen selten. Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen 55jährigen Mann mit schwerer Athmung und dem seit einigen Monaten bestehenden Gefühle eines Fremdkörpers im Halse. Das Kehlkopffinnere fand sich verdeckt von einer Geschwulst, so dass nur der Rand der linken Plica ary-epiglottica, auch theilweise die Spitzen der Aryknorpel sichtbar waren. Sie zeigte beim Athmen des Kranken eine Beweglichkeit, namentlich beim Phoniren, wobei die klare und laute Stimme dafür sprach, dass die Stimm lippen nicht erkrankt waren oder dass die Geschwulst nicht so tief nach unten hinabreichte. Am Halse rechts fühlte man in der Gegend des Kehlkopfs eine kleine harte Drüse. Man stellte die Diagnose auf gestieltes Carcinom des Kehldeckels. Pat. wurde tracheotomirt und sollte dann auf dem Wege der Pharyngotomia subhyoidea die Neubildung mit der Epiglottis entfernt werden. Kurz aber nach der Tracheotomie verstarb Pat. mit rapidem Kräfteverfall. An den Lungen fanden sich tuberculöse Veränderungen. Die Geschwulst zeigte sich bei der Necroscopie hühnereigross, mit kurzem Stiele der untern Hälfte des Kehldeckels aufsitzend, und bestätigte die microscopische Untersuchung die Diagnose: Carcinoma epitheliale.

Beschorner.

---

**Subglottische Larynxtuberculose, Schwellung der Cervicaldrüsen. Larynxstenose, Intubation, Tod.** (Tuberculose laryngée sous-glottique, adénopathie cervicale. Sténose glottique, Intubation, mort.) Von Dr. Claude. (Bulletin de la société anatomique de Paris und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Der Fall ist insofern interessant, dass er die längst bekannte Unzulänglichkeit der Tubage bei Larynxtuberculose auf's Neue darthut. Die Tubage kann in solchen Fällen nichts helfen. Dr. P. K.

---

**Bemerkungen über einen Fall von tabetischer Larynxlähmung.** (Note sur un cas de paralysie laryngée tabétique.) Von Dr. H. Mendel. (Arch. internat. de lar. et otol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Verf. kommt zu folgendem Schluss: Die tabetischen Larynxlähmungen können wieder verschwinden; sie können den Platz ändern ebenso wie die oculomotorischen Lähmungen. Dr. P. K.

---

**Die Orthoscopie des Larynx.** Von Dr. J. Katzenstein in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 179, 1896.)

Durch besondere Anordnung von Spiegeln, bei welchen sich die Lichtstrahlen kreuzen, wird erreicht, dass die Besichtigung des Kehlkopfes im aufrechten Bilde erfolgt. Man handhabt das Instrument wie einen gewöhnlichen Kehlkopfspiegel. Beschorner.

**Entzündung der crico-arytänoidalen Gelenke rheumatischen Ursprungs.**

Von Dr. J. Sendziak aus Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 264, 1896.)

Bei einer Person, welche bislang ziemlich gesund war, aber erblich belastet (Lungen- und Kehlkopftuberculose des Vaters), zeigte sich plötzlich in den letzten Tagen der Schwangerschaft unter Umständen, welche eine Ansteckung von Influenza zu supponiren erlaubten (die Bekannte, sowie die Hebamme, bei welchen die Kranke zu jener Zeit wohnte, waren von Influenza befallen), scheinbar anfänglich im Kehlkopf (crico-arytänoidale Gelenke) und nachher in anderen Gelenken, besonders im linken Ellenbogen ein ziemlich starker entzündlicher Process mit beunruhigenden Symptomen, namentlich Schmerzen und Schwierigkeiten beim Schlucken, Aphonie, starkes Fieber und bedeutende Schwäche. Nach Ansicht von S. handelte es sich in diesem Falle um eine primäre rheumatische Entzündung der crico-arytänoidalen Gelenke; nachher aber mit Afficirung derselben Art, wenn auch etwas ungewöhnlich, anderer Gelenke (Polyarthrits rheumatica) während und nach der Niederkunft. — Patientin genas vollkommen.

Beschorner.

---

**Doppelseitige Posticuslähmung mit Tabes dorsalis; Asphyxie; Tracheotomie; Hellung; Bemerkungen über den Fall.** (Cas de paralysie bilatérale des crico-aryténoidiens postérieurs associée au tabes dorsal; asphyxie; trachéotomie; guérison; remarques.)

Von Dr. F. Hawkins. (Lancet, Juni 1895 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Auffallend dabei war, dass die Larynxsymptome plötzlich eintraten.

Dr. P. K.

---

**Fremdkörper (Goldstück) in den Larynxventrikeln.** (Cas de corps étranger [pièce d'or] engagé dans les ventricules du larynx.)

Von Dr. A. de Roaldés. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 15.)

Dyspnoe, Stimmlosigkeit, Erstickungsanfälle; 30 Stunden nach dem Ereigniss wurde das Goldstück nach vorheriger Cocainisation mittelst der Schrötter'schen Zange extrahirt.

Dr. P. K.

---

**Suffocatorischer Kropf und Zungentractionen.** (Goitre suffocant et tractions de la langue.) Von Dr. Laborde. (Bulletin médical, Avril 1895 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Bei einem mit Erstickungskropf behafteten und dem Tode nahestehenden Soldaten halfen künstliche Respiration und sonstige Hautreize nicht. Nach der fünften Zungentraction trat das normale Athmen wieder ein (?).

Dr. P. K.

**Die elastischen Fasern im Kehlkopfe.** Von Dr. E. P. Friedrich in Leipzig. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 184, 1896.)

Zweck der Arbeit ist: die Anordnung des elastischen Gewebes im Kehlkopfe, sowie seine Beziehungen zu Muskeln, Epithel, Drüsen und Knorpel darzulegen, und mit der Cocainfärbungs-Methode nach Tänzer und der fortgeschrittenen Technik das zu bestätigen und zu vervollkommen, was vor Allem von Lauth und Tourtual in grundlegenden Arbeiten beschrieben wurde, die bis in die neueste Zeit als Richtschnur für die Schilderung der Bänder des Kehlkopfs gelten. F.'s Untersuchungen erstrecken sich auf 1) die inneren Bänder des Kehlkopfs (Conus elasticus, Ligamentum vocale, Ligamentum ventriculare); 2) die Schleimhaut des Kehlkopfs und 3) das Verhältniss des Lig. vocale zum M. vocalis.

Die ausserordentlich eingehende, die Untersuchungsergebnisse auch zahlreicher anderer Forscher sorgfältigst berücksichtigende, durch schöne photolithographische Abbildungen microscopischer Präparate illustrierte Abhandlung eignet sich wenig zum Referate und muss im Originale nachgelesen werden.

Beschorner.

---

**Larynxblutung, einem Blutsturz ähnelnd.** (Hémorrhagie laryngée simulant des hémoptysies.) Von Dr. Ferras. (Société française d'otologie et de laryngologie, Mai 1895 und Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 12.)

Der Fall zeigt, dass eine starke Larynxblutung bei einem anämischen, etwas abgemagerten Mädchen, welches keine Regeln hat und 20 Jahre alt ist, leicht an Lungenerkrankung denken lässt. Das Laryngoscop allein giebt in solchen Fällen den Aufschluss.

Dr. P. K.

---

**Tuberculose der Glandula parotis.** (Tuberculose de la parotide.) Von Dr. Legneu und Dr. Marien. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 18 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

Die Tuberculose und tuberculöse Cavernen fanden sich mitten im gesunden Gewebe. Die äussere Haut war normal, die Ganglien waren gesund; die Infection konnte also nur durch den Ductus Stenonianus stattgefunden haben.

Dr. P. K.

---

**Ueber Creosotbehandlung bei Larynx- und Lungentuberculose.** (Du traitement créosoté dans la tuberculose du larynx et des poumons.) Von Prof. Dr. Störck. (Archiv für Laryngologie und Rhinologie, Vol. I, Fasc. 2 und Revue de laryngologie 1895, No. 7.)

Verf. kommt zu folgendem Schluss: Alle Patienten, welche das Creosot mit Widerwillen nehmen, welche den Creosotgeschmack im Munde behalten, welche über Uebelsein und Brechen klagen, verlieren an Kräften und sterben früher, als wenn sie auf die gewöhnliche Weise behandelt werden.

Dr. P. K.



**Entfernen eines Glasstückes aus dem Eingang des Digestions- und Respirationstractus.** (Extraction d'un morceau de verre à l'entrée des voies digestions et aériennes.) Von Dr. E. J. Macore. (Revue de laryng. u. Ann. des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Der Fremdkörper befand sich über einen Monat an der genannten Stelle. Patientin wusste nichts davon, denn es bestanden nur intermittierende Schlingbeschwerden und zeitweises Bluträuspern. Die Natur des Fremdkörpers konnte nicht durch das Laryngoscop erkannt werden.

Dr. P. K.

**Plötzlicher Tod durch Hypertrophie der Thymusdrüse.** (Mort rapide par hypertrophie du thymus.) Von Dr. Haushalter. (Société de médecine de Nancy, Séance du 29 Mai 1895.)

Ein 9 Monate altes Kind stirbt in einigen Minuten Zeit durch Erstickung. Die Section ergab nur eine Thymushypertrophie, welche Drüse 10 Ctm. lang, 5 Ctm. breit war und 50 Gramm wog. Die Thymus kann in solchen Fällen die Trachea nicht allmählig comprimieren, sonst beständen ja Prodromalsymptome, was hier nicht der Fall war. Man kann in solchen Fällen bloß eine plötzlich eintretende Congestion der schon längst hypertrophischen Thymusdrüse annehmen, welche Drüse dann durch Reflex den tödtlichen Spasmus glottidis hervorruft.

Dr. P. K.

**Die Tracheoscopie und die tracheoscopischen Operationen bei Tracheotomirten.** Von Prof. Dr. Pieniazek in Krakau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 210, 1896.)

Diese Methode beruht auf Anwendung gerader, oben trichterartig erweiterter Röhren, die in die Luftröhre eingeführt und in deren Richtung gebracht worden, während das Licht von der daneben gestellten Lampe mit dem Reflector hineingeworfen wird, und ermöglicht bei strenger Befolgung aller, von P. ausführlich besprochenen Cautelen die Besichtigung des untern Abschnittes der Luftröhre, der Bifurcation und der Eingänge in die beiden Bronchien. Die Instrumente für tracheoscopische Operationen müssen sehr schlank, und an ihrem Griffe unter einem Winkel von 130—140° angebracht sein. Am besten geeignet sind: die Schrötter'sche Kehlkopfpincette, die nach P.'s Angabe gefertigte scharfe Kehlkopfpolypenzange, gerader scharfer Löffel und eine gerade Ringcurette. Autor geht weiter auf die krankhaften Veränderungen in der Luftröhre bei Tracheotomirten ein, als: acuter und chronischer Trachealcarrh, Tracheobronchialcroup, ferner Veränderungen, die in der Luftröhre durch die Cantile hervorgerufen worden, Schwellungszustände, Sclerom, Compressionsstenosen, gutartige und bösartige Neubildungen, endlich Fremdkörper, und wie man all' diese Zustände mittelst Tracheoscopie erkennen bzw. durch tracheoscopische Manipulationen und Operationen günstig beeinflussen, eventuell heilen kann. Wie wichtig zur Diagnose und Entfernung von Fremdkörpern namentlich die P.'sche Methode ist, erhellt uns einer Anzahl von einschlägigen Fällen, über die er ausführlich berichtet.

Beschorner.

**Ist die Expectoration leichter nach der Intubation oder nach der Tracheotomie?** (L'expectoration est-elle plus facile après la tracheotomie qu'après l'intubation?) Von Dr. Corradi. (Poli-clinique de Rome und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Verf. bekämpft den Ausspruch **Bonnain's**, gemäss welchem der Auswurf sich leichter bei der Intubation mache. Denn erstens habe man bei ausgeführter Tracheotomie zwei Ausgangsöffnungen, und zweitens müssten die Sputa, dem **Pascal'schen** Gesetz zu Folge, leichter zur Trachealöffnung als zur Mundöffnung aus sich entfernen.

Dr. P. K.

**Ein Fall von Pneumomycosis beim Menschen.** (Note sur un cas de pneumomycose chez l'homme.) Von Dr. Victor Herbe. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique No. 10, 1895.)

Nachdem Verf. die das Thema berührende Bibliographie gegeben, beschreibt er seinen speciellen Fall: Es handelt sich um eine Frau, welche drei Tage nach ihrer Aufnahme in's Spital an Lebercarcinom zu Grunde ging. Man fand verschiedene Lungencavernen, welche intra vitam nicht diagnosticirt worden waren. In Folge bacteriologischer und mehr noch in Folge microscopischer Untersuchungen ergab sich **Mycosis** der Lungen, so wie selbe bei Hühnerfütterern und bei Perückenarbeitern gefunden wird.

Dr. P. K.

**Ueber die Pathogenese des Lungenbrandes.** (Sur la pathogénie des gangrènes pulmonaires.) Von Dr. V. Babes. (Semaine médicale 1895, No. 63.)

Verf. kommt am Ende seiner Abhandlung zu folgenden Schlussfolgerungen: Es besteht kein primärer Lungenbrand; in den Fällen, welche primär zu sein schienen, konnte man immer Mandelleiden oder Retropharyngealabscesse nachweisen; hier machte sich die Invasion immer durch die Lymphgefässe und Lymphdrüsen. Der Gangrän geht nicht nothwendiger Weise eine Lungenentzündung voraus; in den meisten Fällen aber bestand vorher eine putride Bronchitis. Besteht vorher Lungenentzündung, so ist diese keine gewöhnliche genuine Pneumonie, sondern eine eigenartige, durch sehr virulente Staphylococcen und Streptococcen gekennzeichnete Entzündung, deren **Microorganismen** die Necrose der Gewebe hervorbringen und sich mit einem dem **Colibacillus** ähnlichen saprogenen Microben verbinden. Verf. hat ausserdem zwei die Lungengangrän hervorrufende Bacillen gefunden, der eine des malignen Oedems, der andere saprogen, dem *Coli communis* ähnelnd. Die gewöhnlichen Bacterien des Mundes bringen keine Lungengangrän hervor, obwohl man selbe in den gangränösen Herden findet.

Dr. P. K.

**Verletzung der Speiseröhre.** (Cas curieux de blessure de l'oesophage) Von Prof. Dr. Heydenreich. (Société de médecine de Nancy, Séance du 8 Novembre 1895.)

Eine 60jährige Frau hatte eine Stecknadel verschluckt. Von dem behandelnden Arzte wurden unvernünftige Extractionsversuche gemacht,

welche später von H. in gelindem Maassstabe wiederholt wurden, ohne dass die Stecknadel herausbefördert werden konnte. Tod nach 53 Stunden unter dyspnoischen Erscheinungen. Die Section ergab linksseitige purulente Pleuritis mit Mageninhalt. Der Oesophagus war in der Höhe des Ringknorpels bei den Extractionsversuchen mittelst einer Zange durchbohrt worden, ohne dass man die Stecknadel gefasst hatte! Von dieser Perforationsöffnung hatte sich beim Erbrechen ein Canal gebildet, welcher den Oesophagus von der vorderen Fläche der Wirbelsäule lostrennte in einer Länge von 14 Ctm.; am Ende dieses Canales fand sich der Pleurawand entsprechend eine ebenfalls fingerdicke Oeffnung in der Pleura. Der ganze Hergang und der Tod liessen sich nun leicht erklären. Die Stecknadel wurde in der Pylorusgegend gefunden, ohne dass selbe irgend eine Verletzung auf ihrem Wege gemacht hatte. Die Wunde des Oesophagus mit ihren tödtlichen Folgen war also künstlich hervorgebracht!

Dr. P. K.

---

**Fremdkörper des Oesophagus, Tod durch Ulceration des Truncus brachiocephalicus.** (Un cas de corps étranger de l'oesophage; mort par ulcération du tronc brachio-céphalique.) Von Dr. Crofton Atkins. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 12.)

Ein 3jähriges Kind verschluckte eine Münze, ohne dass gefährdende Symptome eintraten. Man fand die Münze nicht in den Faeces. Nach sechs Wochen bemerkte man ulceröse Stomatitis und Hustenstösse beim Schlucken fester Nahrung. Tod durch Hämorrhagie aus dem Munde. Die Section ergab eine Tasche rechts im Oesophagus, in der Höhe der Articulation sternoclavicularis, in welcher Tasche sich die Münze befand. Eine Sonde konnte von dem linken Herzen aus durch die Aorta und den Truncus brachiocephalicus in die Tasche gelangen.

Dr. P. K.

---

### Notiz.

Das Secretariat des Internationalen medicinischen Congresses in Moskau ersucht uns, in seinem Namen die Herren Collegen zu bitten, sie mögen zur Erleichterung der Correspondenz ihre genaue Adresse dem

Herrn Secretär Dr. Ag. Beläew  
(Moskau, Spiridonowka, Eigenes Haus)

mittheilen, was hiermit geschieht.

---

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

---

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.  
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).  
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 38.  
Druck von Marschner & Stephan in Berlin NW., Ritterstrasse 41.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

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

Herausgegeben von

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

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

---

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

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

---

Jahrg. XXX.

Berlin, September 1896.

No. 9.

---

## I. Originalien.

### Simulation und Verkennung von Krankheitszuständen des Gehörapparates.

Von

Prof. Dr. **Ostmann**, Marburg.

Gegenüber dem gerade in militärärztlichen Kreisen regen Bestreben, Instrumente und Apparate zu besitzen, welche der militärärztlichen Prüfung des Hörvermögens unter besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage mit möglichster Vollkommenheit dienen, scheint mir nach meinen, insbesondere auf diesem Gebiet militärärztlicher Thätigkeit reichen Erfahrungen der Hinweis nicht unangebracht, dass man dem Arzt kein besseres Instrument und keine bessere Waffe gegen die Simulation in die Hand geben kann, als eine gute Kenntniss der Krankheitszustände des Gehörapparates.

Nach meinen Erfahrungen entspringt nämlich der Verdacht der Simulation häufig aus der Verkennung eines Krankheitszustandes von Seiten des Arztes, nicht selten auch aus dem Unvermögen des Kranken, sich selbst hinreichend zu beobachten und den Sinn der mit ihm ange-

stellten Versuche zu erfassen, während thatsächliche Simulation sehr selten ist. So kommt es denn, dass Leute, welche thatsächlich krank sind, aber nicht gerade Krankheitserscheinungen darbieten, die der Arzt selbst bei den geringsten Kenntnissen wahrnehmen muss, in miss-trauischen und mehr überzeugten als unterrichteten Untersuchern den Verdacht der Simulation erregen, wenn die mit ihnen angestellten Versuche nicht gerade so ausfallen, wie es geschrieben steht.

Ein ganz allgemein gehaltenes Beispiel: Bei einem Manne entsteht eine Ruptur des Trommelfells durch Trauma, z. B. eine Ohrfeige. Ausspülungen erzeugen eine sich anschliessende Mittelohrreiterung, die einen ungewöhnlich schweren Verlauf nimmt und schliesslich, wie spätere sachgemässe Untersuchung und der Krankheitsverlauf ergeben, zur Miterkrankung des schallempfindenden Theiles des Ohres führt. Diese secundäre Affection des Labyrinths macht das Ohr auch für die von der Höhe des Scheitels durch den Knochen zugeleiteten Töne unempfindlich und beeinträchtigt die Hörschärfe in der erheblichsten Weise. Aus der Angabe des Mannes, dass er den durch Knochenleitung zugeleiteten Stimmgabelton auf dem kranken Ohr nicht höre, wird geschlossen, dass er die Unwahrheit sagt; denn — so wird gefolgert, er muss bei Erkrankung des Mittelohres, die hier der Annahme nach allein vorliegt, den Stimmgabelton durch Knochenleitung gerade auf der erkrankten Seite hören.

Der Kranke verdient deshalb auch in seinen sonstigen Angaben, insbesondere bezüglich der verbliebenen Hörschärfe keine Glaubwürdigkeit; er simulirt und ist demgemäss des Weiteren als Simulant zu behandeln. Das Verhalten des Patienten würde in solchem Falle anzuerkennen sein, da er trotz der ihm drohenden schweren Stunden unentwegt bei der Wahrheit verblieb; seine vermeintliche Simulation war Verkennung des Krankheitszustandes von Seiten des Arztes. Das beste Instrument zur Aufdeckung dieser vermeintlichen Simulation war somit eine bessere wissenschaftliche Erkenntniss.

Die Neigung, Simulation überhaupt anzunehmen, ist gewiss individuell nach der verschiedenen Characterentwicklung und den Erfahrungen der Einzelnen verschieden gross, im Allgemeinen kann man aber mit Recht behaupten, dass, je kenntnisreicher und erfahrener ein Arzt auf einem Gebiete ist, er um so weniger mit Simulation zu thun haben wird. Vieles Ungewöhnliche wird er als krankhaft, nicht Weniges als Ausfluss der Dummheit des Untersuchten erkennen, beabsichtigte Simulation durch sein sicheres Auftreten und eingehende Untersuchung zumeist im Keime ersticken, indem er von vornherein dem Manne die Ueberzeugung beibringt, dass er diesem Untersucher gegenüber besser bei der Wahrheit verbleibt. Neben der wissenschaftlichen Erfahrung gehört zum ärztlichen Beruf auch ein gut Theil Menschenkenntniss, und diese Menschenkenntniss darf gerade in Sachen der Simulation nicht fehlen. Es darf nicht verkannt werden, dass der Militärarzt in gewisser Hinsicht dem Soldaten gegenüber, der in seine Behandlung kommt, eine schwierigere Position hat, als der Civilarzt dem Patienten gegenüber, der seine Hilfe nachsucht. Leute, die weichlich sind und sich wegen unbedeutender Beschwerden gern einmal eine Ruhepause gönnen, giebt es, und so gehört denn längere practische Erfahrung und

Menschenkenntniss dazu, um die Schafe von den Wölfen zu trennen und beiden Theilen, den wirklich Kranken und den Interessen des Dienstes nach jeder Richtung hin gerecht zu werden. Aber man muss sich davor zu bewahren wissen, durch solche kleine, sich oft wiederholenden Ereignisse in eine Grundstimmung versetzt zu werden, welche den besten Boden für Simulationsverdacht abgiebt. Man muss stets im Auge behalten, wie im Einzelfall dem Menschen je nach seiner Eigenart um's Herz ist und man wird dann diese gefährliche Klippe, die dem Arzte selbst oft die beste Freude an seinem Schaffen vergällt, unschwer vermeiden.

Durch unverständiges Verhalten des Arztes gerade bei den ersten Untersuchungen kann ein etwas beschränkter Mensch, der in seiner Unüberlegtheit und in der ersten Erregung über ein ihm zugefügtes Unrecht den ihm verursachten Schaden weit übertreibt, geradezu in die Simulation hineingedrängt werden, während er ernstlich gar nicht daran denkt.

Nehmen wir ein Beispiel: Ein Mann erhält, wir wollen annehmen, von einem Vorgesetzten eine Ohrfeige, die allein eine kleine Zerreiſung des Trommelfells erzeugt. Im ersten Zorn will er diese Uebertretung des Strafgesetzes und persönliche Beleidigung durch möglichste Steigerung des ihm zugefügten Schadens besonders schwer geahndet wissen. Deshalb und aus der Vorstellung, dass man mit einem zerrissenen Trommelfelle doch nicht mehr hören könne, ist er zunächst auf dem geschlagenen Ohre taub. — Ich spreche hier ausdrücklich nur von reinen Trommelfellverletzungen leichter Art. — Was ist nun ungeschickter, als wenn man die augenblickliche Seelenstimmung eines solchen Mannes gänzlich vernachlässigt und ihn für einen Simulanten erklärt. Wird gegen ihn vorgegangen, so geräth der Mann gänzlich in Verwirrung, er wird aus Angst Simulant; denn er kann doch nicht eingestehen, dass er jüngst gelogen und sich dadurch event. schwerer Strafe schuldig gemacht hat; nun muss er taub bleiben. Diese Sorte Simulanten wird zu allseitiger Befriedigung beseitigt, wenn man ihnen unter scheinbarer Vernachlässigung ihrer Thorheiten mit freundlich-ernsten Worten sagt, dass sie bald wieder vortrefflich hören werden, und sie dann einige Tage anscheinend gänzlich unbeachtet lässt. Dann zeigt sich, dass sie nicht die mindeste Neigung mehr verspüren, thatsächlich zu simuliren. Der bösertige, aber intelligente Mann hat sich die Sache überlegt und ist ganz zufrieden, dass von seinen ersten, lügenhaften Aussagen gar keine weitere Notiz genommen ist; der beschränkte hat seinen Aerger verschlafen und hört wieder so, wie es den thatsächlichen Verhältnissen erfahrungsgemäss ungefähr entspricht. Also gute wissenschaftliche Erkenntniss auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde und Menschenkenntniss scheinen mir gegenüber der Simulation sehr wichtige Instrumente insbesondere für den Militärarzt zu sein; erst auf diesem Boden wird er ein vom Instrumentenmacher geliefertes Instrument zur Aufdeckung von Simulation zweckmässig verwenden können. Dann aber wird er weiter wohl in Betracht ziehen müssen, dass nicht jeder Mann gleich versteht, was er eigentlich soll, und dass aus mangelnder Selbstbeobachtung und unter dem Einfluss festeingewurzelter, wenn auch thatsächlich verkehrter Vorstellungen unrichtige

Angaben erwachsen, die keineswegs der Absicht, den Untersucher zu belügen, entsprungen sind. Gegen derartige Irrthümer schützt nach meiner eigenen persönlichen Erfahrung nichts so sicher, als wenn der Militärarzt gleichzeitig eine grössere Zahl von ohrenkranken Privatpersonen untersucht; man erkennt dann mit der Zeit mehr und mehr, wie gerade bezüglich des Ausfalls der Hörprüfungen das Urtheil gar nicht vorsichtig genug nach der Richtung hin abgegeben werden kann, ob ein Kranker wahre oder unwahre Angaben macht. Die Handhabung der insbesondere zur Untersuchung auf Simulation von Schwerhörigkeit und Taubheit angegebenen Instrumente und die richtige Abschätzung des Werthes der gewonnenen Resultate in diesem oder jenem Sinne erfordert die breiteste wissenschaftliche Unterlage, die nicht am grünen Tisch durch Nachlesen der behufs Aufdeckung der Simulation angegebenen Methoden, sondern durch langjährige, wissenschaftlich-practische Bethätigung gewonnen wird. Wer gegen Andere vorgeht, muss zunächst sich über die Grenzen seines Könnens klar werden, sonst kann er leicht Unrecht thun oder sich selbst unangenehme Blößen geben. Also reiche practische Erfahrung, die nicht allein bei der Behandlung von Militärpersonen gewonnen ist, ist ein weiteres wichtiges Erforderniss, um ein zur Aufdeckung der Simulation abgegebenes Instrument und die bei der Untersuchung gewonnenen Resultate richtig zu verwerthen. Mag sein, dass ich während meiner 12jährigen Thätigkeit besonders günstige Erfahrungen in Sachen der Simulation gemacht habe; den einzigen Fall von wohl überlegter, absichtlicher und einige Tage festgehaltener Simulation von doppelseitiger Taubheit, den ich zu beobachten hatte, habe ich mit einigen freundlichen Worten entlarvt. Eine jede Simulation entspringt aus bestimmten Motiven und beabsichtigt die Erreichung eines auf anderem Wege scheinbar unerreichbaren Zieles. Die Motive lagen in diesem Fall in tiefster, langgenährter Verbitterung, als lockendes Ziel erschien Befreiung für immer aus einer dem Simulanten unerträglich gewordenen Situation. Da werden auch einmal falsche Wege eingeschlagen. Einen energischen, tief verbitterten Menschen macht man aber durch alle Strenge nur bitterer und härter. erschüttern und vom falschen Wege abbringen wird man ihn indess dadurch nie; aber ein mitfühlendes, menschlich freundliches Wort neben dem Appell an seine ruhige Ueberlegung, das giebt einen anderen Klang in seinem Herzen, das erschüttert ihn. Den aber, der ihm vielleicht als Erster nach langer Zeit so entgentritt, den mag er nicht belügen und er gesteht unter Thränen ein, dass er auf falschem Wege sich befunden habe und auch, wie er dazu gekommen ist. Hier war das beste Instrument ein mitfühlendes Wort und ein freundlicher Rath: es hiess, den gemüthlichen Krankheitszustand, auf dessen Boden die Simulation der Taubheit erwachsen war, nicht verkennen. Man hätte diesen Mann mit allen Instrumenten untersuchen können, zu einem über jeden Zweifel erhabenen Resultat der Simulation wäre man wohl nie gekommen.

Man sieht aus diesen wenigen Bemerkungen, dass Verkennung des Krankheitszustandes und Simulation in engem Zusammenhange stehen, und dass man gegenüber der Simulation noch anderer Werkzeuge bedarf als der, die vom Instrumentenmacher geliefert werden.

Ich bin der Letzte, der den Werth derselben im gegebenen Falle unterschätzt, aber das beste Instrument, welches man dem Arzt gegenüber der Simulation in die Hand geben kann, ist eine in vielseitiger, practischer Bethätigung gewonnene sichere Kenntniss der Krankheitszustände des Gehörorgans, sowie eine durch die Erfahrung gewonnene Menschenkenntniss und ihre geschickte Ausnutzung für den Einzelfall. In der Hand des Unerfahrenen und Ungeschickten stiftet selbst das beste Instrument Unheil; dann ist es oft besser, er besitzt es gar nicht, um nicht in Versuchung zu kommen, verkehrte Urtheile zu produciren.

## Ein Fall von otitischer Sinusphlebitis und metastatischer Pleuritis purulenta, durch Operation geheilt.

Vortrag,

gehalten im Hagener Aerzteverein im November 1893.

Von

Dr. Alfred Denker.

M. H.: Die Zahl der bisher veröffentlichten, operativ behandelten Fälle von Erkrankungen der Hirnblutleiter ist eine relativ noch so kleine, dass ich wohl auf Ihr Interesse rechnen darf, wenn ich Ihnen einen durch Operation geheilten Fall von otitischer Sinusphlebitis vorzustellen mir erlaube. Nachdem zuerst von Zaufal im Jahre 1880 der Vorschlag gemacht war, den freigelegten Sinus transversus zu incidiren, waren es hauptsächlich die englischen Autoren Horsley, Ballance und Lane, welche zum Theil mit Unterbindung der Jugularis interna die operative Eröffnung der grossen venösen Blutbahnen des Hirns vornahmen. Lane operirte drei Fälle, von denen zwei geheilt wurden, während der eine zu Grunde ging. In dem einen Fall war der Sinus transversus nicht thrombosirt, und es trat bei dem Eröffnen desselben eine starke Blutung ein, das Kind collabirte, so dass die Operation unterbrochen werden musste, aber es kam mit dem Leben davon. In einem anderen Falle unterband Lane nur die Vena jugularis interna, ohne den Sinus zu eröffnen; der Tod trat jedoch durch Fortleitung der Thrombose zum Sinus petrosus und Sinus cavernosus ein.

Von den vier von Ballance operirten Patienten genasen zwei, während die beiden anderen starben, der eine an einem Glottisödem, durch einen kleinen Abscess am Larynx hervorgerufen, der andere an Lungenmetastasen, welche sich schon vor der Operation entwickelt hatten. Von Salzer's zwei Patienten genas der eine, nachdem stinkender Eiter aus dem Sinus transversus entleert und ein epiduraler Abscess in der Fossa cranii media geöffnet worden war; der andere starb trotz der Operation an Septikämie und lobulären, pneumonischen Herden. In zwei von Parker behandelten Fällen trat in dem einen Genesung ein, während der andere unter meningitischen Erscheinungen starb. Ausserdem hat Jansen eine Pyämie durch Oeffnung eines extraduralen Abscesses und Spaltung eines Eiter enthaltenden Sinus transversus geheilt; ferner wurden in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik in den



Jahren 1890—1892 nach Jansen drei Incisionen des Sinus transversus mit tödtlichem Ausgange gemacht. Endlich wurde von Schmiegelow ein Fall von Sinusphlebitis operativ behandelt, und, obgleich schon metastatische Processe in der Lunge bestanden, zur Heilung gebracht. Sie sehen, m. H., dass von den operirten Fällen etwa die eine Hälfte geheilt wurde, während die andere Hälfte zu Grunde ging an endocraniellen Complicationen oder auch an metastatischen Erkrankungen edler Organe, welche durch ihre Function eine für die Erhaltung des Lebens wichtige Rolle spielen<sup>1)</sup>.

Darf ich Ihnen nun meinen Patienten, den 7jährigen Sohn des Restaurateurs T. in Haspe, vorstellen und über den Verlauf der Erkrankung berichten; derselbe litt seit längerer Zeit an linksseitiger, eitriger Mittelohrentzündung, deren Secretion am 25. April cr. sistirte; zugleich mit dem Aufhören des Ausflusses stellten sich bei dem Pat. schwere Allgemeinerscheinungen ein, welche auf eine Erkrankung im Innern des Schädels hindeuteten. Am 1. Mai, also fünf Tage nach dem ersten Auftreten der beunruhigenden Symptome wurde ich von dem behandelten Hausarzte, Herrn Dr. Saggau, hinzugezogen und die Untersuchung ergab am Mittag dieses Tages folgenden Status praesens: Das Sensorium ist stark benommen, Temperatur 40,1, Puls 120, klein, Pupillen reactionslos, die Gegend über dem Proc. mastoideus links druckempfindlich, eine Anschwellung der Weichtheile über demselben nicht vorhanden; aufgenommene Speisen werden erbrochen. Das Trommelfell links leicht diffus injicirt, kleine, kaum sichtbare Perforation in der Regio membranae Shrapnelli; Jugularis externa anscheinend nicht thrombosirt. Gehörsprüfungen waren wegen des benommenen Sensoriums nicht vorzunehmen. Da keine Anzeichen einer acuten Infectionskrankheit vorlagen, war ich der Ansicht, besonders da das Auftreten der schweren Erscheinungen zusammenfiel mit dem Sistiren des Ausflusses, dass das hohe Fieber und die übrigen Symptome zu erklären seien durch einen pyämischen Process, der seinen Ursprung wahrscheinlich in der eitrigen Entzündung des Mittelohrs und des in Mitleidenschaft gezogenen Proc. mastoideus hatte, und dessen Herd vielleicht im Innern des Schädels zu finden war. Ich beschloss daher, unverzüglich die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vorzunehmen und wenn möglich, den Herd frei zu legen; am Nachmittage wurde die Operation von mir in der folgenden Weise ausgeführt:

Die Weichtheile über dem Proc. mastoideus wurden durch einen etwa 6–7 Ctm. langen, verticalen Schnitt, der als Tangente an der Ohrmuschel entlang geführt wurde, gespalten und das Periost mit dem Elevatorium nach vorn und hinten zurückgeschoben. Der Knochen erscheint an seiner Aussenfläche durchaus normal; es wurde darauf mit Hammer und Meissel die Eröffnung des Antrum mastoideum unterhalb

---

<sup>1)</sup> Inzwischen hat sich bekanntlich die Zahl der operirten Sinusphlebitiden erheblich vermehrt; in der neuen Auflage seines vortrefflichen Buches: „Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter“ zählt Körner 79 Fälle; mit meinem Fall und dem kürzlich von Röpkke veröffentlichten wären also im Ganzen jetzt 81 Fälle in der Literatur bekannt.

der Crista temporalis vorgenommen und dasselbe nach der Fortnahme einer etwa 1 Ctm. dicken, sclerotischen Knochenschicht aufgefunden.

Dasselbe war nicht erheblich vergrößert und angefüllt mit wenig Eiter und übelriechenden, schmutzigen, zerfallenen Granulationsmassen. Von dem Antrum aus suchte ich nun nach einer Communication mit der Schädelhöhle, musste aber dabei fast den ganzen Warzenfortsatz entfernen, bis ich an der hinteren Seite des unteren Drittels eine kleine Oeffnung entdeckte, welche mit dem Innern in Verbindung stand und durch die man die Sonde ungefähr 3—4 Ctm. unter der Dura vorschieben konnte. Bevor ich nun von dieser Oeffnung aus die hintere Schädelgrube freilegte, wollte ich eine Erkrankung des Sinus transversus ausschliessen und entfernte deswegen einen Theil des Sulcus transversus; ich hatte von vornherein eigentlich erst in zweiter Linie an eine Erkrankung des Hirnblutleiters gedacht, weil das so häufige Symptom, die Thrombose der Vena jugularis externa, die als harter Strang von aussen fühlbar wird, fehlte, und andererseits die starke Benommenheit des Patienten eher auf einen duralen oder Hirnabscess, als auf eine Phlebitis hinzudeuten schien. Nun fand ich aber die Sinuswand durchaus nicht in einem normalen Zustande; sie war verdickt, grau verfärbt und eine Pulsation war nicht vorhanden, Veränderungen, welche mit ziemlicher Sicherheit auf eine eitrige Entzündung und Thrombosirung der Vene schliessen liessen. Ich konnte die Sinuswand in einer Länge von  $2\frac{1}{2}$  Ctm. spalten, ohne dass es zu einer Blutung kam; das ganze Gefäss erschien ausgefüllt mit einem festen käsigen Thrombus. Um nicht einen Theil desselben loszustossen, habe ich mit Vorsicht in den Spalt einen Jodoformgazestreifen hineingeschoben und dann antiseptisch verbunden; von einer Ausmeisselung der hinteren Schädelgrube wurde vorläufig Abstand genommen. — Am folgenden Tage war das Allgemeinbefinden des Patienten ein erheblich besseres, Pupillen reagiren noch nicht, Temperatur 38,2, Puls 115; nach Clysmata erfolgt massenhafter Stuhlgang.

Am 4. Mai stellt sich Husten ein, und links hinten von der Spina scapulae an abwärts lässt sich eine Dämpfung nachweisen ohne ausgesprochen bronchiale Athmung; beim Verbandwechsel zeigt sich starke Secretion; Sensorium frei, Pupillen noch reactionslos; Temperatur 38,1, Puls 110.

5. Mai. Status idem.

6. Mai. Temperatur 37,5, Puls 98, Pupillen deutlich reagirend, Sensorium frei, Lungensymptome unverändert.

Vom 6. bis 13. Mai bleibt der Zustand ein befriedigender; dann stellte sich wieder Temperaturerhöhung bis zu 39,5 ein; am 20. Mai bestätigt eine wiederholte Punction die Diagnose Pleuritis purulenta, nachdem zwei Tage vorher die Pravaz'sche Spritze keinen Eiter herausbefördert hatte; es wurde am 22. Mai von Herrn Dr. Saggau in der vorderen Axillarlinie die Resection der sechsten Rippe vorgenommen und mehr als ein Liter übelriechenden Eiters entleert; die Temperatur betrug nach der Operation 37,5 und bewegte sich im weiteren Verlauf der Krankheit ziemlich in normalen Grenzen; nur trat eines Tages, als sich das Drainrohr verstopft hatte, noch einmal Fieber von 39 ein, das aber nach Beseitigung des ursächlichen Momentes wieder abfiel. Sie

sehen, dass sich der Knabe von seiner schweren Krankheit jetzt vollkommen erholt hat und dass auch die zuerst aufgetretenen scoliotischen Veränderungen an der Wirbelsäule wieder verschwunden sind; die Operationswunden am Kopfe und am Thorax sind seit längerer Zeit geschlossen. Auch dieser Fall fordert uns also auf, bei otitischen Erkrankungen des Sinus, des Hirns oder seiner Häute einen operativen Eingriff nicht zu scheuen, zumal die Prognose, wenn die Operation nicht vorgenommen wird, quoad vitam als absolut ungünstig zu bezeichnen ist. Der Patient ist bis heute, den 24. Juli 1896, recidivfrei geblieben.

## Zwei Fälle von primärer Perichondritis laryngea mit günstigem Ausgang.

Von

Dr. Alfred Goldschmidt, Breslau.

Die Seltenheit der primären Knorpelhautentzündung des Kehlkopfes und die noch grössere Seltenheit des günstigen Ausganges dieser Affection rechtfertigt eigentlich die Veröffentlichung eines jeden solchen Falles. Der im Folgenden zu beschreibende aber bietet darum noch besonders interessante Verhältnisse, weil er mit einer bestehenden Lues verknüpft war, deren ätiologische Beziehung mit Sicherheit auszuschliessen war.

Die Perichondritis ist als solche zuerst von Hormann im Jahre 1791 beschrieben worden, 50 Jahre später folgten genauere Beschreibungen, die sich besonders nach der Erfindung des Laryngoscops mehrten. Die Seltenheit der idiopathischen Perichondritis wird von allen Autoren anerkannt und zwar die Möglichkeit der Heilung zugegeben, aber gleichfalls als höchst selten betont. Mackenzie berichtet von 45 Autopsien, von denen nur 3 Fälle primäre waren, 19 davon fanden sich bei Larynx-Phthise vor, 10 bei Carcinom, 6 bei tertiärer Syphilis, 4 bei Abdominaltyphus, 2 bei chronischer Laryngitis.

Retslag's Statistik aus dem Berliner pathologischen Institut beschreibt 20 Fälle, die sämtlich secundär waren:

- 10 bei Tuberculose,
- 8 „ Abdominaltyphus,
- 1 „ eitriger Pleuritis,
- 1 „ Myelitis.

In Mackenzie's 45 Fällen waren 24 Mal die Arytaenoidknorpel befallen. Moritz Schmidt berichtet über einen Fall (von Jurasz) von primärer Chondritis, die auf die Trachealknorpel übergieng und zur Heilung gelangte.

Die Stellung der Diagnose gilt nur dann als exact, wenn durch die Sonde entblösster Knorpel zu fühlen ist, oder wenn Knorpelfragmente expectorirt werden. Es giebt aber Fälle, bei denen der Verlauf und das Zusammentreffen verschiedenster Momente die Diagnose mit fast vollkommener Sicherheit stellen lassen. Gerhardt rechnet dazu eine starke Schwellung einer der Seitenwände des Larynx mit beträchtlicher

Röthung, starke Hervorragung des Taschenbandes unter Umständen, welche überhaupt eine Perichondritis erwarten lassen, z. B. Abdominaltyphus, Lues und dergl., eine unverhältnissmässig grosse Dyspnoe bei Fieber, eine Immobilität der Stimmbänder ohne eigentliche Lähmung und mit grösster Sicherheit den Abscess.

Die Schilderung des folgenden Falles möge darthun, mit welcher Sicherheit derselbe als primäre Perichondritis des Kehlkopfes anzusprechen ist:

Frau Emilie H., 48 Jahr alt, erkrankt plötzlich Abends in dem Laden ihres Mannes, nachdem sie eine Zeit lang vorher an leichten Halsbeschwerden gelitten hatte, mit nicht unbeträchtlicher Athemnoth bei Fieber, dabei Schmerzen im Halse beim Schlingen und Sprechen.

Der laryngoscopische Befund ergiebt eine starke Schwellung und Röthung der Aryknorpel, der Seitenwände des Larynx, der Epiglottis, eine Vorwulstung der Taschenbänder, die die wahren Stimmbänder vollkommen verdecken, dabei eine Unregelmässigkeit der Theile: das linke Taschenband verschwindet fast unter dem Wulst seiner Seitenwand.

Subjectiv wie objectiv herrscht starke Athemnoth, totale Aphonie. Der Druck von aussen auf den Kehlkopf schmerzhaft. Mässig hohes Fieber.

Die Therapie (Eisblase, Schlucken von Eispielen, Pinselungen mit Carbolglycerin) beseitigte die Athemnoth und brachte die Theile etwas zur Abschwellung, auch die Schmerzen nahmen etwas ab.

Die Frage lag nun nahe: Handelte es sich um einen Fall von Syphilis oder Tuberculose? — Gegen die Tuberculose sprach sofort der plötzliche Beginn, das Fehlen von Lungen- oder sonstigen tuberculösen Erscheinungen. Für Syphilis liess sich Manches anführen: das Bestehen einer trichterförmigen Stricture im Mastdarm (die Kranke war vor einigen Jahren von Dr. Sandberg mit Schmiercur behandelt worden), das Aussehen des Kehlkopffinnern, das solche Gestalt bei Lues annehmen kann. Auf Grund der bestehenden Lues und der Möglichkeit ihrer ätiologischen Einwirkung wurde eine Jodkalicur versucht, die aber nur ein sehr unangenehmes Jodexanthem und einen Jodschnupfen und eher eine Verschlechterung des localen und allgemeinen Befindens hervorbrachte.

In Anbetracht des Misserfolges war eine syphilitische Perichondritis auszuschliessen gemäss der Erwägung, dass diese jeder specifischen Behandlung, sowohl dem Jodkali als auch der Mercurialcur weicht, gemäss der weiteren Erwägung, dass dieselbe viel weniger stürmische Erscheinungen hervorruft (Stoerk).

Es musste also wieder auf die oben angegebene Therapie zurückgegriffen werden, unter welcher sich die Patientin mit wechselndem Wohlbefinden und ohne besondere Athemnoth verhielt. Bald aber — 3—4 Wochen nach dem Beginn des ersten Anfalles — nahm die Athemnoth bedeutend zu, die Aphonie wurde erheblicher, heftiger Stridor trat ein und eine Schwellung der ganzen linken Halsseite machte sich bemerkbar, die unter heissen Umschlägen stieg und den Gedanken der Tracheotomie nahe legte. — Primärarzt Dr. O. Brieger, der die Kranke in dieser Zeit sah, entschied sich gleichfalls für die Diagnose einer primären Perichondritis. — Als die Schwellung auch die Mittellinie

überschritt, war an den Kehlkopfschnitt nicht mehr zu denken und es musste durch einen Schnitt in der seitlichen Halsgegend von etwa 8 Ctm. Länge in der Richtung des Musculus sterno-cleido-mastoideus (Prof. Partsch) eine Entlastung für den Durchtritt der Luft geschaffen werden. Eine Unmenge grünlichen Eiters entleerte sich und man konnte eine rundliche Abscesshöhle dicht hinter den Aryknorpeln constatiren.

Wie mit einem Schlage war jetzt das Bild ein anderes geworden: die Halsschwellung beseitigt, die Luftpassage ausreichend. Auch die Innenschwellung nahm allmählig unter den Carbolglycerinpinselungen ab. Nach einigen Wochen war die Halswunde mit glatter Narbe geschlossen und die Schwellung sämtlicher Theile im Innern soweit zurückgegangen, dass falsche und wahre Stimmbänder sich fast mit normaler Färbung präsentirten, nur war das linke Taschenband durch einen minimalen Wulst der Schleimhaut der seitlichen Schildknorpelwand noch ein wenig verdeckt. Dagegen blieb eine Verdickung des linken Aryknorpels dauernd zurück, der wohl den Ausgangspunkt des ganzen Processes gebildet haben mag. — Die Beweglichkeit der Stimmbänder und Aryknorpel ist die normale. Die Patientin, die sich ganz wohl befindet, spricht mit tönender Stimme, und dieser Zustand hat bis jetzt über ein halbes Jahr unverändert angehalten.

Der ganze Verlauf, das Stürmische der Erscheinungen, die einzelnen Stadien der Kehlkopfbilder, das Fieber im Beginn, der Abscess, der Misserfolg der antisiphilitischen Behandlung lassen den Fall trotz bestehender Lues als primäre Perichondritis erscheinen.

Der zweite Fall betrifft einen 61jährigen Böttchergesellen Karl P. und ist in der Poliklinik von Herrn Primärarzt Dr. O. Brieger beobachtet. — Patient meldete sich am 1. März dieses Jahres bei seinem Kassenarzt, da er über Stiche im linken Ohre klagte und bemerkte, dass seine linke Halsseite innerhalb zweier Tage stark geschwollen war. Unter grossen Schmerzen war das Schlingen und Schlucken erschwert, der Mund voller Speichel, ohne die Möglichkeit ihn herunterzuschlucken. Als Nahrung kann P. nur Milch, Brühe und Wasser zu sich nehmen.

Nach 12 Tagen (12. März d. J.) erschien er in der Poliklinik von Herrn Dr. Brieger.

Allgemein-Untersuchung: Mässiges Emphysem der Lungen, geringer Catarrh. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker.

Local: bei vollkommen aphonischer Sprache eine nicht unbeträchtliche Schwellung der linken Halsseite. Laryngoscopisch sieht man in der Gegend der Epiglottis einen grossen, prallgefüllten, dunkelroten Tumor, der den Einblick in den Larynx unmöglich macht. Bei Palpation mit dem Finger wird der Tumor eröffnet und eine Menge grünen übelriechenden Eiters stürzt dem zurückgezogenen Finger nach. Nun präsentirt sich der Tumor deutlich als Abscess der Epiglottis mit Ausflussöffnung auf der Zungenseite des Kehldeckels linkerseits. Der Einblick in den Larynx noch nicht möglich. — Nach einigen Tagen sind die Schmerzen geringer, die Sprache gebessert, nur der Athem ist noch etwas erschwert. Die von der Epiglottis ausgehende Wulstung ist noch so bedeutend, da sie sich auch auf die Seitenwände des Larynx, insbesondere auf die linke, forterstreckt, dass man nur ein Stückchen von dem mässig gerötheten, sonst normalen rechten Stimmbande sehen kann.

Es werden nun einige Incisionen auf der Höhe der Geschwulstgegend gemacht.

Am 16. März. Subjective Beschwerden weiter erheblich zurückgegangen. Man sieht nunmehr beide Stimmbänder fast normal mit ganz geringer Röthung, Epiglottis noch stark veredict. In die kleine, rundliche Eiteraustrittsstelle dringt die Sonde etwa  $1\frac{1}{2}$  Ctm. tief ein. — Piuselungen mit 20proctg. Milchsäure.

Am 19. März. Larynx-Innenschwellung geht zurück. Sondentiefe ca.  $\frac{1}{2}$  Ctm.

Am 25. März. Stimmbänder seit einigen Tagen ganz normal, Epiglottis nach erneuten Incisionen abgeschwollen, auf der linken Larynxseite noch eine mässige Schleimhautwulstung. Ende März verlässt P. geheilt die Poliklinik.

Die microscopische und bacteriologische Untersuchung ergab keine Tuberkelbacillen und keine Streptococcen, dagegen hauptsächlich Diplococcen und Stäbchencoccen.

Actiologisch war nichts Besonderes zu ermitteln, so dass man wohl wie in so manchen Fällen genöthigt ist, an eine zunächst unbemerkte Verletzung mit einem spitzen Knochenstück zu denken.

---

## Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen phlegmonösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes.

(Pharyngitis et laryngitis infectiosa phlegmonosa acuta.)

Von

Dr. Ludwig Przedborski,

Primararzt am Lodzer Israelitischen Krankenhause.

(Schluss zu No. 8.)

Zum Schluss der Besprechung des primären Pharynx- und Larynx-erysipels sei mir gestattet, eine eigene Beobachtung mitzutheilen.

Am 1. März 1896 wurde ich zum 50jährigen Herrn B. gerufen. Pat. klagt über heftiges Schluckweh, Athemnoth, Heiserkeit und allgemeine Schwäche. Die Krankheit entstand vor 2 Tagen und wurde von heftigem Fieber und Dysphagie eingeleitet. Bei der Untersuchung fand ich: Die Körpertemperatur  $39,8^{\circ}$ , Puls 120, Pat. fühlt sich unbehaglich und abgeschwächt. Die Respiration und der Schlundact sind behindert. Pharynxschleimhaut normal, die obere Epiglottisfläche und das adenoide Gewebe an der Zungenbasis zeigen eine intensiv rothe Farbe. Der Kehldedeckel ist stark ödematös, und dehnt sich die entzündliche Schwellung per continuitatem auf das rechte Lig. aryepiglotticum aus. Der rechte, stark angeschwollene Aryknorpel erreicht den Umfang einer mittelgrossen Kirsche und ist lebhaft roth verfärbt. Das Innere des Kehlkopfes bietet bis auf eine mässige Schwellung des rechten Taschenbandes nichts Abnormes.

2. März 1896: Temperatur früh  $37,5^{\circ}$ , Puls 80. Starkes Schluckweh. Das Kehlkopfödem hat nicht abgenommen, doch ist die Farbe

der Schleimhaut blasser. Ich verordnete: ein Vesicans auf die Larynx-gegend und permanente Eisumschläge. Am Abend fand ich Pat. fieberfrei, das Oedem der erwähnten Larynxtheile ist auffallend kleiner, Schluckweh und Athemnoth besser. Das Kehlkopffinnere und das rechte Taschenband unverändert.

3. März 1896: Pat. fühlt sich schlimmer. Temperatur 40°, Puls 126. Er klagt über häufige Frostanfalle, starke Dysphagie, hauptsächlich an der linken Kehlkopfseite. Die laryngoscopische Untersuchung ergab: der rechte Aryknorpel und das rechte aryepiglottische Ligamentum sind unverändert, dagegen zeigt der linke Aryknorpel eine intensiv rothe Verfärbung und eine beträchtliche Schwellung, die sogar das ursprüngliche Oedem des rechten Aryknorpels übertrifft. Die Schwellung verbreitet sich auf die linke aryepiglottische Falte und auf den Kehledeckel. Respiration ungestört, Heiserkeit wenig ausgesprochen. Da keine bedrohlichen Localerscheinungen vorlagen und im Allgemeinbefinden des Pat. keine Zeichen von Adynamämie nachzuweisen waren, so beschloss ich, abwartend zu verfahren.

4. März 1896: Temp. 37,8°. Das Oedem des rechten Aryknorpels und der aryepiglottischen Falte hat sich fast vollständig zurückgebildet, doch besteht noch eine ziemlich starke Schwellung des linken Aryknorpels und des linken Ligam. aryepiglotticum. Die Farbe der Schleimhaut ist blasser, das Schluckweh sanfter.

Nach weiteren vier Tagen verschwanden die örtlichen Kehlkopf-erscheinungen vollständig, die Temperatur verblieb normal, Pat. trat rasch in Genesung; kein Recidiv.

Zur Grundlage der Diagnose dienten in unserem Falle folgende That-sachen: 1) Das plötzliche Emporsteigen der Körpertemperatur, die charakteristische Verfärbung der Schleimhaut und der wandernde Character der Schwellung und 2) dass das Uebergreifen der Schleimhautverfärbung und des Oedems von einer Kehlkopfhälfte zur anderen, wie bei der gewöhnlichen Rose, unter starker Fieberexacerbation geschah. Der Fall gehört nach dem Gesagten zu den leichten, er bot hauptsächlich locale Erscheinungen, die sich auf den Larynxeingang beschränkten und im allgemeinen Zustande keine bedrohlichen Symptome auffinden liess. Eine Erklärung dafür ist vielleicht in dem Umstande zu suchen, dass die Infection durch Streptococcen von kleiner Virulenz hervorgerufen worden ist.

### III. Die acute infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx.

Dieses Leiden gehört zu den äusserst seltenen und wird, ebenso wie das primäre Larynx- und Pharynxerysipel, nur auf Grund der klinischen That-sachen als selbstständiges Krankheitsbild betrachtet. In der That gestatten die bacteriologischen Befunde bei dieser Affection bloß eine Scheidung von vielen nahe verwandten infectiösen Krankheitsformen, die sich nur durch die verschiedene Virulenz der sie erzeugenden Streptococcen unterscheiden. Das von Senator geschilderte Krankheitsbild ist weder ein neues, noch ein nie dagewesenes. Wir finden in der Literatur eine Anzahl von Fällen, welche man mit mehr oder weniger Zwang dahin deuten kann. Ausser der Senator'schen sind auch von Virchow und Guttman in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft ähnliche Beobachtungen angegeben worden.

Auch scheint aus der älteren Literatur eine gewisse Menge hierher zu gehören, und zwar der Fall von Plieninger und die von diesem Autor erwähnten fünf Fälle von Todd. Diese Fälle betrachtet jedoch Schmidt als zweifelhafte. In den uns nahe liegenden Zeiten ist eine gewisse Anzahl gut beschriebener Fälle veröffentlicht worden, die, nach Schmidt, genügende Unterschiede der infectiösen phlegmonösen Pharyngitis mit den nahe verwandten Zuständen: dem Erysipel, den secundären Formen etc., ergeben. Zu diesen letzten zählt Schmidt vor allen die im Jahre 1885 von Carrington und Hale Wite mitgetheilten Fälle, ferner den von Semon beschriebenen Fall des 1886 gestorbenen Collegen Masson und die im Jahre 1887 von B. Fränkel angezeigten Beobachtungen.

Im Jahre 1888 veröffentlichten Senator<sup>38)</sup>, Landgraf<sup>39)</sup> und E. M. Hewisch<sup>40)</sup> ihre Fälle. Diese Beobachtungen scheinen M. Schmidt den Anforderungen, welche an die Diagnose der infect. phlegmonösen Pharyngitis zu stellen sind, vollständig zu entsprechen. Ausser diesen ist noch über eine Menge anderer Fälle berichtet worden, welche vielleicht hierher gehören, doch auch eine andere Deutung zulassen. Zu diesen scheinen die Fälle von Baruch<sup>41)</sup>, der eher an das Larynxerysipel erinnert, ferner der aus dem Jahre 1882 stammende Semon'sche und die von Virchow und Guttman während der Discussion über den Senator'schen Vortrag angegebenen Fälle zu gehören. Diese bescheidene Casuistik der acuten infectiösen Pharynxentzündung möchte ich noch durch einige Beobachtungen, die in dem Schmidt'schen Referate keine Erwähnung fanden und aus einer späteren Zeit herkommen, bereichern. Es sind dies die Fälle von Obtulowicz (siehe No. 3), Germonig<sup>42)</sup>, Hager<sup>43)</sup>, Höhlelein<sup>44)</sup>, Joseph Samter<sup>45)</sup> und Max Schäffer<sup>46)</sup>.

In der polnischen Literatur finden wir über die Pharyngitis infectiosa phlegmonosa, ausser der schon angegebenen Abhandlung von Obtulowicz eine kurze Erwähnung in dem nicht längst er-

<sup>38)</sup> Ueber acute infectiöse Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1888, No. 5, pag. 77.

<sup>39)</sup> Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Pharynx. Berliner klin. Wochenschrift 1888, No. 6, pag. 97.

<sup>40)</sup> E. M. Hewisch: Acute infections Pharyngitis. Philadelph. med. news 1888; Bericht in Semon's Centralblatt V. 1888/89, No. 10, pag. 507.

<sup>41)</sup> M. P. Baruch: Acute infectiöse Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1888, No. 13, pag. 256.

<sup>42)</sup> Germonig: Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Larynx. Wien. klinische Wochenschrift 1888, No. 36; Bericht in Semon's Centralblatt V. 1888/89, No. 10, pag. 516.

<sup>43)</sup> W. Hager: Zur Kenntniss der acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1888, No. 12, pag. 235.

<sup>44)</sup> N. Höhlelein: Ein Fall von primärer, acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx. Petersb. Med. Wochenschr. 1891, No. 2; Bericht in Semon's Centralblatt IX 1892/93, No. 1, pag. 22.

<sup>45)</sup> Jos. Samter: Zur acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1891, No. 18, pag. 441.

<sup>46)</sup> Max Schäffer: Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa. Monatschrift für Ohrenh. 1892, No. 7, S.-A.



schienenen Handbuche von Bieganski<sup>47)</sup> und A. Sokolowski. Eine Thatsache bleibt jedoch, dass, wenn wir auch Senator die Vaterrechte, diese Krankheitsform entdeckt zu haben, nicht zuschreiben können, er doch der Erste war, der diese Affection genau beschrieb. — Die von Senator geschilderten Fälle zeigten mit ganz geringen Abweichungen denselben Verlauf. Die Krankheit begann mit sehr mässigem Fieber, das während des ganzen Verlaufes nie auf eine erhebliche Höhe stieg. Sehr bald verspürten die Kranken Schluckweh. In diesem Stadium fand man gewöhnlich eine starke Röthung des Schlundes, eine Schwellung der Mandeln und der äusseren Halsgegend am Kieferwinkel. Später dehnt sich das Leiden auf den Kehlkopf aus und es entsteht Athemnoth. Sehr früh zeigt sich eine Betheiligung des Sensoriums und unvermuthet tritt plötzlich der Tod durch Herzparalyse ein. Bisweilen erscheint auf der äusseren Haut eine Röthe, die sich verbreiten kann und die bekanntlich bei verschiedenen Infectionskrankheiten vorkommt. Mit dem Erysipel hat diese Röthung nichts Gemeinschaftliches. In allen beobachteten Fällen, mit Ausnahme des Hager'schen, war der Ausgang ein tödtlicher und erwies sich die Behandlung vollständig nutzlos, sogar die wegen Erstickungsgefahr vorgenommene Tracheotomie. Die Genesung in dem Hager'schen Falle soll nach interner Darreichung von Antipyrin eingetreten sein. Bei der Autopsie fand man eine ödematöse eitrige Infiltration des Zellgewebes unter der Halshaut und Schleimhaut, die sich bis in den Oesophagus und den Magen erstreckte. In einem Falle wurde die Schleimhaut des Oesophagus dunkelroth gefunden, in dem Magen war sie in allen Fällen sehr geröthet. In den Tonsillen fand Senator fast immer eitrige Pfröpfe, die Pharynxschleimhaut und den Kehledeckel ebenfalls eitrig infiltrirt, die Stimmbänder geschwollen, mit oberflächlichen Geschwüren, welche als Decubital ulcerationen anzusehen sind. Im Oesophagus wurden geschwollene, zum Theil geschwürig zerfallene Follikel nachgewiesen. Die Affection beschränkt sich nicht immer auf den Pharynx, sondern sie geht auch auf den Larynx als Laryngitis phlegmonosa über. Schmidt bekämpft mit Recht die Senator'sche Ansicht, nach welcher nur die Fälle als Pharyngitis phlegmonosa infectiosa gelten können, bei welchen sich eine bestimmte Eingangspforte nicht nachweisen lasse, denn er versteht nicht: „warum Fälle, wie die Landgraf'schen, nur deswegen ausgeschlossen werden sollen, weil eine Verletzung sichtbar war“. „Ob die Infection“, sagt ferner Schmidt, „durch eine künstliche Oeffnung oder durch die bekanntlich in den Tonsillen bestehenden natürlichen ihren Einzug hält, das kann doch auf das Krankheitsbild, wenn es sonst entspricht, keinen Einfluss haben.“ Wir wissen ja, dass eine Verletzung, die an einer dem Auge nicht zugänglichen Stelle entstanden ist, den Anlass zur Infection geben kann. Was die Aetiologie der Pharyngitis phlegmonosa infectiosa anbetrifft, so glaubte Schmidt, dass noch (bis zum Jahre 1890) ein bestimmter Coccus als Ursache in keinem der Fälle nachgewiesen werden

<sup>47)</sup> Dyagnostyka różniczkowa. chorób wewnętrznych przez W. Bieganskiego. Wydanie II powiprzz dodalkiem: „Chorobygórnego odcinka drog oddechowych“, przez Dr. A. Sokolowskiego 1896.

konnte. Auch war zu jener Zeit die Frage der Identität der beiden Formen: des Streptococcus pyogenus und des Fehleisen'schen Streptococcus noch nicht erwiesen, obgleich Baumgarten und Weigert der Ansicht waren, dass beide nur verschiedene Virulenzstadien desselben Coccus seien, was ja manche Erscheinungen ganz gut erklären würde, so die, dass mitunter bei der Rose Eiterungen beobachtet werden, während, wie angenommen wird, der Fehleisen'sche Coccus nie Eiterungen erzeuge. Die Anhänger der Dualität griffen in solchen Fällen zur Annahme einer Mischinfection. Dies waren die ätiologischen That-sachen, auf welche sich Schmidt im Jahre 1890 berufen konnte. In der letzteren Zeit gewinnt die Ansicht über die Identität des Streptococcus pyogenus und des Fehleisen'schen Microorganismus immer mehr Anhänger. So spricht sich für diese Ansicht im Jahre 1891 in zwei Abhandlungen: „Zwei Fälle von acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx“ und „Acute infectiöse Phlegmone des Pharynx“, sehr categorisch A. Dubler<sup>48 49)</sup> aus. D. beschreibt die anatomisch-pathologischen Veränderungen, die in den von ihm angegebenen Fällen der infectiösen Pharyngitis phlegmonosa an dem Leichentische nachgewiesen worden sind.

In beiden Fällen wurden folgende Befunde bestätigt: eine eiterige Infiltration der Pharynx- und Larynxschleimhaut und des tiefen Zellgewebes der Halshaut, eine acute Endocarditis, Erscheinungen eines frischen Magencatarrhs, eine frische Pleuropneumonie und acuter Milztumor. In dem aus der Milz entnommenen Blute und Eiter wurden den Fehleisen'schen Streptococcen vollständig identische Coccen nachgewiesen. Dubler glaubt, dass die Senator'sche phlegmonöse Pharyngitis und das Erysipel des Rachens durch denselben Coccus erzeugt wird, wenn auch beide Krankheitsformen mannigfaltige anatomische Abweichungen darbieten können. Interessant ist die Thatsache, dass Netter sogar bei gesunden Individuen fünf Mal den Streptococcus in der Mundhöhle fand, es wäre sodann erklärlich, dass unter bestimmten Umständen diese Procentzahl sehr in die Höhe steigen kann.

Eine Bestätigung der Dubler'schen Anschauung finden wir in der im Jahre 1892 erschienenen Kirchner'schen Arbeit: „Zur Lehre der Identität des Streptococcus pyogenus und Streptococcus erysipelatis“. Kirchner macht das in seinem Falle im Anschluss an eine lacunäre Angina entstandene Gesichtserysipel von den in den Tonsillen gefundenen Streptococcen abhängig (siehe oben Literatur No. 37). In demselben Jahre berichtet M. Luc<sup>50)</sup> über einen Fall von Empyem der Highmorshöhle, welches im Anschluss an eine Gesichtsrose entstanden ist. Der Eiter enthielt reichliche Streptococcen und entwickelte sich nach Eröffnung der Highmorshöhle ein frisches Gesichtserysipel. Noch entschiedener lauten die Angaben von Grünwald<sup>51)</sup>, nach welchem das secundäre Gesichts-

<sup>48)</sup> Virchow's Archiv für path. Anatomie 1891, Bd. 125, Heft 13.

<sup>49)</sup> Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte 1892, No. 3.

<sup>50)</sup> M. Luc: Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle, durch Erysipelcoccen verursacht. Deutsche Med. Wochenschrift 1892, No. 8, pag. 167.

<sup>51)</sup> L. Grünwald: Die Lehre von den Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeines und deren chirurgische Behandlung. München und Leipzig. 1893. Lehrmann.

erysipel im Verlaufe von verschiedenen Pharynxaffectionen häufig und vielleicht immer durch eine Eiterung in der Sieb- oder Keilbeinhöhle hervorgerufen worden sein soll. Auch von Moritz Schmidt wird in seinem schon erwähnten Handbuche (Seite 244) über diese Frage folgende Ansicht ausgesprochen: „Unter noch nicht bekannten Umständen steigert sich die Virulenz der Streptococcen zu einer gefährlichen Höhe. Es ist ziemlich gewiss, dass der Streptococcus pyogenus und der Fehleisen'sche nur verschiedene Virulenzgrade desselben Microorganismus darstellen. Wenn der Streptococcus pyog. also eine gewisse höhere Virulenz angenommen, so verursacht er zunächst die acute infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx und auch die denselben nahe verwandten Formen, die Angina Ludovici u. s. w.“ Endlich wird auch von Eugen Fränkel<sup>52/53</sup>) in zwei grösseren Abhandlungen die Nichtspecifität des Erysipelstreptococcus pyogenus betont. Nach der jetzt fast allgemein angenommenen Meinung erzeugen wir durch die oberflächliche Verimpfung des Streptococcus pyogenus unter die Haut erysipelatöse, bei der tieferen phlegmonöse, fibrinöse und fibrinöseiterige Entzündungen. Eine wichtige Rolle müssen wir folgenden Momenten dabei zuschreiben: 1) der Virulenz des Streptococcus, 2) der Widerstandsfähigkeit des entsprechenden Individuums. Auch der Umstand, dass nicht alle Streptococcen gleichartig sind, dagegen verschiedene biologische Eigenschaften besitzen, muss berücksichtigt werden. Die Diagnose der primären acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx bietet keine ernsten Schwierigkeiten. Der sehr schwere Verlauf, das frühzeitige Ergriffensein des Sensoriums, die verhältnissmässig niedrige Temperatur und die Abwesenheit anderer Affectionen, welche ein ähnliches secundäres Leiden hervorrufen könnten, sind in Verbindung mit den örtlichen Symptomen hinreichend, um eine sichere Diagnose zu stellen. Von dem so ähnlichen Larynxerysipel unterscheiden sie sich dadurch, dass bei der letzten Affection (dem Larynxerysipel) das Fieber von Anfang an höher, die Röthung der Schleimhaut des Pharynx eine viel intensivere und der Verlauf im Ganzen ein weit milderer ist. Zur Feststellung der Diagnose kann man auch die Erscheinungen auf der äusseren Haut verwerten. Während die Pharynx-Erkrankungen im Verlaufe der acuten Exantheme häufig einen Ausgang in Eiterung nehmen, tritt diese Erscheinung bei dem Larynxerysipel äusserst selten ein. Sehr lebhaft erinnert ferner die phlegmonöse Senator'sche Pharyngitis an die Angina Ludovici, doch soll, wie Schmidt behauptet, in dieser Krankheitsform die Schwellung eine viel ausgedehntere, die unter der äusseren Haut eine viel stärkere, mehr brettartige sein. Die Erscheinungen im Halse treten zurück, der Verlauf ist nicht so bedrohlich, die Therapie erfolgreicher. Was die Fälle anbetrifft, in welchen die Phlegmone durch einen Fremdkörper erzeugt wird, so ist nach Landgraf die Diagnose der Senator-

<sup>52</sup>) Eugen Fränkel: Mittheilungen über die Nichtspecifität des Erysipelstreptococcus. Deutsche Med. Wochenschrift 1891, No. 44, pag. 1225.

<sup>53</sup>) Eugen Fränkel: Weitere Mittheilungen über die Identität des Streptococcus pyogenus und erysipelatosus. Deutsche Med. Wochenschrift 1892, No. 28, pag. 256.

schen phlegmonösen Pharyngitis nur dann gerechtfertigt, wenn durch die digitale und laryngoscopische Untersuchung und Anamnese die Anwesenheit eines Fremdkörpers ausgeschlossen werden kann. Ein wesentliches Hilfsmittel für die Diagnose der Senator'schen infectiösen Angina bildet ferner die von Semon zuerst erwähnte Erscheinung, dass bei dieser Affection innerhalb weniger Stunden metastatische Entzündungen seröser Häute auftreten können, während im Harne reichlich Zucker gefunden wird. Auch verdient bei der Erörterung der Diagnose dieses Leidens die Virchow'sche Ansicht genau berücksichtigt zu werden, dass ähnliche Zustände, wie bei der Angina infectiosa phlegmonosa fast an allen Organen vorkommen können. Zum Schluss dieser Arbeit erlaube ich mir eine Beobachtung, welche, wie mir scheint, in die Rubrik der acuten phlegmonösen infectiösen Pharynxerkrankungen gehört, mitzutheilen. Die Zahl der bis heutzutage in der Literatur bekannten Fälle ist noch immer eine so bescheidene, dass die Publication jeder neuen Beobachtung über diese so selten auftretende Krankheitsform nicht nur angezeigt, sondern auch erwünscht ist.

6. Beobachtung: Am 28. October 1896 wurde ich zur Consultation zu Frau Sch. durch Collegen H. Kohn eingeladen. Patientin, von zartem Körperbau und mässig genährt, befindet sich in den letzten Schwangerschaftstagen. Sie klagt seit einigen Tagen über heftiges Schluckweh und allgemeine Schwäche. Die Krankheit begann mit leichten Schüttelfrost-Anfällen. Dr. Kohn, der mehrmals die Patientin untersuchte, konnte ausser einer diffusen Röthung der Pharynxschleimhaut keine anderen Erscheinungen auffinden. Bemerkenswerth jedoch ist die Thatsache, dass in der Wohnung der Frau Sch. zweifellos infectionserzeugende Momente vorlagen, denn fast alle Kinder und der Gatte der Patientin machten exsudative Halsentzündungen durch, doch zeichneten sich dieselben durch einen milden Verlauf aus. Während der ersten, in Gegenwart Collegen Kohn's vorgenommenen Untersuchung fand ich einen mässigen Fieberzustand, Temp. 38,4. Die Pharynxschleimhaut ist stark geröthet, von entzündlichen exsudativen Belägen vollständig frei, die Unterkieferdrüsen, mässig angeschwollen, sind von einer gerötheten Haut bedeckt. In der Gegend des Zungenbeines (os hyoideum), an Stelle des linken Schildknorpels, befindet sich eine hart infiltrierte Stelle, deren Betastung Patientin als lebhaften Schmerz empfindet. Die linke Epiglottishälfte, das linke Lig. ary-epiglotticum und der linke Aryknorpel sind stark angeschwollen und zeigen eine weissgräuliche Verfärbung; in der linken ary-epiglottischen Falte ist eine grau-weissliche, kugelartige, klein wallnussgrosse Erhabenheit sichtbar. Der linke Aryknorpel bietet eine fast vierfache Vergrösserung. Dysphagie stark ausgesprochen, die Nahrungsaufnahme per os absolut unausführbar.

29. October 1896. Temp. 38°. Das Schluckweh ist sehr intensiv. Die Farbe der Pharynxschleimhaut dunkelroth. Leichte Athemnoth. Das an der linken Larynxhälfte bestehende Infiltrat verbreitet sich über die Mittellinie, ebenso der Schmerz während der Palpation. Bei der speciellen Untersuchung zeigte sich ausser den schon am vorigen Tage bestandenen Veränderungen eine intensive Schwellung und Röthung des rechten Aryknorpels und beider Taschenbänder. Um das vehemente Schluckweh ein wenig zu mildern, nahm ich eine Scarification der öde-

matösen Gewebe vor. Ich machte drei Einschnitte in die erwähnte grau-weissliche Erhabenheit, die sich in der linken ary-epiglottischen Falte fand und welche ich als beschränktes Geschwür ansah, und in beide Aryknorpel. Patientin entfernte einen fast halben Theelöffel blutig-eitriger Flüssigkeit und hustete ein grauweisses Kügelchen aus, welches macroscopisch sehr an verdickten Eiter erinnerte. Die wiederholte Untersuchung erwies, dass das angegebene Kügelchen genau der im linken ary-epiglottischen Ligamentum constatirten Erhabenheit entsprach. Bald danach fühlte Patientin eine bedeutende Erleichterung, das Schluckweh wurde sanfter, die Athembeschwerden schwanden. Abends fand ich Frau Sch. fieberfrei, das Oedem der linken ary-epiglottischen Falte hat bedeutend abgenommen, dagegen zeigten beide Aryknorpel keine Veränderung. An der Aussenseite derselben bildeten sich grauweisse Beläge, die wahrscheinlich in Folge einer Fibrin-Coagulation entstanden sind.

30. October 1895. St. afebrilis. Schluckweh intensiver. Die Nutrition wird nur durch Ernährungsclystiere befördert. Die äussere Infiltration hat sich über den ganzen Larynx ausgedehnt, so dass die Form desselben theilweise verstrichen ist. Beide Aryknorpel sind stark vergrössert, der an ihrer Aussenseite haftende Belag stellt sich voluminöser und schmutzig verfärbt vor. Das Kehlkopfinnere ist frei, die Respiration ungestört. Gegen Abend fühlte sich Patientin unwohler und stellten sich Schwäche und mässiges Fieber (38,4°) ein. In dem Kehlkopfbilde trat keine Veränderung ein, Schluckweh unverändert.

31. October 1895. Temp. M. 38,5°. Patientin ist schwach, klagt über Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Sehr starke Dysphagie. Das Kehlkopfinnere bietet nichts Abnormes, die Respiration geht normal vor sich, die beschriebenen, schmutzig weissen Beläge an den Aryknorpeln bleiben unverändert. Die Lungenexploration ergibt keine krankhaften Störungen. Während des am Abende desselben Tages mit Collegen Meyersohn aus Warschau abgehaltenen Consiliums fanden wir das nämliche Kehlkopfbild, doch konnte ich eine Zunahme der perilaryngealen Infiltration bestätigen. Ungeachtet dessen verspürte Patientin in der Nacht eine derartige Linderung des Schluckwehs, dass sie frei und ungestört auf normalem Wege sich ernähren konnte, und diese Besserung hielt bis zum letzten Augenblicke an.

Am 1. November wurde ich und Dr. Meyersohn um sieben Uhr Morgens zur Patientin gebeten. Als wir uns dahin begaben, fanden wir Collegen Kohn, der uns mittheilte, dass Patientin um fünf Uhr Früh glücklich ein lebendiges Kind zur Welt brachte. Die Geburt sollte, laut Collegen Kohn's Angaben, sehr gut verlaufen sein, dauerte nur eine kurze Zeit und wurde von einer mässigen Blutung begleitet, doch trat am Ende derselben ein so gewaltiger Collapsus auf, dass Collegen Kohn kaum durch energische Excitation Patientin am Leben zu erhalten vermochte. In der That stellte sich der Zustand der Frau Sch. sehr ominös dar. Das Fieber zeigte eine Temp. von 39,4°, die Respiration und der kleine, kaum fühlbare Puls waren sehr beschleunigt, der Kräftezustand stark herabgesetzt. Selbstverständlich konnte unter diesen Umständen von einer laryngoscopischen Untersuchung keine Rede mehr sein. Den baldigen Exitus letalis vorahnend, beschränkten wir uns blos

auf Verabreichung exsultirender und tonisirender Mittel. Um 12 Uhr Mittag schien der Puls sich ein wenig gehoben zu haben, die Temperatur stieg bis 39,6°, an der Haut der oberen und unteren Extremitäten trat eine diffuse Röthung, ähnlich wie im Verlaufe vieler infectiöser Krankheiten auf. Patientin hustet und sondert ein röthlich verfärbtes Sputum ab, das Sensorium ist getrübt. Um drei Uhr Morgens wurde ich wieder zu Frau Sch. geholt. Den Zustand der Patientin fand ich hoffnungslos, das Sensorium stark benommen. Patientin phantasirt, reisst sich mit Gewalt von dem Lager auf, das Gesicht ist sehr verändert. Während der Auscultation constatirte ich in der linken Lunge schwache Rasselgeräusche, die Temperatur stieg bis 40°. Ich hielt mich bei der Patientin volle zwei Stunden auf, und trat trotz meiner sehr energischen Hilfe um fünf Uhr der Exitus letalis ein.

\* \* \*

Indem ich diesen Fall trotz des Mangels an bacteriologischen Untersuchungen und der Bestätigung am Leichentische in die Rubrik der infectiösen Phlegmonen des Pharynx und Larynx im Senator'schen Sinne aufnehme, halte ich es für angezeigt, die Thatsachen anzuführen, welche ich der Diagnose zu Grunde lege. Wie uns die Krankengeschichte belehrt, litten in der Wohnung der Patientin sämmtliche Personen an Halsentzündungen, welche, wie mich Colloge Kohn versicherte, zu der lacunären Pharynxentzündung gehörten. Wir wissen heut zu Tage, dass bei dieser Affection der Fehleisen'sche Streptococcus und der Streptococcus pyogenus nicht selten nachgewiesen worden sind und diese Krankheitsform manchmal Veranlassung zur Entwicklung einer Pharynx- und Larynxrose (Sendtner, Kirchner, Sokolowski etc.) oder nahe verwandter infectiöser Kehlkopf- und Schlundleiden geben. Ferner scheint jetzt die Thatsache der Identität beider Microorganismen, ebenso wie die Ansicht, dass nur der Grad der Virulenz derselben entscheidet, ob in jedem Falle ein primäres Pharynx- und Larynxerysipel oder eine infectiöse phlegmonöse Entzündung dieser Organe entstehen soll, genügend festgestellt zu sein. Wahrscheinlich zog sich auch unsere Patientin eine Infection zu, welche schon von Anfang an unter einer bedrohlichen, und zwar unter der Gestalt der acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx und Larynx auftrat. Ich wenigstens konnte ebenso wie Coll. Kohn trotz wiederholter genauer Untersuchung keine entzündlichen Exsudate im Pharynx auffinden. Es ist uns ferner bekannt, dass ausser der Virulenz des Streptococcus pyogenus in der Entstehung vieler infectiösen Affectionen die Widerstandsfähigkeit des Organismus ein gewisses prädisponirendes Moment darbietet. Als solches könnte in unserem Falle der zarte Körperbau und die weit vorgerrückte Schwangerschaft gelten. Wenn ich aber in Bezug auf die bacteriologische Beschaffenheit der Affection keine genauen Beweise angeben kann, so glaube ich doch das klinische Bild auf positive Thatsachen begründen zu können. Das Leiden trat unter mässigem Fieber auf. Die Temperatur schwankte zwischen 38° und 38,5° und überschritt im Verlaufe der Krankheit diese Höhe nur ein einziges Mal, und zwar am letzten Tage, wo sie bis 39,4°—39,6° und sogar

40° emporstieg. Gleich von Anfang an stellte sich intensives Schluckweh, leichte Anschwellung der linken Unterkieferdrüsen mit Hautröthung an entsprechender Seite ein. Im Pharynx fanden wir eine diffuse Röthung — keine Spur von entzündlichen Exsudaten, im Larynx eine starke Schwellung des Kehlkopfs, der aryepiglottischen Falte und beider Aryknorpel. Rings um den Kehlkopf bestand eine harte Infiltration, die die Kehlkopfconfiguration wesentlich entstellte. Trotz der an der Aussenseite der Aryknorpel haftenden schmutzig-graulichen Membranen und der eine kurze Zeit anhaltenden Athemnoth konnte ich im Larynxinnern keine Beläge entdecken — was gegen Diphtheritis spricht, um so mehr als Patientin bis zur letzten Minute vollständig ungestört athmete. Die Krankheit entwickelte sich rapid unter dem Bilde einer rasch zunehmenden Adynamie. Der Tod erfolgte nach sieben bis acht Tagen. Berücksichtigen wir, dass Patientin die Geburt glücklich ohne nennenswerthe Blutung und in kurzer Zeit durchgemacht hat, so müssen wir zum Schlusse gelangen, dass derselben unmöglich der geschilderte Collapsus zuzumuthen sei. Mir scheint, dass diese traurige Erscheinung wahrscheinlich in Folge einer Infection, die schon von Anfang an gewaltig auftrat und das Leben der Patientin ernst bedrohte, hervorgerufen war. Für diese Ansicht sprechen folgende Umstände: die einige Stunden vor dem Tode constatirte hohe Temperatur bis 40°, die heftigen Schmerzen zwischen den Schulterblättern, der Husten, das roth verfärbte Sputum und die Rasselgeräusche, welche Erscheinungen vielleicht auf eine auf dem Wege einer Metastase sich entwickelnde Pleuropneumonie hindeuten (Semon) und die diffuse, auf den unteren Extremitäten entdeckte Röthung, welche im Verlaufe mehrerer infectiöser Affectionen beobachtet wird. Gegen dieses klinische Bild könnte nur ein erster Einwand erhoben werden. Ich meine die späte Bethheiligung des Sensoriums, welche erst einige Stunden vor dem Tode zum Vorschein kam. Ich glaube jedoch, dass ungeachtet dessen das gleichzeitige Auftreten so vieler für die acute, infectiöse, phlegmonöse Pharyngitis charakteristischer Symptome in diesem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit für eine Senator'sche phlegmonöse Rachenentzündung spricht.

---

## II. Kritiken.

**Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde während der Jahre 1892 bis 1894.** Von Dr. Louis Blau, Specialarzt für Ohrenkrankheiten in Berlin. Leipzig, Verlag von Otto Wigand. 1896.

Mit staunenswerthem Fleisse und grosser Sachkenntniss hat Blau die otaitrische Literatur während der Jahre 1892—1894 zusammengestellt und bietet in einem relativ kleinen Büchlein den Fachcollegen einen guten Ueberblick über dieselbe. In prägnanter Weise sind die Anschauungen der Autoren wiedergegeben; man findet theils ein kurzes Excerpt der betreffenden Arbeit, theils einen Hinweis auf den Autor und sein Werk, so dass sich dieser Bericht in ausgezeichnete Weise zur Orientirung über die neuere otaitrische Literatur eignet.

Dr. Alt.

**Compendium der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende.** Von Dr. H. Schroeder, Ohrenarzt, Breslau. Verlag von Preuss u. Jünger. 1896.

Ein kurzes Buch von 150 Seiten, das als Compendium der Ohrenheilkunde betrachtet sein will; dies mag manchem Fachcollegen eigenthümlich klingen. Und doch wird ein Jeder, der das Buch zur Hand nimmt, eingestehen, dass Schroeder es in trefflicher Weise herausgefunden hat, was die practischen Aerzte auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde brauchen und überhaupt lernen wollen. Er bietet keine langen theoretischen Ausführungen, bespricht nicht schwierige Operationen, sondern verlegt sich hauptsächlich auf den diagnostischen und therapeutischen Theil und es ist zweifellos, dass „das Buch als Ergänzung und Repetition des im practischen Course gelernten“ (nach den Worten des Autors) seine Bestimmung vollauf erfüllen wird. Dr. Alt.

### III. Referate.

#### a) Pharyngo-laryngologische:

**Ueber Halshautemphysem bei Gebärenden.** (De l'emphysème sous-cutané du cou chez les parturientes.) Von Dr. Nicaise (Académie de médecine de Paris 1886, Séance du 2 Juni.)

Plötzliches Entstehen von Hautemphysem an der Halsbasis kommt selten während der Geburt vor, meist bei Erstgebärenden, welche schwer gebären und viel schreien. Früher wurde angenommen, dass dieses Emphysem durch Zerreißen der Lungenzellen der Lungenspitze oder durch Zerreißen des Ligamentum cricothyroideum entstehe. Seitdem die Physiologie aber lehrt, dass die Trachea sich, im Gegensatz der früheren Annahme, während des Inspiriums zusammenzieht und während des Expiriums sich erweitert, weiss man, dass dieses Emphysem durch Zerreißen der Trachealwand geschieht; dieses sieht man bei starken Hustenstößen bei Tussis convulsiva, bei starkem Schreien der Erstgebärenden eintreten, und immer während dem Expirium. In bei Weitem den meisten Fällen bleibt dieses Emphysem localisirt und verschwindet bald wieder; es ist jedoch ein Fall bekannt, wo das Emphysem allgemein wurde und den Tod brachte. Ist Emphysem eingetreten, so soll man die Entbindung so rasch wie möglich beendigen; ist letzteres unmöglich, so soll man chloroformiren; nach beendigter Geburt soll Patientin sich ruhig verhalten und nur mit Flüsterstimme sprechen.

Dr. P. K.

**Bacteriologische Halsuntersuchung bei einigen fieberhaften Krankheiten.** (Note sur l'examen bacteriologique de la gorge dans quelques fièvres.) Von Dr. Symes. (The Lancet 1895)

Principiell wurde in jedem Falle von Halsexsudat, welcher in London, Feverhospital, aufgenommen wurde, die bacteriologische Untersuchung vorgenommen. In 68 Fällen von Scharlach waren 14 Mal Streptococcen allein, 25 Mal Streptococcen mit Coccus in Gruppen,



1 Mal Coccus in Gruppen allein, 1 Mal Coccus mit dem laugen Diphtheritisbacillus, 9 Mal Coccus mit kurzem Diphtheritisbacillus, 14 Mal Coccus und andere Bacillusformen, 3 Mal verschiedene Bacillusformen. In 18 Fällen von klinisch diagnosticirter Diphtheritis wurde nur 10 Mal der lange Klebs-Löffler'sche Bacillus nachgewiesen. In 14 Fällen von Masern wurde 3 Mal der kurze Diphtheritisbacillus nachgewiesen.

Dr. P. K.

---

**Seltene Localisation im Pharynx bei Syphilis.** (Localisations rares pharyngiennes dans la syphilis héréditaire tardive.) Von Dr. Mouriez. (Société française d'otologie et de laryngologie et Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Es giebt Gummata, welche man nicht bei einfacher Pharynxuntersuchung entdeckt und zu deren Diagnose die Rhinoscopia posterior erforderlich ist. Verf. giebt drei solcher Krankengeschichten, junge Mädchen betreffend, welche sich nur allein über Schlingbeschwerden beklagten. Die Heilung ging rasch unter Jodbehandlung von statten.

Dr. P. K.

---

**Schwefelsaures Kupferoxyd bei tertiären Ulcerationen des Pharynx.** (Sulfate de cuivre dans les ulcérations pharyngées tertiaires.) Von Dr. De Santi. (Morgagni und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 4.)

Neben der Allgemeinbehandlung soll man die Geschwüre putzen, mit Cocain und nachher mit 1:25 Kupfervitriol bepinseln und die Patienten nachher mit Börsäurelösung gurgeln lassen.

Dr. P. K.

---

**Fremdkörper der obersten Luftwege.** (Corps étrangers des voies aériennes.) Von Dr. R. Heydecker. (Archiv. of pediatrics u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Ein 5 $\frac{1}{2}$ -jähriges Kind war dem Erstickungstode des Nachts nahe. Verf. machte schnell die Tracheotomie mittelst eines einfachen Bistouri und einigen Haarnadeln; als das Kind wieder athmete, liess man eine Canüle holen, welche eingeführt wurde. Croup konnte ausgeschlossen werden. Die laryngoscopische Untersuchung ergab einen metallenen Körper im Larynxeingang, welcher mittelst Zange entfernt wurde und sich als den Knopf eines metallenen Pfropfens herausstellte. Heilung per primam. Verf. betont, dass die Tubage in diesem Anfangs zweifelhaften Falle direct tödtend gewirkt hätte.

Dr. P. K.

---

**Tracheotomie wegen Fremdkörper in den oberen Luftwegen.** (Trachéotomie pour corps étranger dans les voies aériennes.) Von Dr. Glissan. (Brit. medic Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Ein 9jähriger Knabe hatte eine Stecknadel im Munde, während er ein jüngeres Kind hütete. Die Stecknadel verschwand ohne anfangs Beschwerden hervorzurufen. Am anderen Tage klagte Patient

über Stechen in der Trachea; wenn er sich aufrecht hielt, bemerkte man eine kleine Hervorragung zwischen dem dritten und vierten Trachealring; letztere verschwand, wenn Patient die Rückenlage einnahm. Tracheotomie, Extraction erst am Tage nachher.

Dr. P. K.

---

**Retropharyngealer Abscess, Typhus vorspiegelnd.** (Phlegmon rétro-pharyngien simulant la fièvre typhoïde.) Von Dr. Manchot. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Senkrechter Durchschnitt durch Hals und Kopf; man sieht an dem pathologisch-anatomischen Präparat die Eiterung der Sphenoidalhöhlen und einen retropharyngealen Abscess. Das Präparat rührt von einem Diabetiker her, welcher das Bild des Typhus darbot; am siebenten Tage des Unwohlseins zeigte er Milzschwellung und Roseola, am zehnten Tage trat Collapsus mit Tod ein. Die Section ergab normales Ileum.

Dr. P. K.

---

**Operative Behandlung der retropharyngealen Abscesse beim Kinde.** (Du traitement opératoire des abcès chauds rétropharyngiens chez l'enfant.) Von Dr. F. Rochard. (La médecine infantile und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Es giebt zwei Methoden der Eröffnung, welche jede ihre Vortheile und Nachtheile haben. Verf. rath eine schnelle Diagnose zu machen, den Abscess in der Medianlinie im Munde zu öffnen. Es giebt Fälle, wo man dennoch von aussen öffnen muss: wenn man aussen Fluctuation spürt, wenn die Tasche sehr tief sitzt und nicht im Munde geöffnet werden kann, wenn der Pharynx tief nach unten unterminirt ist.

Dr. P. K.

---

**Acute perforirende Tuberculose des Gaumensegels.** (Tuberculose aigue perforante du voile du palais.) Von Dr. Talamon. (Médecine moderne und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 5.)

Schon von Isambert und Julliard unter dem Namen der acuten Milliartuberculose des Pharynx beschrieben. Selten kommt die Perforation bei Tuberculose, fast immer bei Syphilis vor. Dieser Fall betrifft eine 26jährige Frau, welche durch locale Behandlung mittelst Milchsäure und mittelst cantharinsäuren Natroninjectionen geheilt wurde.

Dr. P. K.

---

**Ueber Contagion des Scharlach.** (De la contagion de la scarlatine.) Von Dr. Lemoine. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 22 Novembre 1895 und Semaine médicale 59.)

Die Meinung, dass Scharlach blos im Stadium der Abschuppung ansteckend sei, ist irrig und führt zu in der Praxis schädlichen Missverständnissen. Jedenfalls sind die Abschuppungen nicht exclusive ansteckend, Impfungen mittelst derselben ergaben negative Resultate, es sind bewiesene Fälle von Ansteckung auch vor dem Desquamations-

stadium bekannt. Verf.'s Beobachtungen, welche er gelegentlich zweier grossen Epidemien machte, ergaben, dass viel mehr Ansteckungsfälle in der ersten, als in der Periode der Abschuppung vorkommen. Das Gift wurde im Pharynx gebildet, von da kann es auf die äussere Haut, auf Kleidungsstücke u. s. w. gelangen, kann hartnäckiger als das Maserngift fortbestehen und am leichtesten im Mund und Pharynx anderer Personen sich ausbreiten und selbe inficiren. Hier muss man es auch anzugreifen suchen. Man soll also Scharlachkranke von Anfang an isoliren und von Anfang an Mund und Rachen desinficiren; man muss Nasendouchen geben und Gurgelungen vorschreiben noch lange nachdem die Angina schon verschwunden ist. Leider kennen wir das specifische Scharlachgift noch nicht, dennoch müssen wir desinficiren.

Dr. P. K.

---

**Ueber einen Zungenfremdkörper.** (Sur un cas de corps étranger de la langue.) Von Dr. Derville. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue de laryngologie 1896, No. 7.)

Während eines Streites gerieth bei einem Betrunkenen die Bernsteinspitze seiner Pfeife in das Zungenfleisch, welches nun hart anschwell. Da die Frau in ihrer Function als Hebamme syphilitisch inficirt wurde, nahm man ein Gumma der Zunge an. Da aber nachher eine Fistel entstand, wurde mittelst der Sonde die Gegenwart eines Fremdkörpers festgestellt und die Operation mit günstigem Erfolge ausgeführt.

Dr. P. K.

---

**Ueber rhythmische Zungentraktionen gegen Asphyxie nach Tracheotomie.** (Des tractions rythmées de la langue contre l'asphyxie consécutive à la trachéotomie.) Von DDr. Moizard, Fournier u. Prieur. (Union médicale und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 9.)

Wenn Apnoe nach Tracheotomie eintritt und Reizung der Haut, der Trachea, Einspritzungen und die künstliche Respiration nicht helfen, so soll man die Laborde'schen Zungentraktionen anwenden. Verf. bringt zwei Beispiele zum Beleg.

Dr. P. K.

---

**Phlegmonöse Entzündung der Zungenmandel.** (Amygdalite linguale phlegmoneuse.) Von Dr. E. Escat. (Revue hebdomadaire de laryngologie 1896, No. 5.)

Verf. giebt die genaue Krankengeschichte eines solchen Falles. Die Differentialdiagnose mit phlegmonöser Mandelentzündung, Glossitis, Unterzungenabscess und Ludwig'scher Angina macht sich durch folgende Anhaltspunkte: Einseitige phlegmonöse Entzündung der Zungenmandel, meistens im Gefolge einer catarrhalischen Angina; Dysphagie mit Fremdkörpergefühl im unteren Theile des Pharynx; Dyspnoe pharyngealen Ursprunges; suprahyoidaler einseitiger Schmerz, durch Druck auf das grosse Zungenbeinhorn vermehrt; Schwellung der Inframaxillardrüsen und namentlich der medianen Oberzungenbeindrüsen; Sprachstörungen; Unbeweglichkeit der Zunge und Empordrängen ihrer Basis

ohne Schwellung der Unterzungengegend: glatter, einseitiger, durch das Laryngoscop leicht erkennbarer rother Tumor an der Zungenmandel: Fehlen der Entzündungen der Mandeln, der Unterzungengegend und des Larynx.

Dr. P. K.

**Ueber die Abscesse der Mandelumgebung.** (Des abcès périamygdaliens.) Von Dr. Gouguenheim. (Société médicale des hôpitaux de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 9.)

Verf. behauptet, den classischen Beschreibungen widersprechend, dass die Mandelabscesse bei Weitem die häufigsten, die Abscesse des die Mandel umgebenden Gewebes dagegen sehr selten seien; bei letzteren ist die Quantität Eiter viel bedeutender, sie sind viel grösser und qualvoller, als die eigentlichen Mandelabscesse. Die eigentlichen Mandelabscesse sind kleiner, greifen nie auf die andere Seite über, sie öffnen sich meist spontan nach acht Tagen, geben wenig, oft stinkenden Eiter, lassen meist die kleine Ausgangsöffnung an der Mandel selbst sehen, lassen fast nie Fluctuation fühlen und machen so den chirurgischen Eingriff unmöglich und überflüssig. Die Abscesse der Umgebung der Mandel entstehen ebenfalls durch Microbeneingang in die Crypten, haben dieselben Symptome in verstärktem Grade; die Mandel ist verhältnissmässig wenig angeschwollen, desto mehr aber die Umgebung, und die Schwellung greift von Anbeginn auf die andere Seite mehr weniger über; die Fluctuation lässt sich nach einiger Zeit immer an der äusseren Seite des Arcus palatoglossus feststellen und bei diesen Abscessen kann chirurgisch eingegriffen werden; es fliest eine grosse Quantität Eiter heraus; eine gebogene Sonde, in die Schnittöffnung eingeführt, gelangt in einen nach allen Richtungen hin ziemlich ausgedehnten Eitersack, ausgenommen gegen die Mandel zu, welche den Sack gänzlich abschliesst. Man soll diese Abscesse so früh wie möglich einschneiden und die Tasche antiseptisch auswaschen. Manchmal bleibt eine Tasche zurück und es bilden sich dann die recidivirenden Abscesse der Mandelumgebung; in solchen Fällen muss man den Sack weit öffnen und die Innenwände chirurgisch behandeln. Bei solchen Abscessen muss immer ein ein Centimeter langer Schnitt senkrecht geführt werden; tritt kein Eiter aus, so kann man mit der Hohlsonde nachhelfen; vor der Eröffnung kann man mittelst der Pravaz'schen Spritze Probepunctionen machen.

Dr. P. K.

**Ueber polypoiden Hypertrophien der Mandel.** (Des hypertrophies polypoides de l'amygdale.) Von Dr. Lemariéy. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 5)

Verf. kommt am Ende seiner genau durchgeführten Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) diese polypoiden Hypertrophien können eine accessorische Mandel darstellen; 2) ein Lappen einer hypertrophischen oder multilobulären Mandel kann sich verlängern; 3) die ganze Mandel kann sich stielen. Diese 3 Arten können den fibrösen oder den lymphatischen Character annehmen; sie bleiben oft unbemerkt und bedrohen selten das Leben. Dennoch soll man selbe bei Zeiten operiren.

Dr. P. K.

**Sehr grosser Mandelstein links.** (Calcul très volumineux de l'amygdale gauche.) Von Dr. Anthelme-Combe u. Dubousquet-Laborderie. (Tribune médicale und Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Ein 3,15 Gr. wiegender Mandelstein wurde von selbst ausgeworfen, ohne dass er vorher Entzündung hervorgerufen hatte. Verf. geben analoge Beispiele aus der Literatur, geben deren chemische Zusammensetzung und sehen ihre Bildung als secundär von Mandelpröpfen an.  
Dr. P. K.

**Lacunäre Amygdalitis, einen eingeschlossenen Abscess simulirend.** (Amygdalite lacunaire simulant un abcès encysté.) Von Dr. Brindel. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 21.)

Doppelseitige Anhäufung von käsiger Masse, welche einem doppelseitigen Mandelabscess sehr ähnlich schienen.  
Dr. P. K.

**Lacunäre käsige Amygdalitis tuberculöser Natur; primärer Herd.** (Amygdalite lacunaire caséuse de nature tuberculeuse; foyer primitif.) Von Dr. J. Sacaze. (Archives générales de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Der Patient, ein alter Soldat, bot das Bild einer einfachen lacunären Amygdalitis dar; es bestand Schwellung der Cervicaldrüsen und in den Mandeln konnte man den Koch'schen Bacillus nachweisen. Abends Fieber. Die von Lannelongue angerathenen Einspritzungen von Chlorzink wurden ohne Erfolg gemacht.  
Dr. P. K.

**Beitrag zur Bacteriologie der acuten lacunären Amygdalitis.** (Contribution à l'étude bactériologique des amygdalites lacunaires aiguës.) Von Dr. Büys. (La policlinique No. 22 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Auf vier Fälle gestützt kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die verschiedensten Microorganismen bei der lacunären Mandelentzündung vorkommen können und dass kein specifischer Bacillus für diese Krankheit besteht.  
Dr. P. K.

**Angina diphtheritica und Croup nach Amygdalotomie.** (Amygdalotomie suivie d'angine diphthéritique et de croup.) Von Dr. Augustus Caille. (Arch. of méd. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 4.)

Man soll eine Woche lang Mandeln und Rachen desinficiren; cariöse Zähne sollen vorher entfernt werden. Verf. erzählt einen Fall von Diphtheritis mit Croup, bei welchem diese Vorsichtsmaassregeln nicht beobachtet worden waren.  
Dr. P. K.

**Zwei Fälle von Angina scarlatinosa mittelst antistreptococcischer Serumtherapie behandelt.** (Deux cas d'angine scarlatineuse traités par la sérothérapie antistreptococcique.) Von Dr. Chatelain. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 13.)

Nach dem günstigen Verlauf der zwei genau beschriebenen Fälle kommt Verf. zu den folgenden Schlüssen: Da der Streptococcus bei

allen Complicationen bei Scharlach die Hauptrolle spielt, so kann man dreist das Marmorek'sche Serum anwenden. Die Wirkung stimmt genau mit der von Marmorek selbst angegebenen überein. Sinken der Temperatur, Verschwinden der Röthung und des Belages des Pharynx, Abnahme der Drüschwellung, Besserung des Allgemeinbefindens, kein Nierenleiden, Verschwinden des Eiweisses im Urin. Ein Serum, welches so wirksam die schädlichen Folgen eines hinzutretenden Microben bekämpft, kann fast als ein Specificum angesehen werden.

Dr. P. K.

---

**Ueber Behandlung der scarlatinösen Angina mittelst des Marmorek'schen Serums.** (Traitement de l'angine scarlatineuse par le sérum de Marmorek.) Von Dr. Armand Dubois. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 7.)

Bekanntlich hat Marmorek sein antistreptococcisches Serum eingespritzt, um die so häufig vorkommenden Complicationen bei Scharlach zu verhindern und um dann die Krankheit als einfaches Resultat der scarlatinösen Infection sich selbst zu überlassen. Vom klinischen Standpunkt aus betrachtet besteht beim Scharlach von Anfang an eine erythematöse Halsentzündung, welche sich öfters mit grauem Mandelbelag complicirt; diese Angina ist für Scharlach pathognomonisch und hat eine gute Prognose. In manchen Fällen ist aber diese frühzeitige Angina mit Pseudomembranen complicirt: in solchen Fällen ist die Diagnose schwer zu stellen und man kann sie nicht von diphtheritischer Angina unterscheiden; die bacteriologische Untersuchung allein verhilft zu richtiger Diagnose. Endlich stellt sich in der Abnahmsperiode und sogar in der Reconvalescenz wahre Diphtheritis ein, welche dann den Tod herbeiführt, ehe die Pseudomembranen den Larynx erreicht haben: diese spät eintretende Angina ist immer diphtheritisch, während die frühzeitig eintretende Angina immer streptococcischer Natur ist. Die Resultate, welche Marmorek und der Verf. bei ihren Kranken erreicht haben, sprechen der Ausföhrung der Einspritzung des antistreptococcischen Serums das Wort.

Dr. P. K.

---

**Die den acuten Gelenkrheumatismus begleitende Angina.** (L'angine du rhumatisme articulaire aigu.) Von Dr. Auclair. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Gewinnt immer mehr an Bedeutung, seitdem der acute Gelenkrheumatismus zu den Infectionskrankheiten gerechnet wird. Wurde früher immer mit rheumatischer Angina verwechselt. Kommt immer vor oder in den ersten Tagen der Gelenkschmerzen. Röthung, mässige Schwellung, Fehlen der Halsganglienschwellung, Schmerz und Schlingbeschwerden wenig ausgeprägt, plötzliches Steigen der Temperatur mit den anderen Fiebererscheinungen, oft Eiweiss im Urin, dehnt sich selten auf Ohren, Larynx und Nase aus, verschwindet allmählich.

Dr. P. K.

**Ueber diphtheritische Angina mit herpetischem Gepräge.** (De l'angine diphthérique à forme herpétique.) Von Dr. Dieulafoy. (Académie de médecine, Séance du 11 Juni 1895 u. Semaine médicale 1895, No. 30.)

Vier Kranke schienen von herpetischer Angina befallen zu sein, während die bacteriologische Untersuchung Diphtheritis ergab. Diese Facta beweisen, dass die Diagnose einer Angina ohne bacteriologische Untersuchung unmöglich ist. Herpesbläschen auf dem Gaumen, an den Lippen, an den Nasenflügeln dürfen nicht mehr als Zeichen einer nichtdiphtheritischen Angina angesehen werden. Ein Herpesausschlag kann sich sehr gut zur Diphtheritis hinzugesellen; sie können uns also ohne bacteriologische Untersuchung nur in Irrthum führen.

Dr. P. K.

**Behandlung der Angina diphtheritica mittelst Sublimatlösung zu 1:20 oder 1:30 in Glycerin.** (Traitement de l'angine diphthérique par le sublimé en solution au 1:20 ou au 1:30 dans la glycérine.) Von Dr. Moizard. (Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 4.)

Der Vortheil dieser Methode besteht darin, dass blos zwei Mal in 24 Stunden gepinselt zu werden braucht; für jede Bepinselung braucht man drei Pinsel, den ersten, trockenen, zum Wegwischen der Membranen und des Schleimes, ohne zu verwunden, den zweiten, in die Flüssigkeit getauchten, zum Auftragen der Flüssigkeit, den dritten, trockenen, um die überflüssige Flüssigkeit zu verhindern, in den Magen zu gelangen; dabei sind die Nasendouchen und das Gurgeln mittelst nichtgiftiger Substanzen, wie Bromwasser und Kalkwasser, nicht ausgeschlossen. Die Bepinselungen müssen noch zwei Wochen nach Verschwinden der Pseudomembranen fortgesetzt werden; das Glycerin verhindert die Schmerzen und das Aufsaugen mittelst des dritten Pinsels verhindert die Vergiftung.

Dr. P. K.

**Uebertragung von Diphtheritis durch gesunde Leute.** (Transmission de la diphtérie par des personnes saines.) Von Dr. Herbert Peck. (Brit. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Verf. citirt eine Reihe von Fällen, wo die Krankheit den Einwohnern verschiedener von einander entfernter Gehöfte mitgetheilt wurde, ohne dass die übertragenden Personen von der Krankheit befallen wurden; in einem dieser Fälle konnten bei dem verschont gebliebenen jungen Mann die Diphtheritisbacillen im Rachen nachgewiesen werden, ohne dass er selbst eine Angina bekam.

Dr. P. K.

**Diphtheritis vom Huhn auf ein Kind übertragen.** (Un cas de diphtérie chez un enfant transmise par un poulet.) Von Dr. Cole. (Journal de clinique et de thérapeutique infantile und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Die in letzter Zeit von einigen Autoren gelegnete Möglichkeit der Uebertragung von Diphtheritis von Vögeln auf den Menschen (der

Referent) findet in folgenden Beispielen seine Unrichtigkeit: Ein 2 $\frac{1}{2}$  jähriges Kind spielte mit einem von Diphtheritis befallenen Huhn, bekam Diphtheritis und starb. Verf. beruft sich auf die Erfahrungen Gerhardt's und Nicati's, um die Möglichkeit der Ansteckung bei Diphtheritis von Vögeln auf den Menschen zu beweisen. Er erwähnt ferner die Beobachtung Bild's, welcher erzählt, dass auf der griechischen Insel Skathos seit dreissig Jahren kein Diphtheritis-Fall vorgekommen war, bis zwölf Perlhühner von Saloniquia herübergebracht wurden, welche alle an Diphtheritis starben; es folgte darauf eine verderbenbringende Diphtheritisepidemie in dem Hause, wo die Perlhühner untergebracht worden waren.

Dr. P. K.

---

**Die Diphtheritis im separaten Gebäude des Spital Lariboisière und ihre Behandlung mittelst des Roux'schen Serum.** (La diphtérie au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière et son traitement par le serum de Roux.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Verf. gelangt am Ende seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) bei Kindern und Erwachsenen wirkt das Serum mit ausserordentlicher Geschwindigkeit; 2) man soll nicht gleich 20 Cubikcentimeter, sondern immer nur soviel Cubikcentimeter geben, als das Kind Monate zählt; man soll erst bei Eintreten von Dyspnoe und Temperatursteigerung eine neue Dosis geben; 3) bei Erwachsenen kann man gleich von Anfang an 20 Cubikcentimeter geben und die Dosis unter den oben angegebenen Bedingungen wiederholen; 4) wenn allgemeine Intoxication besteht, so hilft das Serum nicht mehr; 5) die gutartigen Formen von Diphtheritis sind viel häufiger, als man allgemein annimmt; 6) die prophylactische Einspritzung kann gefahrlos ausgeführt werden, wenn man keine zu hohe Dosis anwendet.

Dr. P. K.

---

**Bacteriologische Untersuchungen der Pseudomembranen bei diphtheroiden Syphiliden.** (Recherches bactériologiques sur les fosses membranes des syphilides diphtéroïdes.) Von Hudelo und Bourges. (Bulletin de la société de biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Man findet bei secundären Halsleiden und primären Hautleiden nicht einen bestimmten Bacillus. Man findet bald den Bacterium colli commune, bald den Staphylococcus aureus, bald den Streptococcus pyogenes und albus.

Dr. P. K.

---

**Ueber Wirkung des Wasserdampfes als Hilfsmittel bei der Serotherapie bei Diphtherie.** (De l'action de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans la diphtérie.) Von Dr. Variot. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 7 Juni 1894 u. Semaine médicale 1895, No. 80.)

Verf. räth, bei Croup eine Atmosphäre, die mit Wasserdampf geschwängert ist, einathmen zu lassen, zugleich aber eine Einspritzung von antidiphtheritischem Serum zu machen. Das Wasser bringt ein



Schmelzen der Pseudomembranen hervor und beruhigt die Larynxnerven. Dieser Combination verdankt man es, dass im Hôpital Trousseau die Tracheotomie auf 14 pCt. herabgesunken ist, während selbe früher 26 pCt. betrug; letzteres ist heute noch der Fall in den meisten Spitalern.

Dr. P. K.

**Wann soll man bei Croup die Tracheotomie ausführen?** (A quel moment doit on pratiquer la trachéotomie en cas du croup?) Von Dr. Carron de la Carrière. (Revue de clinique et de thérapeutique u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Der Verlauf der sich bildenden Stenose ist von der grössten Wichtigkeit: 1) man muss sich also auf die fortwährend dauernde Stenose und nicht auf die Erstickungsanfälle stützen; 2) besteht das Pfeifen erst seit einigen Stunden und bedroht es das Leben nicht, besonders wenn es nicht rasch zunimmt, soll man abwarten; 3) wenn das Pfeifen seit einigen Stunden oberhalb und unterhalb des Sternum zu hören ist, wenn es zunimmt, besonders die ersten Zeichen der Asphyxie sich zeigen, so soll man operiren; es ist dieses der classische Moment; 4) wenn auch heftige Erstickungsanfälle bestehen und das Pfeifen in den Zwischenzeiten sehr gering oder Null ist, soll man abwarten; 5) ist das Kind unter beständiger ärztlicher Aufsicht, ist es kräftig, besteht ein nicht-infectiöser Croup, kann man jeden Augenblick einschreiten, so kann man getrost abwarten.

Dr. P. K.

**Ueber primäre Gangrän des Rachens.** Von Dr. Blumenau. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, No. 26.)

Verf. giebt die Literatur der primären und secundären Rachen-gangrän, welche überhaupt sehr selten vorkommt. Nachdem Verf. die Aetiologie, den Symptomenverlauf, die Prognose und die Therapie des Leidens im Allgemeinen besprochen, giebt er die genaue Krankengeschichte eines von ihm im Spital in Grodno beobachteten Falles, welcher, wie gewöhnlich, auch lethal endete.

Dr. P. K.

**Ueber einen Stein des Warthon'schen Ganges.** (A propos d'un calcul du conduit de Warthon.) Von Dr. Chiucini. (Bullet. delle malati dell' orecchio und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 9.)

Ein 117 Milligr. wiegender und 11 Mmtr. resp. 5 Mmtr. messender, aus kohlen-saurem und phosphorsaurem Kalk nebst organischen Substanzen bestehender Stein wurde spontan nach heftigen Schmerzen ausgestossen.

Dr. P. K.

**Ueber urämische Worttaubheit.** (La surdit  verbale ur mique.) Von Prof. Dr. Gilbert Ballet. (Semaine médicale No. 22, 1896.)

Hübscher klinischer Vortrag über einen Fall, wo die Worttaubheit durch das Nierenleiden und die daraus entstehende urämische Intoxication entstanden ist.

Dr. P. K.

**Noduli der Stimmbänder bei Kindern.** (Laryngite nodulaire des enfants.) Von Dr. Moure. (Revue de laryngologie 1896, No. 6.)

Bis jetzt bei Erwachsenen nur beschrieben: sie kommen nur bei Ueberanstrengung und schlechtem Gebrauch der Stimme vor; namentlich bei zu engem Larynx, welcher für Tenor und Soprano gebaut ist, während die tiefen Basstöne damit gesungen werden; daher kommen diese Noduli mehr bei hohen Tenoren und mehr bei Frauen als Männern vor. Dieselbe Ursache wie bei Erwachsenen scheint bei Kindern obzuwalten: es sind meistens Kinder von 6 bis 10 Jahren, welche man in der Schule zwingt, tiefe Töne zu singen; man sieht in diesen kleinen Kehlköpfen ausser Röthung und Färbung der Stimmbänder im vorderen Drittel zwei symmetrisch sitzende Sängerknötchen, welche sich beim Intoniren berühren, aber vor sich im vorderen Drittel und hinter sich in den hinteren zwei Dritteln der Glottis einen elliptischen Spalt lassen, welche Schuld an der bitonalen Stimme sind. Die Krankheit, einmal ausgebrochen, ist schwer zu heilen; sie vergeht bei einiger Schonung in der Pubertät meist von selbst. Prophylactisch soll man Kinder nie das tiefe Register singen lassen.

Dr. P. K.

---

**Compression des Nervus phrenicus bei der Behandlung des Glottiskrampfes.** (Compression du nerf phrénique dans le traitement du spasme de la glotte.) Von Dr. Bidon. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Schon Leloir hat die Compression des Nervus phrenicus bei Schluchzen angerathen; Verf. rath die Compression des Vagus bei Spasmus glottidis an. In einem Fall von Erstickungskampf bei einem hysterischen Mädchen drückte Verf. während einer Viertelstunde fünf Mal in einer Minute den Phrenicus zwischen den beiden Ansatzpunkten des Sternocleidomastoideus; Patientin wurde aus der Agone zum Leben zurückgerufen. Denselben Erfolg hatte Verf. bei einem Tabetiker, die Glottiskrämpfe blieben sogar ganz aus.

Dr. P. K.

---

**Hygroma infrahyoideum mit Eiterung und drohender Asphyxie.** (Hygroma soushyoïdien suppuré avec asphyxie imminente.) Von Dr. Guida. (Archiv. ital. di laring. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Eiterndes Hygroma, welches in der Grösse eines Apfels an der vorderen linken Halsseite sich befand, Larynx und Trachea nach rechts verdrängte und drohende Erstickungsgefahr verursachte. Man machte einen tiefen Einschnitt, entleerte den Eiter und schnitt ein grosses Stück der Tasche heraus, welche Operationen die Tracheotomie unnöthig machten. Man constatirte nun, dass das seit lange bestehende Hygroma in der letzten Zeit rasch gewachsen und aus der in zwei Hälften getheilten Boyer'schen Tasche entstanden war.

Dr. P. K.

**Behandlung des retrosternalen Kropfes.** (Le traitement du goitre rétrosternal.) Von Dr. Albert Heidenreich. (Semaine médicale 1896, No. 33.)

Verf. spricht nur von den gutartigen Kröpfen. Von den 70 von Wuhrmann beschriebenen retrosternalen Kröpfen waren 15 nicht von aussen zu sehen, mussten also durch die klinischen Symptome, namentlich durch die Perussion diagnosticirt werden, was leider nicht geschah und demnach blieb die Behandlung eine symptomatische; alle 15 starben, das will sagen, man muss in solchen Fällen immer gegen den Kropf direct einschreiten. Am besten bleibt immer die Radicaloperation, welche bloss 2 pCt. Todesfälle aufweist, während alle anderen Methoden, die Bonnet'sche mit einbegriffen, viel schlechtere Resultate ergeben. Ist keine Gefahr im Verzug, so kann man vorher noch die Jodbehandlung versuchen. Die Operation ist gewöhnlich leicht, wenn der Kropf zugleich oberhalb des Sternum besteht, was ja in den meisten Fällen stattfindet. Ist der retrosternale Kropf nicht sichtbar, so muss ein Bogenschnitt ausgeführt und die Section des Sternalendes der Musculi sternocleidomastoidei, sowie der Musculi sternohyoidei und sternothyroidei gemacht werden. Eine Knochenresection ist selten nöthig; die Tracheotomie soll, wo möglich, umgangen werden. Die Blutung wird in bei Weitem den meisten Fällen durch Tamponade mittelst Jodoformgaze gestillt. Bei bösartigen Kröpfen ist die Operation wenig einladend; selbst die Tracheotomie hilft in den wenigsten Fällen, da selbe das Hinderniss nicht zu heben vermag.

Dr. P. K.

---

**Tracheotomie wegen Erstickungskropf; Blosslegung und Erheben eines hinter dem Sternum liegenden Theilès; allgemeine Behandlung; Liegenlassen der Canüle; Hellung.** (Trachéotomie pour goitre suffocant; isolement et soulèvement d'une partie plongeante rétrosternale; traitement général, canule à demeure; guérison.) Von Dr. Gangolphe. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Der interessanteste Punkt der Operation besteht darin, dass, da der Operateur nicht direct durch die Geschwulst auf die Trachea gelangen konnte, dieser mit dem Finger einen hinter dem Sternum gelegenen Theil der Geschwulst loslöste und nach oben und vorne luxirte; darauf sah man die Trachea blossgelegt, erweicht und plattgedrückt. Es wurde eine Canüle eingeführt, welche nach einem Jahre entfernt werden konnte. Die Trachea hatte ihre gewöhnliche Consistenz wieder erlangt und der Kropf war verschwunden. Dieses Factum befestigt die von Verf. früher ausgesprochene Meinung, dass ein aus seinen festen Ahärenzen herausgerissener und blossgelegter Kropf nothwendiger Weise atrophisch wird.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass nach gemachter Tracheotomie ein Kropf allmählig verschwindet. (Der Referent.)

Dr. P. K.

**Behandlung des Kropfes durch die Ligatur der vier Arteriae Thyroideae.** (Du traitement du goitre par la ligature des quatre artères thyroïdiennes.) Von Dr. Lavisé. (Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Nach Verf.'s Meinung ist diese Operation allen anderen blutigen Methoden vorzuziehen. Es tritt keine Gangrän, kein Myxödem, kein Erstickungstod durch Zusammenklappen der Trachea ein.

Dr. P. K.

**Bemerkungen über 34 Kropfoperationen; Exstirpation und Ausschälung.** (Note sur 34 opérations de goitre; extirpation et énucléation.) Von Dr. Jules Boeckel. (Gazette médicale de Strasbourg und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Enucleation ist ohne alle Gefahr. Die Leichtigkeit und die Schnelligkeit der Operation lassen selbe sogar der partiellen Exstirpation vorziehen. Ist selbe unmöglich, was selten vorkommt, so soll man erst zur partiellen Exstirpation schreiten. Die totale Exstirpation soll nur mehr ausgeführt werden, wenn der Kropf ringförmig ist, und noch muss dann das Leben des Patienten direct bedroht sein. Ist die Trachea säbelscheidenartig abgefacht, so muss man ausserdem die Tracheotomie ausführen, um den Kranken vor einem plötzlich eintretenden Erstickungstod (Kropftod, Roser) zu schützen.

Dr. P. K.

**Recidive von Kropfkrebs in einer benachbarten Cervicaldrüse; mikroskopische Durchschnitte.** (Recidive de cancer de goitre dans un ganglion cervical; présentation de coupes.) Von Dr. Brindel u. Dr. Lissas. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie 1896, No. 29.)

Drei bis vier Monate nach dem chirurgischen Eingriff entwickelte sich bei einem Kropfkrebskranken eine carcinomatöse Lymphdrüse, welche gerade eben denselben mikroskopischen Durchschnitt, wie das entartete Corpus thyroideum zeigte. Es handelte sich um cylindrisches Epithelioma.

Dr. P. K.

**Tödlicher Jodismus bei Kropf.** (Jodisme mortel chez un goitreux.) Von Dr. Conchon. (Société de thérapeutique, Séance du 13 Novembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 58.)

Nach therapeutischen Dosen von Jodkali innerlich und von Einreibung des Vorderhalses mit Jodsalbe verschwand der Kropf auf aussergewöhnlich schnelle Weise. Es traten dagegen alle Symptome der Cachexia strumipriva ein, denen der Patient erlag.

Dr. P. K.

**Actinomycöse Perichondritis der rechten Schildknorpelhälfte. Secundär auftretende Actinomycose in der Umgebung des Larynx und chronischer Abscess der Cervicalgegend. Schwere funktionelle Störungen. Cachexie. Tod.** (*Périchondrite actinomyco-sique du cartilage thyroïde droit. Secondairement actinomy-cose périlaryngée et phlegmon cervical chronique. Troubles fonctionnels graves. Cachexie. Mort.*) Von Dr. Poncet. (*Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.*)

Die zweite interessante Beobachtung von Larynxactinomycose. Es bestand Anfangs rechts nur ein taubeneigrosser Tumor mit etwas Heiserkeit und Dysphagie; Röthung des Larynxinnern mit Schwellung der rechten Larynxhälfte. Die Diagnose schwankte Anfangs zwischen Syphilis und infectiöser Laryngitis. Jodbehandlung liess im Stich. Bei eintretender Fluctuation wurde der Tumor eröffnet; Erleichterung während einigen Monaten. Später bildete sich ein fistulöses chronisches Geschwür aus, an dessen Inhalt man endlich Actinomycose diagnosticirte. Cachexie, Tod. Bei der Section konnte gar kein actinomycotischer Visceralherd nachgewiesen werden.

Dr. P. K.

---

**Laryngealstenosen und ihre Behandlung.** (*Sténoses laryngées et leur traitement.*) Von Dr. Egidi. (*Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 8.*)

Verf. giebt nichts Neues und behandelt speciell das Capitel der Intubation mittelst seines modificirten Instrumentes.

Dr. P. K.

---

**Larynxfractur in Folge von Strangulation.** (*Fracture du larynx par strangulation.*) Von Dr. Laugier. (*Bulletin de la société anatomique u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.*)

Eine alte Frau wurde todt in der Strasse gefunden. Keine äusseren Spuren von Gewaltthätigkeit und man hätte auf einen natürlichen Tod geschlossen, wenn nicht eine Fractur der Cartilago thyroidea und des Os hyoideum nebst Blutaustritt unter der Larynxmucosa auf Strangulation hätte schliessen lassen.

Dr. P. K.

---

**Laryngealneurosen nach verschiedenen gynäkologischen Operationen.** (*Névroses laryngées à la suite de quelques opérations gynécologiques.*) Von Dr. G. Ferreri. (*Arch. ital. di otolog. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.*)

So wie Schwangerschaft, Menopause, Menstruation, Uterusleiden Einfluss auf den Larynx ausüben können, so können es diesbezügliche Operationen auch. Besonders sind dies unvollständige Operationen und unter diesen namentlich das Anheften der Generationsapparate an die Bauchwand, welche diese Larynxsymptome hervorrufen; das Aufstossen bildet immer ein Hauptsymptom. Die Behandlung ist die gewöhnliche.

Dr. P. K.

**Larynxödem als diagnostisches Merkmal von Nierenleiden.** (L'œdème du larynx comme signe diagnostique d'affections rénales.) Von Dr. Abate. (Archiv. int. delle spec. medic.-chirurg. und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Acutes Larynxödem, welches mittelst Scarificationen bedeutend gemildert wurde. Acht Tage später bemerkte Verf. beim nochmaligen Scarificiren Augenliderödem und fand dann natürlich durch Nierenuntersuchung eine parenchymatöse Nephritis. Das wandernde Oedem ist ja ein Hauptcharacterzug des Morbus Brightii. Dr. P. K.

---

**Larynxlähmungen bei Typhus.** (Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde.) Von Dr. Lublinski. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Werden oft mit Larynxtyphus verwechselt und selten in der acuten Periode, meist in der Reconvalescenz beobachtet. Verf. hat fünf Fälle beobachtet, wovon einer eine Abductorenlähmung, drei eine totale Recurrenslähmung, einer eine beiderseitige Recurrenslähmung betraf; die Lähmung ist in den meisten Fällen eine rein nervöse, die der Abductoren ist natürlich die gefährlichste. Dr. P. K.

---

**Larynxvaricella.** (La varicelle du larynx) Von Dr. Marfan und Dr. Hallé. (Revue des maladies de l'enfance 1896, XIV, Heft I.)

Wenn die Varicella an sich eine gutartige Krankheit ist, so ist die Localisation im Larynx eine ernsthafte Krankheit; von vier laryngoscopisch festgestellten Fällen endeten drei lethal trotz der ausgeführten Tracheotomie, welche fast nie umgangen werden kann; die Symptome sind denen des Croup so ähnlich, dass nur das Laryngoscop und die bacteriologische Untersuchung zur Differentialdiagnose verhelfen können. Dr. P. K.

---

**Ueber Laryngotomia interericothyroidea.** (La laryngotomie interericothyroïdienne.) Von Dr. Richelot. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Avril 1896 und Semaine médicale 1896, No. 21.)

Gänzlich ungefährlich ersetzt sie die mehr oder weniger gefährliche Tracheotomie. Für die ganze Operation braucht man etwa eine Minute Zeit; kein Organ, kein Blutgefäß kann verletzt werden; man braucht blos ein Messer und eine kleine Krishaber'sche Schnabelcanüle; man setzt den linken Zeigefinger in der Mittellinie an den unteren Schildknorpelrand und hebt den Schildknorpel nach oben oder, was dasselbe ist, man streckt den Kopf des Patienten nach hinten, macht einen 1 Cmtr. langen Hautschnitt bis auf die Membrana ericothyroidea, schneidet letztere ein und legt die Canüle ein. Eine Canüle von 9—10 Mmtr. Durchmesser genügt zur normalen Athmung, selbst bei Phthisis und Krebs.

Verf. bedenkt nicht, dass immer die Cartilago cricoidea mehr oder weniger beim Schnitt sowohl, als beim forcirten Einführen der Canüle verletzt und in den meisten Fällen diese Cartilago cricoidea durch

Druck necrotisch wird; ferner kann diese relativ kleine Canüle beim gesunden Larynx zur Athmung genügen; bei Diphtheritis, Tuberculose und Krebs wird sie sich aber nur zu leicht verstopfen. (Der Ref.)  
Dr. P. K.

**Ueber Dysphagie bei Larynxtuberculose und ihre Behandlung.** (De la dysphagie dans la tuberculose laryngée et de son traitement.) Von Dr. Molinié. (Marseille médic. und Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Sie besteht fast nie, ohne dass Geschwüre vorhanden sind; sie scheint nicht von einer Degenerationsneuritis, wie Virchow, Tissier und Doléris glauben, sondern von einer proliferativen Neuritis (Pseudoneuroma) abzuhängen. Verf. befand sich am besten bei der Glühhitze und bei der Arytenoidectomie.  
Dr. P. K.

**Hodenatrophie durch Rheuma; Untersuchung des Larynx und der Stimme.** (Atrophie testiculaire d'origine rhumatismale; examen du larynx et de la voix) Von Dr. Brindel. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 21.)

Bei einem 16jährigen Mann trat Hodenatrophie bei Rheumatismus ein. Seltene Fälle. Der Larynx war der eines ausgewachsenen Mannes; dagegen war die Stimme die eines sich in der Mutation befindenden jungen Mannes.  
Dr. P. K.

**Diffuses subglottisches Papillom, durch endolaryngeale Methode entfernt.** (Papillomes diffus sousglottiques, extirpation par la méthode endolaryngée. Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 1.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines sich sehr langsam entwickelnden Papilloms, welches die grosse Toleranz des Larynx bei sich so langsam entwickelnden Tumoren zeigt und in diesen Fällen bei Erwachsenen des Kindes statt der beim kleinen Kinde fast nie zu umgehenden Tracheotomie mit folgender Laryngotomie die endolaryngeale Methode anzuwenden gestattet.  
Dr. P. K.

**Fremdkörper in der Trachea; Tracheotomie und Extraction.** (Un cas de corps étranger dans la trachée; trachéotomie et extraction du corps étranger.) Von Dr. F. J. Baildon. (Brit. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Ein 6jähriges, dem Erstickungstode nahes Kind wurde in's Spital gebracht; ein Stück Bleistift war aus dem Munde des Kindes verschwunden. Die Auscultation ergab das Vorhandensein des Fremdkörpers im rechten Bronchus. Entfernung des Fremdkörpers mittelst Tracheotomie und Zange; die Canüle konnte am vierten Tage entfernt werden. Heilung.  
Dr. P. K.

**Fall von Tachycardie durch Druck auf den rechten Pneumogastricus während des Verlaufs von Lungentuberculose mit Schwellung der Tracheobronchialdrüsen.** (Un cas de tachycardie par compression du pneumogastrique droit au cours d'une tuberculose pulmonaire avec adénopathie trachéobronchique.) Von Dr. Lefébure. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 12.)

Verf. giebt die genaue Krankengeschichte des betreffenden Falles. Auffallend bei solchen Kranken ist die fortbestehende Orthopnoe, welche augenscheinlich mehr an ein Herzleiden als an Tuberculose erinnert; das cyanotisch aufgeblasene Gesicht erinnert gleich an Herzasthysie; die leicht hervorgedruckenen Augen schauen befremdend darin; der Husten tritt in Anfällen auf, ähnlich wie bei Keuchhusten; es besteht totale Aphonie ohne Schlingbeschwerden. Dr. P. K.

**Primärer Trachealkrebs.** (Cancer primitif de la trachée.) Von Dr. Pogrebinski. (Revue de laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Seltene Fälle. Verf. erwähnt die in der Litteratur bekannten Beispiele. Dr. P. K.

**Operationsmethode bei der Laryngectomie ohne prophylactische Tracheotomie.** (Manuel opératoire de la laryngectomie sans trachéotomie préventive.) Von Dr. Perruchet. (Thèse de doctorat. Paris 1894.)

Sie soll die durch die Tracheotomie bedingte septische Pneumonie, das sich zusammenziehende Narbengewebe und den Gebrauch der wenig practischen Tamponcannülen vermeiden. Die Operation ist im Original nachzulesen. Dr. P. M.

**Trachealspeiseröhrenfistel actinomycotischen Ursprunges.** (Fistule trachéoesophagienne d'origine actinomycotique.) Von Dr. Poncet. (Académie de médecine de Paris, Séance du 7 Avril 1896 und Semaine médicale 1896, No. 18.)

Verf. operirte die obengenannte Fistel bei einer jungen Frau, welche ausserdem eine Induration der rechten Lungenspitze ebenfalls actinomycotischer Natur hatte; die Fistel war vor 2 $\frac{1}{2}$  Jahren durch einen Oesophagusabscess entstanden. Die Infection war durch frische Maiskörner, welche Patientin zu kauen die Gewohnheit hatte, entstanden. In dem Auswurf wurde die Actinomycoese mikroskopisch constatirt. Dr. P. K.

**Neues Trachealecarteur.** (Ecarteur trachéal nouveau.) Von Dr. Castex. (Société française de laryngologie et d'otologie und Revue de laryngologie 1896, No. 29.)

Um die Unannehmlichkeiten der Canüle in einigen Fällen zu beseitigen, hat Verf. ein dem Blepharostaten der Augenärzte ähnliches, sehr einfaches Instrument erfunden; dasselbe hält das Lumen der



Trachea offen durch senkrechte Wirkung und ohne weder nach innen, noch nach aussen hervorragen. Die Vorzüge sind folgende: 1) viel leichtere Entleerung der Trachea; 2) viel leichtere Desinfection der Trachea; 3) kein Decubitus in Folge des Druckes des Canülenschnabels; 4) viel leichter Einblick und leichteres Operiren in der Trachea nach oben und nach unten vom Trachealschnitt.

Dr. P. K.

---

**Ueber Indicationen, Ausführung und Folgen der Thyrotomie.** (De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites.) Von Dr. Brindel. (Clinique des mal. du larynx de Bordeaux u. Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 24.)

Aus den allgemein bekannten Thatsachen hebt Verf. mit Recht hervor, dass die Thyrotomie nicht ohne vorherige Tracheotomie ausgeführt werden soll, beide Operationen sind in derselben Sitzung zu machen; die Trendelenburg'sche, von Dr. Moure modificirte Canüle soll angewandt werden. Beide Schildknorpelhälften müssen nicht nothwendigerweise nach der Operation vernäht werden. (Ref. vernähte selbe in zwei Fällen bei Erwachsenen nicht und erhielt dennoch eine tadellose Heilung.) Die nach der Eröffnung des Larynx eintretende Apnoe ist nicht auf das Chloroform zurückzuführen, sondern ist reflectorischer Natur. Eine ausgeführte Thyrotomie hält das Wachsthum des Larynx nicht auf. Die Stimme wird nicht beeinträchtigt, auch wenn man die Cartilago thyroidea einen Millimeter nach links und rechts von der Medianlinie einschneidet; der Operateur hat also beim Einschneiden zwei Millimeter Spielraum. Wenn nach der Operation Respirations- oder Stimmstörungen bleiben, so ist jedenfalls der verticale Knorpelschnitt nicht daran Schuld.

Dr. P. K.

---

**Ueber den Werth des Tuberculins bei der Diagnose der Tuberculose beim Rindvieh.** (Sur la valeur de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine.) Von Dr. Weber. (Académie de médecine de Paris, Séance du 25 février 1896 und Semaine médicale 1896, No. 11.)

Alle tuberculösen Thiere zeigen Reaction nach der Injection, es ist also sehr leicht, einen Stall von kranken Thieren zu reinigen, zu desinficiren und nur gesunde Thiere einzunehmen. Die Academie kommt zu dem Schlusse, dass das Tuberculin ein ausgezeichnetes Mittel ist, die Tuberculose bei dem Rinde festzustellen.

Dr. P. K.

---

**Bedeutung der Kleider, von Phthisikern herrührend.** (Les habits des phthisiques dans la contagion de la tuberculose.) Von Dr. Bornay. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 12.)

Keinem Zweifel unterliegender Fall von Tuberculose, wo der betreffende Patient durch von einem verstorbenen tuberculösen Freunde herrührende Kleider angesteckt worden war.

Dr. P. K.

---

**Ueber frühzeitige Diagnose der Tuberculose beim Menschen mittelst schwacher Dosen Tuberculin.** (Du diagnostic précoce de la tuberculose humaine par de faibles doses de tuberculine.) Von Dr. Grasset und Dr. Vedel. (Académie de médecine de Paris, Séance du 25 février 1896 und Semaine médicale 1896, No. 11.)

Der grosse Nutzen der frühzeitigen Diagnose der Tuberculose ist längst anerkannt; die Schwierigkeit der Diagnose ist aber auch anerkannt. Das Tuberculin, in kleinen Dosen subcutan angewandt, bringt keine Gefahr und zeigt die Gegenwart von Tuberculose.

Dr. P. K.

---

**Ueber den Gebrauch des Mentholöles 1 zu 10.** (De l'emploi de l'huile mentholée au 10.) Von Dr. Hamon du Fougeray. (Ann. des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 8.)

Um die allgemein bei den verschiedensten Arten von Pharyngitis vorkommenden functionellen Störungen, über welche bekanntlich die Patienten am meisten klagen, zu beseitigen, findet Verf. die zwei bis drei Mal täglich wiederholten Bepinselungen von Mentholöl am besten.

Dr. P. K.

---

**Nothwendigkeit der Anwendung des Kallium jodatum bei Larynxleiden mit zweifelhafter Diagnose.** (Importance de l'administration de l'iodure de potassium dans les cas d'affections laryngées d'un diagnostic douteux.) Von Dr. C. Rice. (Académie de médecine de New-York und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Je mehr man Laryngoscopie treibt, desto mehr kommt man zu der Ueberzeugung, dass es gewisse Fälle giebt, bei welchen die Diagnose eine Zeit lang zweifelhaft bleibt, so z. B. Tuberculose, wenn man den Bacillus nicht nachweisen kann, Syphilis mit Tuberculose combinirt, Corditis tuberosa und noduli der Sänger u. s. w. Selbst Syphilis allein verläuft oft auf dunkle Weise, besonders wenn andere Symptome und Anamnese fehlen. Sobald man zweifelt, muss Jodkalium angewandt werden; dabei muss man sich erinnern, dass nicht syphilitische Leiden sehr oft durch Jodkalium gebessert werden.

Dr. P. K.

---

**Lungenchirurgie.** (Chirurgie pulmonaire.) Von Dr. Tuffier. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 13 Novembre 1895 und Semaine médic. 1895, No. 58.)

Verf. beweist durch drei Beispiele, wo im Verlauf der ersten Woche bei Lungenwunden durch Revolverschüsse Temperatursteigerungen auftreten können, wo man die septische Transformation des Blutergusses erwartet, und diese dennoch nicht eintritt, wo man sich also des chirurgischen Eingriffes enthalten kann.

Was die Incision der Lunge betrifft, so rath Verf. das parietale Blatt der Lunge, nach gemachter Rippenresection und Eröffnung der Pleurahöhle, nicht zu breit zu öffnen, sondern nur den Finger durch

die kleine Oeffnung zu schieben und dann langsam loszutrennen bis man an die Lungencaverne oder Lungeninfiltration gelangt; auf diese Weise braucht man das parietale Blatt der Pleura nicht so weit zu öffnen.

Dr. P. K.

---

## † Dr. Ludwig Celestin Josef Wagner

Präsident der laryngo-otologischen Gesellschaft in Paris

welcher sowohl als Fachschriftsteller wie als practischer Arzt sich eines sehr geachteten Namens erfreute, starb am 25. August l. J. in Obréchieux par Ferrière-la-Grande in Frankreich. Wagner genoss seine Ausbildung zum grossen Theil in Wien, wo er durch längere Zeit an Gruber's Klinik thätig war.

Ehre seinem Andenken!

---

## Notiz.

Unser geehrter Mitarbeiter Herr Docent Dr. Onodi wurde zum Mitgliede der K. Ungarischen Academie der Wissenschaften in Budapest und zum Mitgliede der Americanischen Gesellschaft für Laryngologie und Otologie ernannt.

---

## Eingesendet.

Diejenigen Herren Collegen, welche über adenoide Wucherungen (Pathologie, Therapie, Operationsverfahren etc.) geschrieben haben, werden gebeten, darüber Mittheilungen gütigst an Dr. Laaser, Insterburg, Ostpreussen, gelangen zu lassen, da selbiger dabei ist, ein möglichst vollständiges Literaturverzeichniss darüber herauszugeben. Dasselbe soll im Anschluss an eine Arbeit: „Die adenoiden Wucherungen, ihre Folgezustände und Beziehungen zum Gesamtorganismus“ erscheinen.

Dr. Laaser.

---

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

---

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.  
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).  
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schönberger Ufer 28.  
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. E. Baumgarten (Budapest), Hofrath Dr. Beschorner (Dresden), Prof. Dr. Gaughofer (Frag), Docent Dr. Gompertz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kleesselbach (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. Schapflinger (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Stöckl (Wien), Prof. Dr. Ströbling (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

Herausgegeben von

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

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

---

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

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

---

Jahrg. XXX.

Berlin, October 1896.

No. 10.

---

### I. Originalien.

#### Adenoide Vegetationen bei Taubstummen, nebst einigen Bemerkungen über die Aetiologie der Taubstummheit.

Von

M. U. Dr. **Ottokar Frankenberger**,

Privatdocent der Laryngologie und Rhinologie an der k. k. böhm. Universität  
in Prag.

Seit der Zeit, als W. Meyer in Kopenhagen durch seine bahnbrechenden Arbeiten auf die Häufigkeit und Wichtigkeit der adenoiden Vegetationen der Nasenrachenhöhle die allgemeine Aufmerksamkeit gelenkt hat, wurde das Leiden von zahlreichen Autoren unzählige Mal beschrieben, und mit vollem Rechte; denn Angesichts der Apathie, mit der bis zur gegenwärtigen Zeit die Mehrzahl der practischen Aerzte den Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes gegenübersteht, ist es nothwendig, immer und immer wieder seine Stimme zu erheben und auf dieses so häufige und in seinen Folgen so ernste

Leiden aufmerksam zu machen. Deswegen kann auch ich den mir etwa gemachten Vorwurf leicht ertragen, dass ich ein Leiden behandle, das schon so oft und von so vielen berufeneren Seiten beschrieben worden war. Ist ja die ganze Pathologie der adenoiden Vegetationen noch lange nicht erschöpft, und dürfte daher jeder Beitrag zu derselben für die Wissenschaft von Bedeutung und für die Kranken nicht ohne Nutzen sein. So will ich denn auch gleich bemerken, dass ich mich nur auf einen Punkt beschränken werde, nämlich auf die Schwerhörigkeit resp. Taubheit in Folge der adenoiden Vegetationen, und mich mit der Frage befassen werde, ob es möglich ist, dass auf Grund dieses Leidens Taubstummheit sich entwickelt. Theoretisch ist es wohl einleuchtend, dass ein Kind, das mit adenoiden Vegetationen geboren wurde oder dieselben in den ersten Jahren seines Lebens bekommt, durch verschiedene, mit den adenoiden Vegetationen in engerem oder loserem Zusammenhang stehende Prozesse, die bekannt sind und die einzeln aufzuführen nicht nothwendig ist, taub werden kann und daher die Sprache entweder nicht erlernt oder dieselbe vergisst. Verhält es sich wirklich so, dann lässt sich gewiss erwarten, dass wir bei Taubstummen ein viel höheres Percent von adenoiden Vegetationen finden werden, als bei normalsinnigen Personen desselben Alters.

Wie oft adenoide Vegetationen bei vollsinnigen Kindern gefunden werden, darüber sind von verschiedenen Seiten Untersuchungen angestellt worden; so fand W. Meyer in Kopenhagen unter 2000 Schulkindern adenoide Vegetationen blos bei 1 pCt.; Doyer in Leiden fand sie bei 5 pCt. Kindern. Spätere Untersuchungen ergaben eine höhere Procentzahl: Schmiegelow in Kopenhagen fand im Jahre 1886 unter 581 Kindern 5 pCt. höhere Grade und 13 pCt. niedere Grade von adenoiden Vegetationen. Wróblewski<sup>1)</sup> fand in seiner Statistik unter 650 vollsinnigen Individuen blos 45 Mal adenoide Vegetationen, d. i. bei 7 pCt., Kafemann bei 9 pCt.

Die Untersuchung des Cavum pharyngonasale bei Taubstummen dagegen ergab geradezu überraschende Resultate. Lemcke<sup>2)</sup> fand Veränderungen im Cavum überhaupt bei Taubstummen in 58 pCt., in 26,8 pCt. dieser Fälle konnten dieselben für die directe Ursache der Taubstummheit angesehen werden. Aldrich fand unter 100 Fällen 73 Mal adenoide Vegetationen als Ursache der Taubheit.

Wróblewski untersuchte im Warschauer Taubstummeninstitut 160 Pfleglinge, und zwar 92 Knaben und 68 Mädchen, um sich zu überzeugen, wie oft bei ihnen adenoide Vegetationen beobachtet werden und welche Rolle dieselben bei der Aetiologie dieses Gebrechens spielen. Er fand sie bei 92 Pfleglingen, d. i. bei 57,5 pCt., und zwar bei 52 Knaben (55,4 pCt.) und 40 Mädchen (58,1 pCt.). Derselbe Autor citirt auch eine Pariser These Peisson's über adenoide Vegetationen. Peisson untersuchte 100 Institutspfleglinge in Paris und fand bei mehr als der Hälfte derselben adenoide Vegetationen, denen er auch

---

1) Wróblewski, Contribution à l'étude des végétations adénoïdes. Les végét. adén. chez les sourd-muets. Revue de laryngol. 1892.

2) Lemcke, die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, ihre Ursachen u. ihre Verhütung. Leipzig 1892.

eine wichtige Rolle bei der Aetiologie der Taubstummheit beilegt. Er glaubt, dass in Fällen, wo die Taubstummheit hereditär ist, man nicht eine alte Meningitis oder Meningolabyrinthitis suchen soll, welche Krankheiten nicht hereditär sind, sondern adenoide Vegetationen. Wróblewski erklärt die Entstehung der Taubstummheit bei adenoiden Vegetationen so, dass, indem sich dieselben in der ersten Kindheit entwickeln und sich besonders an der Pharynxmündung der Tube ansiedeln, sie diese verstopfen und auf diese Weise Taubheit erzeugen; ein Kind, welches nicht hört, kann auch nicht sprechen lernen. Dass adenoide Wucherungen sich in den ersten Lebensjahren entwickeln können, dafür haben wir manche Beweise. So sah Semon<sup>3)</sup> unter 56 Fällen 5 im Alter von 1—5 Jahren, und hebt derselbe hervor, dass er überzeugt ist, dass das Leiden nicht selten angeboren ist.

Dass bei Gegenwart adenoider Vegetationen das Gehör leidet, ist allbekannt und bedarf keines Beweises. Halbeis<sup>4)</sup> fand unter seinen Fällen von adenoiden Vegetationen 53 pCt. Kranke, welche ausschliesslich wegen ihres Ohrenleidens seine Hilfe in Anspruch nahmen und von einer Erkrankung des Nasenrachenraumes keine Ahnung hatten. Eine noch höhere Procentzahl fanden Meyer: 74,8 pCt., und Hartmann: 74,18 pCt. Fälle von adenoiden Vegetationen complicirt mit Affectionen des Ohres.

Ich habe in den eben verflossenen Monaten (Februar bis Mai 1896) mit gütiger Erlaubniss des geehrten Directors des Prager Taubstummeninstituts, Herrn P. Kmoch und des ordinirenden Arztes daselbst, Herrn Prof. Neureutter, die Pflinglinge und Schüler der Anstalt, im Ganzen 159, einer Untersuchung unterzogen, um mich zu überzeugen, wie oft bei ihnen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes, speciell adenoide Wucherungen gefunden werden. Meine Statistik weist 94 Knaben und 65 Mädchen im Alter von 6 $\frac{1}{2}$ —16 Jahren auf; von dieser Zahl ist aber ein Knabe auszuschneiden, bei dem weder die hintere Rhinoscopie, noch die Palpation wegen Sträuben desselben durchführbar war, so dass 93 Knaben und 65 Mädchen, im Ganzen 158 Taubstumme übrig bleiben. Hypertrophie der Pharynxtonsille wurde bei 56 = 60,21 pCt. Knaben und 38 = 58,46 pCt. Mädchen, zusammen bei 94 = 59,49 pCt. Taubstummen gefunden. Die Hypertrophie wurde bei 119 Kranken (75,31 pCt.) durch die Rhinoscopia post., bei 39 (24,69 pCt.) mittelst Palpation constatirt. Hier muss aber bemerkt werden, dass nur solche Fälle in diese Zahlen aufgenommen wurden, bei denen durch die hintere Rhinoscopie gefunden wurde, dass die hypertrophirte Rachentonsille die oberen Parthien der Choanen und des Septum verdeckt oder wenigstens ihren Rändern im Profil sich nähert, oder bei denen durch die Palpation ganz bestimmt eine Einschränkung des Raumes nachgewiesen wurde, während jene Fälle, in denen das lymphoide Gewebe nur mässig über das Niveau der übrigen Schleimhaut sich erhob, unter den Begriff Hypertrophie nicht einbezogen wurden.

---

<sup>3)</sup> M. Mackenzie, Krankheiten des Halses u. d. Nase. Uebersetzt v. Semon. 1884, II, pag. 704.

<sup>4)</sup> Halbeis, die aden. Veget. des Nasenracheur. 1892.

Wären diese Fälle mitgezählt worden, so wäre die Procentzahl noch bei Weitem grösser ausgefallen.

Was noch einige andere Zahlen anbetrifft, die unser Interesse erregen können, so will ich mittheilen, dass grössere Anomalien des Ohres bei 58 Kranken = 36,48 pCt. gefunden wurden, und zwar am häufigsten Cerumensammlung im Gehörgang (24), dann chronische Otorrhoe mit Granulationen (14) und stärkere Einziehung des Trommelfells (12). Ausserdem ist gefunden worden: Stenose des Gehörgangs (1), Atresie des Gehörgangs (1), Corpus alien. im Gehörgang (1), Synechie des Trommelfells mit der inneren Paukenhöhlenwand (1), Hyperämie des Trommelfells (2), Narbe im Trommelfell (1), Kalkablagerungen im Trommelfell (4), trockene Perforation des Trommelfells (3), vollständiger Defect des Trommelfells nach Ohreiterungen (4), Polypen (3), Narbe am Proc. mastoid. nach Periostitis (1).

Wenn wir von diesen 58 Fällen jene abziehen, bei denen ausser Cerumen keine andere pathologische Veränderung im Gehörorgan nachweisbar war, sowie den Fall mit dem Fremdkörper, zusammen 16, so bleiben 42 Fälle mit mehr weniger wichtigen Veränderungen, zumeist chronischen Eiterungen oder Residuen nach Entzündungs-Processen verschiedener Art; unter diesen 42 Fällen nun fand ich in nicht weniger als 37 = 88,1 pCt. adenoide Vegetationen.

Diese auffallende Häufigkeit der adenoiden Vegetationen bei Taubstummen ist gewiss nicht zufällig, sondern es muss aus derselben mit grosser Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die adenoiden Vegetationen zur Taubstummheit in einem causalen Verhältniss stehen. So einfach, wie es sich Wróblewski vorstellte, dürfte es sich allerdings nicht verhalten; eher könnten wir annehmen, dass die adenoiden Vegetationen, besonders beim Ausbruch einer Infectionskrankheit, nach welcher notorisch Taubstummheit häufig folgt und welche stets mehr oder weniger mit Erkrankungen der Nase und des Halses complicirt ist, das Entstehen einer Affection des Mittelohres und Labyrinthes begünstigen, indem sie einerseits als Träger verschiedener in den Lacunen resp. Recessussen sich aufhaltenden Krankheitserreger, andererseits als Theil des lymphatischen Apparates die Verschleppung von Krankheitskeimen in die tieferen Parthien des Felsenbeins wesentlich unterstützen.

Es drängt sich nun von selbst die Frage auf, ob es möglich wäre, durch frühzeitiges und sachgemässes Einschreiten gegen Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes, speciell gegen adenoide Vegetationen, das Entstehen der Taubstummheit zu verhindern. Zahlreiche Autoren haben sich darüber in bejahendem Sinne ausgesprochen; so Roller<sup>5)</sup>, Lemcke<sup>6)</sup>, Bürkner<sup>7)</sup> u. A. Letzterer sagt in seinem Lehrbuche im Kapitel über die Taubstummheit: „Während eine eigentliche Behandlung der Taubstummheit nur ausnahmsweise in Betracht kommen

---

<sup>5)</sup> Roller, über Untersuchungen von 73 Taubstummen mit Rücksicht auf die Erscheinungen der Otopyesis. Arch. f. Ohrenhkl. XXIII Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresber. 1885, II., pag. 476.

<sup>6)</sup> Lemcke, die Taubstummenschüler in Ludwigslust. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XVI. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresber 1886, II., pag. 495.

<sup>7)</sup> Bürkner, Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1892, pag. 331.

kann, ist von höchster Wichtigkeit die Prophylaxe: Wenn bei allen Ohraffectionen im Kindesalter und besonders bei den im Gefolge des Scharlach, der Masern und der übrigen zu schweren Hörstörungen disponirenden Infectionskrankheiten auftretenden rechtzeitig eine rationelle Therapie eingeleitet würde, so würde man in einer ansehnlichen Zahl von Fällen die Entwicklung dieses doppelten Gebrechens verhüten können.“ Dass zu einer rationellen Therapie dieser Ohrkrankheiten auch die gründliche und rechtzeitige Entfernung adenoider Vegetationen gehört, welche so zu sagen eine Brücke darstellen, über welche die pathogenen Elemente in's mittlere resp. innere Ohr gelangen, braucht nicht weiter erwähnt zu werden. Aehnlich verhält es sich mit der Meinung Bliss', welcher 546 Schüler untersuchte<sup>8)</sup> und zu dem Schlusse gelangte, „dass die aus dieser Statistik und derjenigen anderer Beobachter zu ziehenden Lehren auf die Verhütung der Taubheit in der frühen Kindheit Bezug haben“. Bliss hat gesehen, dass, mit Ausschluss der unglücklichen Opfer vererbter Schwäche und Krankheit, zu denen die congenitalen Taubstummen wahrscheinlich als Klasse gehören, grosse Gruppen von Individuen vorhanden sind, deren totale Taubheit (und daraus entstehende Stummheit) sich frühzeitig entwickelt hat und Anfangs offenbar derartig beschaffen war, dass eine Heilung zulässig gewesen wäre, wenn nur der Zustand des Ohres rechtzeitig erkannt und vernünftig behandelt worden wäre.

Aus all' dem geht also hervor, dass Krankheiten des Nasenrachens überhaupt, adenoider Vegetationen insbesondere eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Taubstummheit spielen, und dass, wenn denselben gleich im zartesten Kindesalter die ihnen gebührende Aufmerksamkeit geschenkt würde, die Zahl der Taubstummen mit der Zeit eingeschränkt werden könnte. Wohl würde das erfordern, jedes Kind sowohl gleich nach der Geburt, als auch später von Zeit zu Zeit in dieser Richtung, etwa bis zum 7. Lebensjahre zu untersuchen, und dazu wäre es wieder nothwendig, dass die Aerzte, hauptsächlich solche, denen die öffentliche Gesundheitspflege anvertraut ist, mit der Pathologie und Therapie der Krankheiten des Nasopharynx eine intimere Bekanntschaft machen, als es leider vielfach bisher der Fall ist.

Aber nicht nur prophylactisch, wie Bürkner, Bliss, Lemcke und Andere sich ausdrücken, kann man gegen die Taubstummheit eingreifen, sondern es ist auch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass auch eine schon entwickelte Taubheit durch sachgemässe Behandlung nicht nur der Ohren, wo man eine Läsion derselben findet, sondern auch der Krankheiten des Cavum, in specie der adenoiden Vegetationen, wenn nicht vollständig geheilt, so doch wenigstens bis zu einem gewissen Grade gebessert und dadurch auch die Taubstummheit mit Erfolg behandelt werden kann. Wenigstens theilt Arslan<sup>9)</sup> mit, dass er unter 426 Fällen von adenoiden Vegetationen 6 Taubstumme fand, von denen 2 nach der Operation wesentlich gebessert wurden, insbe-

<sup>8)</sup> Medical News, 10. August 1895. Ref in Zeitschr. f. Ohrenhkl. XXVIII., pag. 68.

<sup>9)</sup> Arslan, Contribution statistique à l'étude des végét. adén. du rhinopharynx. Annales des mal. de l'or. etc. 1895, XII, pag. 509.



sondere einer von ihnen, der bald nach der Exstirpation der Wucherungen zu sprechen anfang und ganz bestimmt hörte. Es ist dies wohl eine kleine Zahl, aber dennoch geeignet, zu weiteren Versuchen auf diesem so dankbaren Wege anzuregen. Natürlich ist diese Deduction nicht etwa so zu verstehen, als ob ich der Meinung wäre, dass durch rechtzeitiges Einschreiten gegen die adenoiden Wucherungen alle Gefahr des Entstehens der Taubstummheit beseitigt wäre, aber ich glaube mit den anderen Autoren, dass damit ein wichtiges begünstigendes Moment beseitigt wäre, und dass dadurch in manchen Fällen, die, sei es durch hereditäre Belastung oder durch andere Umstände, zum Taubstummwerden incliniren, dem Auftreten dieses Gebrechens vorgebeugt werden kann, und zwar wie ich glaube, in ziemlich vielen Fällen, denn es ist meine Ueberzeugung, dass die Taubstummheit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf erworbener Taubheit beruht, und da wird es wohl einen nicht geringen Bruchtheil von Fällen geben, die heilbar gewesen wären. Um diese meine Ueberzeugung zu beweisen, genügt es, die Statistiken der Taubstummheit und die bisherigen Resultate der pathologisch-anatomischen Untersuchungen von verstorbenen Taubstummen durchzugehen und logische Schlussfolgerungen aus denselben zu ziehen.

Die Taubstummheit kann bekanntlich auf doppelte Weise entstehen; entweder wird das Kind taub geboren, oder es wird später taub, und zwar entweder bevor es sprechen gelernt hat, und dann muss es natürlich so wie das tauggeborene stumm bleiben, oder in den ersten Lebensjahren, da es schon etwas gesprochen hat, in welchem Falle die Sprache sich nicht nur nicht weiter entwickelt, sondern früher oder später gänzlich vergessen wird, das Kind wird stumm.

Das Verhältniss dieser beiden Gruppen von Taubstummheit zu einander ist in den verschiedenen Statistiken sehr verschieden; so finden wir in der Statistik von Wilhelmi-Hartmann<sup>10)</sup> vom Jahre 1874—75 betreffend Pommern 592 tauggeborene und 1031 tauggewordene Taubstumme; dagegen fand man in Frankreich nach der Volkszählung vom Jahre 1876<sup>11)</sup> 16127 tauggeborene und 5268 tauggewordene; Falk<sup>11)</sup> fand unter 152 Taubstummen 69 tauggeborene, 79 tauggewordene und 4, von denen es nicht sicher war, ob sie von der Geburt an taub waren oder erst nach der Geburt taub geworden sind. In Irland gab es nach der Volkszählung vom Jahre 1881 3092 tauggeborene und nur 753 später tauggewordene Taubstumme. Hartmann<sup>12)</sup> fand im Jahre 1880, dass sich unter 2658 Taubstummen mehr als die Hälfte solcher befindet, bei denen die Taubheit angeboren war. Später, 1882, fand Hedinger 44 pCt., Schmaltz 1884 49 pCt., Chr. Lemcke im Jahre 1886 28 pCt., Uchermann in demselben Jahre 34 pCt. tauggewordene Taubstumme. Mygind fand unter 210 Kranken, die im Verlaufe von

---

<sup>10)</sup> Mygind, Taubstummheit in Schwartzes Handb. d. Ohrenh. II, pag. 652.

<sup>11)</sup> Falk, Zur Statistik d. Taubst. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. III, 1872, pag. 407.

<sup>12)</sup> Mygind, Die angeborene Taubheit. 1890.

20 Jahren die Ohrenklinik W. Meyer's in Kopenhagen aufgesucht hatten, und die entweder von Geburt an taub waren oder in der ersten Kindheit taub geworden sind, 125 nach der Geburt taubgewordene, bei 31 war es nicht möglich, sicher zu stellen, ob die Taubheit angeboren oder erworben war, und 54 Kinder (25,7 pCt.) waren sicher taubgeboren.

In meiner Statistik finde ich unter 159 Taubstummen bei 75 angegeben, dass sie von Geburt an taub waren, d. i. also bei 47,17 pCt.; bei 64 war die Taubheit nach der Geburt entstanden, und bei 20 liess sich dieses Moment nicht feststellen.

Diese bedeutende Differenz in dem Verhältnisse zwischen taubgeborenen und taubgewordenen Taubstummen in den verschiedenen Statistiken hat nach Mygind „nicht bloß den Grund, dass das für die verschiedenen Erhebungen zu Grunde liegende Material sehr verschieden gewesen ist, indem namentlich verschiedene Sorgfalt bei der sehr schwierigen Entscheidung, welche von den Taubstummen taub geboren und welche taub geworden waren, ausgeübt wird, sondern auch, und vielleicht ganz besonders, dass die erworbene Taubstummheit durch Ursachen vermittelt wird, die sich mit ungleicher Stärke zu verschiedenen Zeiten sogar innerhalb derselben geographischen Grenzen geltend machen“.

Die Hauptursache dieser Differenz dürfte wohl darin liegen, dass die Entscheidung, ob es sich im gegebenen Falle um angeborene oder nach der Geburt erworbene Taubheit handelt, fast ausschliesslich auf Grund anamnestischer Daten möglich ist, und diese gerade in dem hauptsächlichsten Punkte, ob das Kind gleich nach der Geburt gehört hat oder nicht, nicht immer mit Sicherheit für zuverlässig gehalten werden können, in Folge dessen die Angaben aller bisherigen Statistiker mehr oder weniger unsicher sind.

In der Aetiologie der Taubstummheit spielen einige Momente eine wichtige Rolle, welche mit der Zeugung und dem intrauterinen Leben des Individuums zusammenhängen, und welche wir nur anführen wollen, nämlich: 1) Erbllichkeit; 2) Blutsverwandtschaft der Eltern; 3) Alter und Altersunterschied der Eltern; 4) ungünstige sociale und hygienische Verhältnisse; 5) nach Angabe vieler Autoren, darunter auch Meyer, terrestrische Verhältnisse, indem in Gebirgsgegenden, z. B. in den Alpen, viel mehr Taubstumme gefunden werden als auf dem flachen Lande; es ist aber die Frage wohl berechtigt, ob da nicht gerade die socialen und materiellen Verhältnisse im Spiele sind, welche in Gebirgsgegenden weit ungünstiger sind, als in der Ebene, worauf auch Schmaltz<sup>13)</sup> hinweist; 6) Krankheiten der Eltern, besonders Syphilis und Tuberculose; 7) schädliche Einflüsse auf die Mutter zur Zeit der Schwangerschaft.

Wenn diese Momente, wie Mygind nachgewiesen hat, und wie es wohl nicht bezweifelt werden kann, in der Aetiologie der angeborenen Taubstummheit eine gewisse Rolle spielen, kann man andererseits nicht mit voller Bestimmtheit sagen, inwieweit dieselben auch Ursache der erworbenen Taubstummheit sein können, indem sie dem Individuum

---

<sup>13)</sup> Schmaltz, Die Taubstummen im Königr. Sachsen. Leipzig 1884.

die Anlage zum frühzeitigen Ertauben mit auf den Lebensweg gehen. Heutzutage haben wohl alle Otologen, die sich mit Taubstummheit beschäftigt haben, die Ueberzeugung, dass die genannten ätiologischen Momente sowohl für die angeborene als auch für die erworbene Taubheit Geltung haben. Ob aber diese Ueberzeugung wenigstens zum Theil nicht aus der Schwierigkeit entspringt, zu entscheiden, ob es sich im gegebenen Falle um angeborene oder erworbene Taubheit handelt, ist eine Frage, die sich aufwirft, deren Beantwortung jedoch nicht leicht ist.

Zu diesen entfernteren ätiologischen Momenten treten als nähere Ursachen der angeborenen Taubheit der Defect des ganzen Gehörorgans oder eines wichtigen Theiles desselben, durch Bildungshemmung veranlasst. Dann werden verschiedene intrauterine Erkrankungen, speciell foetale Meningitis, angeführt, welche bleibende Veränderungen im Labyrinth zurücklassen sollen.

Zu den speciellen Ursachen der erworbenen Taubstummheit gehören verschiedene Krankheiten des Kindes, bei denen das Gehörorgan solche Veränderungen erleidet, sei es im Labyrinth oder im schalleitenden Apparate, dass daraus entweder totale Taubheit oder doch ein solcher Grad von Schwerhörigkeit resultirt, dass das Kind die Sprache nicht hört und in Folge dessen dieselbe nicht erlernt, oder das, was es bereits sprechen konnte, wieder vergisst. Das sind:

a. acute Krankheiten des Gehirns: Meningitis simplex und Meningitis cerebrospinalis epidem., mit denen sich nicht selten Labyrinthitis complicirt; ob es eine selbstständige, idiopathische Labyrinthitis oder Otitis intima im Sinne Voltolini's giebt, ist noch nicht erwiesen, da es immerhin möglich ist, dass es sich um eine Entzündung der Meninges handelt, welche längs der Nerven oder Gefässe sich auf das Labyrinth ausbreitet;

b. Infectionskrankheiten, insbesondere Exantheme, als Scarlatina, Morbilli und Variola, dann Diphtherie, Typhus, Erysipel, Influenza, Malaria, Parotitis epidemica und Tussis convulsiva. Hier giebt es zwei Möglichkeiten: entweder erkrankt das Mittelohr an einer acuten eitrigen Entzündung, und dann entstehen ausgedehnte Destructionen der Trommelfelle, der Gehörknöchelchen und secundäre Erkrankung des Labyrinthes, oder das Mittelohr kann normal bleiben, und der ganze Process spielt sich im inneren Ohre ab;

c. constitutionelle und vererbte Krankheiten, als Scrophulose, Rhachitis, Lues hereditaria;

d. Pneumonie, acuter Rheumatismus, Traumen;

e. genuine Erkrankungen des Gehörorgans: Dazu gehört die bereits erwähnte Otitis intima Voltolini's, weiter selbstständige Erkrankungen der Trommelhöhle und des Labyrinths, wenn sie in ihren Folgen zu solchen anatomischen Veränderungen führen, dass die Perception des Schalles aufgehoben ist (Destruction der Gehörknöchelchen, Ankylose des Steigbügels, Obliteration des runden Fensters, secundäre Veränderungen im Labyrinth).

Wenden wir uns nun zu den aus den pathologisch-anatomischen Befunden bei verstorbenen Taubstummten gewonnenen Resultaten, so finden wir das Material zuerst am vollständigsten gesammelt und ge-

sichtet bei Mygind<sup>14)</sup>, der sich überhaupt durch seine zahlreichen Schriften um den uns beschäftigenden Gegenstand sehr verdient gemacht hat. Mygind revidirte die Listen Toynbee's vom Jahre 1860, Moos' vom Jahre 1866 und Hartmann's vom Jahre 1880 und fügte zu den diesen Autoren bekannt gewordenen Fällen noch 61 theils ältere, in den genannten Listen nicht aufgenommene, theils neuere, nach dem Jahre 1880 veröffentlichte Fälle hinzu, so dass er im Jahre 1890 über 118 Sectionsbefunde bei Taubstummen verfügt. Darunter war nach Angabe der Autoren die Taubheit 32 Mal angeboren, 23 Mal erworben, und in 63 Fällen konnte dieses Moment nicht entschieden werden. Durch kritische Durchsicht und Abschätzung der anamnestischen Daten konnte Mygind, wie er in einer anderen in demselben Jahre erschienenen Arbeit<sup>15)</sup> behauptet, 46 Fälle bestimmt als solche sicherstellen, bei denen die Taubheit angeboren war. Auf Grund der Durchforschung der Sectionsprotocolle dieser 46 Fälle gelangt Mygind zu folgenden Schlussfolgerungen: „Die bis jetzt vorliegenden Sectionen von Taubgeborenen haben häufig bedeutende Veränderungen in der Trommelhöhle nachgewiesen; in den meisten Fällen sind indessen gleichzeitig eingreifende pathologische Veränderungen des inneren Ohrs gefunden. Diese haben ihren Sitz hauptsächlich in den Bogengängen gehabt, demnächst in der Schnecke, seltener im Vorhofe. Hemmungsbildungen sind am häufigsten nachgewiesen in der Schnecke, seltener in den übrigen Theilen des inneren Ohrs, und im Ganzen nicht mit auffallender Häufigkeit (im Ganzen in etwa 19 Fällen). Der Hörnerv hat in einzelnen Fällen gänzlich gefehlt, in einzelnen Fällen hat derselbe Anzeichen von Atrophie oder Degeneration dargeboten, in einer erheblichen Anzahl von Fällen aber gar keine Veränderungen gezeigt. Einige Male hat das Gehirn Abweichungen vom Normalen dargeboten.“

Im Ganzen geht aus diesen Berichten hervor, dass bei Sectionen von Taubstummen, von denen die Anamnese aussagt, dass sie von Geburt an taub waren, in der Mehrzahl der Fälle pathologische Veränderungen gefunden wurden, die aus entzündlichen Processen entstanden sind.

Was die pathologischen Veränderungen bei Taubstummen betrifft, welche die Taubheit nach der Geburt erworben haben, zu denen zweifellos auch die Mehrzahl derjenigen Fälle gehört, von denen es nach der Anamnese ungewiss ist, ob die Taubheit angeboren oder erworben war, wurden ebenfalls die verschiedensten Veränderungen sowohl in der Trommelhöhle, als im Labyrinth und im Nerv. acust., sowie im Centralnervensystem vorgefunden.

In den 118 Sectionsbefunden, welche Mygind aufzählt und welche alle bis 1890 bekannt gewordenen Sectionen Taubstummer, sowohl taubgeborener als taubgewordener, enthält, finden sich bei 79 Fällen, also bei etwa  $\frac{2}{3}$  pathologische Veränderungen im Mittelohr, aber nur bei 19 derselben waren gleichzeitig keine Veränderungen im Labyrinth

<sup>14)</sup> Mygind, Uebersicht über die pathol.-anat. Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer. Arch. f. Ohrenhkl. XXX, 1890, pag. 76.

<sup>15)</sup> Mygind, Die angeborene Taubheit. 1890.

oder im Centralnervensystem vorhanden. Wohl sind einige Fälle mangelhaft referirt, aber selbst nach Abrechnung dieser bleiben einige übrig, welche beweisen, dass die Taubstummheit ihre Ursache ausschliesslich in pathologischen Veränderungen der Trommelhöhle haben kann.

Veränderungen im Labyrinth wurden in 80 Fällen gefunden, einige derselben waren allerdings geringfügig, z. B. Erweiterung des Aqueductus vestibuli. Vestibulum und Cochlea waren etwa in je 40 pCt. der Fälle pathologisch, Canales semicirculares in 56 pCt., in 20 Fällen zeigten sich Veränderungen nur in den Bogengängen, darunter in 8 ohne welche andere Veränderungen im Gehörorgan. Besonders häufig war der Befund von Knochengewebe, welches die Bogengänge und die übrigen Theile des Labyrinths entweder verengte oder vollständig ausfüllte. Solche Abnormitäten, welche der Ausdruck eines Bildungsfehlers sind, wurden im Labyrinth im Ganzen nicht oft vorgefunden, mit Ausnahme der Cochlea.

Nach dieser Publication erschienen dann noch weitere Berichte über Sectionsbefunde von Taubstummen, so von Uchermann, Scheibe, Mygind, Larsen-Utke, Habermann u. s. w., so dass Mygind im Jahre 1894 in seiner classischen Monographie über die Taubstummheit<sup>16)</sup> an 150 Sectionsberichte zählte, von denen er jedoch nach Ausschaltung derjenigen, welche kein positives Resultat der betreffenden Untersuchungen enthalten, blos 139 citirt. Von diesen 139 waren angeblich 36 taub geboren, 33 taub geworden, und bei 70 fehlte die Angabe, aus welcher Zeit die Taubheit datirte. Die gefundenen anatomischen Veränderungen, nach den einzelnen Abschnitten des Gehörorgans geordnet, sind kurz folgende:

Ohrmuschel und Gehörgang. Angeborene hochgradige Abnormitäten sind niemals durch Sectionen, wohl aber durch Untersuchungen von Taubstummen *intra vitam* nachgewiesen. Unwesentliche angeborene Anomalien des Gehörganges, sowie auch nach der Geburt entstandene, sind nicht selten gefunden worden.

Mittelohr. Das Trommelfell wurde ein Mal abnorm klein vorgefunden, einige Mal stand es horizontal. Häufig sind Perforationen oder mehr oder weniger vollständiger Defect des Trommelfells beobachtet worden, als Resultat früherer Eiterungen, sowie auch Narben und Verkalkungen des Trommelfells. Diese Veränderungen sind sowohl bei Taubgewordenen wie bei Taubgeborenen gefunden worden und selbstverständlich für die Taubstummheit ohne jede Bedeutung. Ein angeborener Defect des Trommelfells ist bei Taubstummen bei der Section noch nicht beobachtet worden.

Labyrinthwand: Verengerung der Fenestra rotunda, Nische derselben mit Bindegewebe ausgefüllt, Membr. tympani secund. verdickt oder verdünnt; einige Mal war letztere total zerstört. Das runde Fenster fehlte oft oder war mit Knochengewebe geschlossen, besonders bei Taubgeborenen. Nur in einem einzigen Falle ist die Ansicht gerechtfertigt, dass der Defect des runden Fensters als angeborener Bildungsfehler aufzufassen ist, da sich die Scala tympani in das Vesti-

<sup>16)</sup> Mygind, Die Taubstummheit. 1894. Berlin u. Leipzig, O. Coblentz.

bulum öffnete. In allen anderen Fällen handelte es sich um Verknöcherungen entzündlichen Ursprungs. Diese Verknöcherung tritt, wie Mygind sagt, meist erst nach der Geburt ein, kann sich aber auch im intrauterinen Leben entwickeln. Das ovale Fenster weist einen ähnlichen Verschluss durch Knochensubstanz nur in etwa der Hälfte von Fällen auf, und zwar meist zugleich mit der gleichen Veränderung des runden Fensters. Weiters zeigt die Fenestra ovalis Verengung oder Ausfüllung mit membranösem Gewebe. Das Promontorium fehlte in einigen Fällen, wobei aber nur ein Mal zugleich auch die Schnecke fehlte.

Inhalt der Trommelhöhle. Vollständiger Defect der Gehörknöchelchen wurde nicht selten beobachtet; aber nur in einem Falle (Montain) kann man diesen Defect für einen Bildungsfehler ansehen, während in allen übrigen Fällen derselbe in Folge von nach der Geburt eingetretenen Entzündungs- und Eiterungsprocessen entstanden ist. Manchmal fehlte nur der Hammer oder der Ambos oder diese beiden Knöchelchen. Der Steigbügel fehlte in einigen Fällen. Auch da kann man nur in einem Falle dafürhalten, dass der Stapes nicht entwickelt war (Michel), während sonst destructive Prozesse denselben zerstört hatten. — Atrophie aller Gehörknöchelchen oder blos des Hammers und Ambosses ist wahrscheinlich eine angeborene Anomalie. Verschiedene Deformitäten der Gehörknöchelchen, besonders des Stapes können das Resultat sowohl fötaler als postfötaler Prozesse sein. Ankylose der Gehörknöchelchen ist der häufigste Befund bei Taubstummen. Dabei zeigen sich aber gewöhnlich auch Veränderungen im Labyrinth. — Abnormitäten der Binnenmuskeln der Trommelhöhle, vollständiger Defect oder Degeneration derselben sind einige Male gefunden worden. In einigen Fällen fehlte die Chorda tympani. — Veränderungen am Process. mastoid. sind secundär, nach Entzündungen des Mittelohres und Labyrinths entstanden. Ein Defect des Process. mastoid. als Bildungsfehler wurde von Michel beobachtet. — Pathologische Veränderungen der Tuba Eustachii sind ebenfalls secundär und ohne wesentliche Bedeutung.

Wie aus diesen Daten zu ersehen ist, waren die Veränderungen im Mittelohr nur ausnahmsweise das Resultat eines Bildungsfehlers, in den meisten Fällen waren es Entzündungsprocesses oder Residuen nach denselben. Am häufigsten, nämlich in  $\frac{1}{4}$  aller Fälle, wies das runde Fenster Anomalien auf. Wohl waren aber die Veränderungen im Mittelohr meistens von Anomalien des Labyrinthes begleitet.

Labyrinth. Vollständiger Defect, einseitig oder doppelseitig, ist ziemlich häufig beobachtet worden. Die Mehrzahl der Autoren, darunter auch Schwartz und Moos, haben gemeint, dass diese Anomalie immer die Folge eines Bildungsfehlers sei. Mygind hat aber nachgewiesen<sup>17)</sup>, dass dies auch im späteren Leben geschehen kann, und zwar durch Ablagerung von Knochengewebe in den Höhlungen des Labyrinths in Folge von Entzündungsprocessen, so dass die normalen Conturen vollkommen verloren gehen. Diese Knochenablagerungen im

---

<sup>17)</sup> Mygind, Ein Fall von totaler Abwesenheit des Labyrinths, verursacht durch scarlatinöse Otitis intima. Zeitschrift f. Ohrenh. Bd. XXIII, 1892. pag. 217.

ganzen Labyrinth oder in einem Theile desselben sind der häufigste Befund am Labyrinth Taubstummer. Einige Male sind Ablagerungen von Kalk oder von Bindegewebe beobachtet worden; auch käsige Massen, Fett, gelatinöse Massen, Pigment und Rundzellen wurden gefunden. Zwar kann auch ein vollständiger oder theilweiser Defect des Labyrinths der Ausdruck eines Bildungsfehlers sein, doch ist es sehr schwer, es zu beweisen; nur in dem Falle Michels, wo die ganze Pars petrosa vollständig missbildet war, ist es gewiss; vielleicht auch noch in dem Falle Montain's, wo auch das Labyrinth fehlte und wo die Taubheit wahrscheinlich angeboren war. In den anderen Fällen war es aus der Anamnese klar, dass die Taubheit nach der Geburt entstanden ist, im 3. bis 4. Lebensjahre nach Meningitis, nach Othorritiden mit Caries des Warzenfortsatzes und nach Scharlach. Diese Veränderungen im Labyrinth entstehen oft durch Verschleppung von Entzündungsprocessen aus der Trommelhöhle, wie besonders beim Scharlach; manchmal aber fehlt jede Spur einer Mittelohrentzündung, auch die anamnestischen Daten sprechen dagegen, und da muss man annehmen, dass das Uebergreifen des Erkrankungsprocesses auf das Labyrinth den umgekehrten Weg genommen hat, nämlich von den Meningen. Endlich ist auch die Existenz einer primären Entzündung des Labyrinths, der Otitis intima Voltolini's wenigstens möglich. Der Beweis dafür ist jedoch, wie bereits gesagt, nicht gebracht und kann auch nicht gebracht werden. Nuhn fand einen vollständigen Defect des membranösen Labyrinths. — Veränderungen des Vestibulum sind selten beobachtet worden, und zwar immer mit gleichzeitigen Veränderungen anderer Theile des Labyrinths. Die Befunde sind bei angeborener und erworbener Taubheit gleich: Ausfüllung des Vestibulum mit Knochengewebe oder blos Verengerung, Verdickung des Periostes, Erweiterung des Vestibulum. Das membranöse Vestibulum ist einige Male verändert gefunden worden: Sacculi verdickt, an ihren Wänden so wie im Innern colloide Körperchen, Otolithen, Pigment, Kalk, hyaline Massen, Detritus — kurz Entzündungsprocess. — Der Aquaeductus vestibuli fehlte oder war verschlossen; ziemlich häufig war derselbe erweitert, besonders in Verbindung mit Veränderungen in der Cochlea. Die Erweiterung ist sowohl bei angeborener als bei erworbener Taubheit gefunden worden, sie ist für dieselbe von keiner Bedeutung. „Das Vorhandensein dieser Abnormität in Fällen erworbener Taubheit“, sagt Mygind, „scheint davon abhängig zu sein, dass die Wasserleitung sich in den Subarachnoidalraum hinein fortsetzt, von wo aus mithin Entzündungen durch die Wasserleitung des Vorhofes direct nach dem Labyrinth sich fortpflanzen können. Auf eine solche Entstehungsweise ist vielleicht auch in solchen Fällen zu schliessen, in welchen das Sectionsresultat darauf hindeutet, dass das betreffende Individuum an einer fötalen Meningitis — einer Form der Hirnentzündung, die vielleicht keineswegs selten die Ursache zur angeborenen Taubheit hergeben würde, was besonders von H. Meyer auf Grundlage einer von ihm ausgeführten Section hervorgehoben worden ist, gelitten habe. Endlich ist Habermann der Meinung, dass eine Erweiterung der Wasserleitung des Vorhofes durch einen vergrösserten Druck, durch Hydrocephalus

hervorgerufen, entstehen kann, namentlich wenn das Felsenbein der Sitz von rhachitischen Veränderungen ist.<sup>4</sup> Die Bogengänge bilden den häufigsten Sitz pathologischer Veränderungen, in mehr als der Hälfte aller Fälle. Bildungsanomalien sind von verschiedenen Autoren nachgewiesen, aber häufig, z. B. bei Verschmelzung der Enden zweier Bogengänge oder Verkürzung eines Bogenganges, für die Taubheit belanglos. Einen häufigen Befund bildet die Ausfüllung der Bogengänge mit Knochengewebe oder Kalk, fibrösem Gewebe oder anderen Entzündungsproducten. In  $\frac{1}{5}$  der secirten Fälle waren die Bogengänge der ausschliessliche Sitz pathologischer Veränderungen. Durch das Knochengewebe wurden manchmal die Conturen der Bogengänge vollkommen verwischt, was namentlich von den Fällen gilt, bei denen angegeben ist, dass ein Bogengang oder ein Theil desselben gefehlt hat. Wo nur ein oder zwei Bogengänge in dieser Weise verändert waren, war es am häufigsten der hintere, dann der hintere und obere. Das hat vielleicht den Grund, dass die Ampulle des hinteren Bogenganges dem runden Fenster, durch welches die Entzündung aus dem Mittelohr in's Labyrinth übergeht, am nächsten steht. Knochenablagerung in den Bogengängen wurde sowohl bei angeblich Taubgeborenen, wie auch bei Taubgewordenen gefunden; auf Grund dessen behauptet der Autor, dass es bei Taubgeborenen Residuen fötaler Entzündungsprocesse sind.

Pathologische Veränderungen der membranösen Bogengänge sind einige Male beobachtet worden: Defect derselben, colloide Körperchen, Pigment, zahlreiche Otolithen in denselben u. s. w.

Die Schnecke zeigt etwas häufiger Veränderungen als das Vestibulum, ebenso oft bei Taubgeborenen wie bei Taubgewordenen. Gewöhnlich sind auch die anderen Theile des inneren Ohres pathologisch verändert, insbesondere die Canales semicirculares. Fälle, in denen die Cochlea bloß 1— $1\frac{1}{2}$  Windungen hatte und oben in eine grosse Höhle überging, deren Grösse der einer entwickelten Schnecke entsprach, wurden früher für den Ausdruck eines Bildungsfehlers gehalten, was aber ein Irrthum war; denn wenn die Entwicklung der Schnecke gehemmt ist, so bleibt es bei 1— $1\frac{1}{2}$  Windungen ohne jede andere Spur der Cochlea. Es muss sich also um pathologische Veränderungen der bereits entwickelten Cochlea handeln, um Veränderungen, welche vielleicht manchmal einer fötalen Entzündung ihren Ursprung zu verdanken haben. Einige Male bildete das Innere der Schnecke eine grosse Höhle ohne Spuren des normalen knöchernen Inhalts der Schnecke, und das sämmtlich bei Individuen, die entweder als taubgeboren angegeben wurden, oder auch auf Grund verschiedener Missbildungen, die gleichzeitig nachgewiesen wurden, als taubgeboren betrachtet werden müssen. Die häufigste Anomalie der Schnecke ist die mehr oder weniger vollständige Ausfüllung derselben mit Knochen oder Kalk, nämlich bei  $\frac{1}{8}$  aller Fälle. Nebstdem wurde nachgewiesen: Bindegewebe, Rundzellen, käsige Massen, Otolithenhaufen, colloide Körperchen, Fettkugeln, Detritusmassen etc. Manchmal betrafen die Veränderungen bloß den membranösen Inhalt der Schnecke: Defect, Atrophie oder Zerstörung der Nerven und Ganglienzellen; nur in einem einzigen Falle sind Bildungsanomalien durch die microscopische Unter-



suchung der Schnecke constatirt worden. In der Mehrzahl der Fälle fanden sich gleichzeitig mit der Schnecke auch in den anderen Theilen des Labyrinthis pathologische Veränderungen, insbesondere in den Bogengängen und im Nerv. acust.

Veränderungen des Aquaeduct. cochleae werden nur in einigen wenigen Sectionsberichten erwähnt.

Nerv. acust. Pathologische Veränderungen wurden ziemlich häufig nachgewiesen: zwei Mal vollständiger Defect, jedoch war derselbe nur in einem Falle (Michel) die Folge eines Bildungsfehlers. Am häufigsten ist vollständige oder theilweise Atrophie oder Degeneration des ganzen Nerv. acust. oder eines seiner Aeste nachgewiesen, nämlich in  $\frac{1}{8}$  aller Fälle. Einige Male hatte der Nerv ein gelatinöses, ja selbst pulpöses Aussehen; andere Male wurden Corpora amylacea und Kalkconcremente in demselben gefunden. Einige Mal war nur ein Theil des Nerven atrophirt: der Ramus vestibularis, Ramus posticus Retzii etc. In vielen Fällen war aber der Nerv vollständig normal; daraus kann man schliessen, dass der Hörnerv keine grosse Neigung besitzt, in Folge von Inactivität zu degeneriren oder zu atrophiren; es scheint vielmehr, dass die Atrophie und Degeneration des Nerv. acust. bei Taubstummen eine andere Ursache hat; es ist das nach der Meinung des Autors eher die Folge einer centripetalen Atrophie oder Degeneration nach destructiven Processen im Labyrinth oder einer centrifugalen Atrophie oder Degeneration nach Erkrankung des Centralnervensystems.

Centralnervensystem. Pathologische Veränderungen sind, von rein zufälligen Leiden abgesehen, sehr selten durch Section Taubstummer nachgewiesen und ihre Bedeutung für die Taubstummheit ist zum grossen Theil zweifelhaften Characters. Es wurde gefunden: In der 4. Kammer abnormer Ursprung des Nerv. acust., Defect der Striae acusticae, Verdickung des Ependyms mit Schrumpfung des unterliegenden Nervengewebes. Im Kleinhirn fanden Oppolzer und Dlauhy in einem Falle, der jedoch bei Lebzeiten gleichzeitig Zeichen von Geisteskrankheit darbot und deshalb nicht einwandfrei ist, Atrophie. Im Grosshirn: Atrophie der Rinde an einigen Stellen im Lobus parietalis um den Cuneus herum, zugleich Atrophie der Hirnfasern von hier an bis nach dem Thalamus opticus hin. Dann Atrophie der Rinde in den beiden hintersten Windungen, Hyperplasie der Neuroglia im hinteren Theil des Tractus opticus, Verdickung der Wände des 3. Ventrikels und seröse Infiltration des Ursprungs des Hörnerven. Einige Male war die 3. linke Stirnwindung mangelhaft entwickelt als Ausdruck einer Inactivitätsatrophie des Sprachcentrums.

Die Pars petrosa zeigte einige Male pathologische Veränderungen. Im Falle Michel's hatte das Felsenbein statt 3 nur 2 Flächen, eine obere und eine untere, der Nerv. acust. fehlte vollständig. In anderen Fällen war das Felsenbein entweder abnorm gross oder abnorm klein. Der hintere Bogengang war einige Male blos von der Dura bedeckt. Am häufigsten fand man eine abnorme Härte oder vollständige Sclerisirung des ganzen Felsenbeins oder eines Theiles desselben, sowohl bei Taubgeborenen als bei Taubgewordenen. Es ist das wahrscheinlich das Resultat einer Osteitis fötalen oder postfötalen Ursprungs. Der Meat. audit. int. wurde auch einige Male verengt gefunden.

Zu diesem hier in der Kürze referirten Kapitel über die pathologische Anatomie der Taubstummheit fügt Mygind nachstehendes Resumé hinzu: „Die bei Taubstummen vorgefundenen Abnormitäten können in sehr vielen Fällen naturgemäss als Ueberreste eines sehr intensiven und verbreiteten Entzündungsprocesses erklärt werden. Dieses Verhältniss tritt stark hervor, namentlich bei den Fällen, die taubgewordene Taubstummheit betreffen. Ferner geht hervor, dass die bei Taubgeborenen und Taubgewordenen vorgefundenen Anomalien oft ganz dasselbe Aussehen haben. Deshalb ist es in vielen Fällen auf Grundlage der pathologisch-anatomischen Untersuchung allein unmöglich, zu bestimmen, inwieweit die durch eine Section constatirten Veränderungen fötalen oder postfötalen Ursprungs sind. Es zeigt sich mithin, dass die früher sehr verbreitete Annahme, dass die auf angeborene Taubheit beruhende Taubstummheit im Wesentlichen von angeborenen Bildungsanomalien des Gehörorganes herrühre, nicht bestätigt worden ist; denn Abnormitäten, die als unzweifelhafter Ausdruck solcher Bildungsanomalien erschienen, sind bei Taubstummen nur ausnahmsweise vorgefunden. Es hat sich ferner mit Rücksicht auf den Sitz der bei den Taubstummen vorgefundenen Abnormitäten gezeigt, dass dieselben in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle beiderseitig aufgetreten sind, wengleich sie doch oft sowohl im Character und in der Localisation, wie auch namentlich in der Intensität an den beiden Seiten grosse Verschiedenheiten dargeboten haben. . . . Endlich kann . . . constatirt werden, dass das Mittelohr sehr oft der Sitz von Veränderungen gewesen ist. Jedoch sind sehr häufig gleichzeitig im inneren Ohr eingreifende Abnormitäten vorgefunden. Diese waren am häufigsten in den Bogengängen, am seltensten in dem Vorhof localisirt, und in vielen Fällen waren sie als die wesentliche Ursache der Taubheit zu betrachten. In einigen Fällen hat der Hörnerv Zeichen von Atrophie und Degeneration dargeboten; derselbe hat auch andere Abnormitäten gezeigt, während in einer bedeutenden Anzahl Fälle am Hörnerv gar keine Abnormitäten nachgewiesen werden konnten. In einigen Fällen endlich hat das Gehirn Abweichungen vom Normalen dargeboten.“

Es geht also aus den Resultaten der bisher veröffentlichten Sectionsbefunde bei Taubstummen hervor, dass die pathologischen Veränderungen im Gehörorgan häufiger entzündlichen Ursprungs sind, als Producte von Bildungsfehlern, denn auch bei der sogenannten angeborenen Taubheit sind Bildungsanomalien im Ganzen selten beobachtet worden. Was lässt sich daraus schliessen? Entweder, dass diese Entzündungsprocesses sich im intrauterinen Leben abgespielt haben, und dann handelt es sich offenbar um angeborene Taubheit; oder erst nach der Geburt, und dann haben wir es mit erworbener Taubheit zu thun. Es fragt sich nun, ob solche Processes entzündlichen Characters, welche die Ursache von Taubheit abgeben können, sich im fötalen Leben entwickeln können. Autoren, welche über Taubstummheit geschrieben haben, geben dies, wie wir es eben bei Mygind gesehen haben, unbedingt zu, insbesondere sprechen sie auch von der Möglichkeit der Existenz einer fötalen Meningitis. Wenn wir dagegen bei jenen Autoren, die sich speciell mit Fötalkrankheiten oder mit Nervenkrankheiten beschäftigen, nachschlagen, so sehen wir, dass sich die Sache anders

verhält. So führt Kleinwächter in Eulenburg's Realencyclopädie unter „Fötus“ bei den Erkrankungen desselben die acuten Exantheme, besonders die Variola an, welche verhältnissmässig am häufigsten beim Fötus beobachtet wird; bei Weitem weniger Berichte bestehen über fötale Scarlatina, Morbilli und Erysipel. Stets geht die Infection von der erkrankten Mutter auf den Fötus über. Noch weniger Sicheres wissen wir über die Erkrankung des Foetus an anderen Infectionskrankheiten, wie Process. puerperalis, Typhus abdominalis und exanthematicus, Typhus recurrens etc. Die häufigste fötale Erkrankung stellt die Syphilis dar. Zu idiopathischen fötalen Erkrankungen, welche mit angeborener Taubheit in Zusammenhang gebracht werden könnten, gehört die Rhachitis und der Hydrocephalus. Die Meningitis erwähnt Kleinwächter mit keinem Wort, weder die einfache, noch die cerebrospinale.

Runge<sup>18)</sup> spricht in seiner Arbeit auch nur von einem möglichen und beobachteten Uebertritt der Infection von der Mutter auf die Frucht bei Variola, Scarlatina, Morbilli, Malaria, Puerperalfieber. Bei Typhus ist es nicht sichergestellt, ebenso bei Cholera. Runge betont ausdrücklich, dass die Möglichkeit des Uebertrittes des Giftes von der Mutter auf die Frucht nur bei wenig Krankheiten bewiesen und auch bei diesen ein seltenes Ereigniss ist. Von Meningitis geschieht keine Erwähnung.

Auch in den Werken, welche die Krankheiten des Gehirns und seiner Häute zum Gegenstande haben, habe ich vergeblich nach einer Andeutung gefahndet, aus der zu ersehen wäre, dass die Meningitis simplex oder cerebrospinalis je beim Fötus beobachtet worden wäre. Ich habe zu dem Zwecke bei Ziemssen „Meningitis cerebrospinalis epidemica“ in dessen Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, bei Huguenin „Acute Erkrankungen des Hirns und seiner Häute“ in demselben Werke, dann in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, in J. Ross' „Treatise on the diseases of the nervous system“ und in dem grossen Handbuch von Charcot, Bouchard und Brissaud Einsicht geübt, überall lese ich aber nur übereinstimmend, dass diese Krankheiten sehr häufig im zarten Kindesalter, selbst im ersten Lebensjahre auftreten, aber nirgends eine Spur davon, dass sie intra uterum je beobachtet worden wären.

Der Befund von Foà und Bordoni-Uffreduzzi, welche den Uebergang des Diplococcus Fränkel-Weichselbaum, des Erregers der Meningitis cerebrospinalis epidem., von der Mutter auf die Frucht nachgewiesen haben wollen<sup>19)</sup>, spricht nicht gegen meine Deductionen. Denn der Microbe wurde in den Uterusvenen, in der Fötusplacenta, in der Leber und im Blute des Fötus gefunden, nicht aber in den Meningen, von denen überhaupt keine Erwähnung geschieht, daher anzunehmen ist, dass sie normal waren.

Es sind zwar Veränderungen des Centralnervensystems bekannt,

---

<sup>18)</sup> Runge, Die acuten Infectionskrankheiten in ätiolog. Beziehung zur Schwangerschaftsunterbrechung. Volkmann's Sammlg. No. 174.

<sup>19)</sup> La riforma medica. 1887, No. 39, dann Zeitschr. f. Hygiene, 1888, Bd. IV. Heft 1. Referat im Centralbl. f. Bacteriol. 1888.

welche nach unseren heutigen Kenntnissen nicht anders gedeutet werden können, als so, dass wir annehmen, dass im intrauterinen Leben Entzündungsprocesse sich abgespielt haben, welche diese Veränderungen zurückgelassen haben, z. B. Hydrocephalus mit Bindegewebswucherung in den Plexus chorioidei. Allein, wenn aus solchen Entzündungsprocessen die angeborene Taubheit — wir sprechen natürlich von der reinen Taubheit, ohne Idiotie — resultiren könnte, so müssten wir ähnliche Veränderungen der Meningen bei der Section von Leichen taubgeborener Taubstummer neben den Veränderungen im Labyrinth oder auch ohne diese finden. Wohl kann eine Meningitis abgelaufen sein, ohne irgend welche Veränderungen an den Hirnhäuten zu hinterlassen; allein trotzdem liesse sich hier und da eine Veränderung erwarten, welche auf eine abgelaufene Meningitis hinweisen würde, umsomehr, als auch unter den Fällen mit erworbener Taubheit, welche in Folge von Meningitis entstanden war, solche Veränderungen angetroffen wurden, wie im Falle Schultze's<sup>20)</sup> und Habermann's<sup>21)</sup>. In dem Falle Meyer's<sup>22)</sup> in welchem der Autor die Taubheit für angeboren hält, war das Ependym sämmtlicher Ventrikel verdickt. Den Beweis aber, dass es sich um wirklich angeborene Taubheit gehandelt hat und nicht um erworbene, ist der Autor schuldig geblieben. Deswegen hat ihn auch mit vollem Rechte Mygind wenigstens unter jene Fälle einge-reiht, von denen es nicht bekannt ist, ob die Taubheit angeboren oder nach der Geburt erworben war.

Wir können also die fötale Meningitis als ätiologisches Moment der Taubstummheit mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Es ist ja, wie ich glaube, über jeden Zweifel erhaben, dass, wenn der Fötus an Meningitis simplex oder cerebrospinalis erkrankt könnte, wir gewiss todte Früchte beobachten müssten, welche im Mutterleibe an Meningitis gestorben sind, da die Krankheit sicher mehr Todesfälle aufweisen müsste, als Heilungen mit consecutiver Taubheit und Taubstummheit.

Die acuten Exantheme und viele andere Infectionskrankheiten, acute wie chronische, welche in der Aetiologie der Taubstummheit eine wichtige Rolle spielen, können wohl im intrauterinen Leben auftreten. Aber einerseits sind diese Fälle sehr selten, andererseits ist ein solcher Fall von angeborener Taubheit, z. B. nach einer intra uterum überstandenen Scarlatina noch nirgends in der Literatur angegeben. Wenn schon die Taubheit nach Scharlach und anderen Infectionskrankheiten, die doch im Kindesalter sehr häufig sind, und die daraus resultirende Taubstummheit viel seltener ist, als nach Meningitis, wird dies gewiss um so seltener intra uterum der Fall sein, wo solche Krankheiten doch zu den grossen Seltenheiten gehören.

Was aber jene Krankheit betrifft, die verhältnissmässig oft im Fötalleben beobachtet worden ist, nämlich die Variola, so ist gerade bei dieser die Ertaubung und aus dieser resultirende Taubstummheit nur in einigen wenigen Fällen verzeichnet, sie kann daher bei der an-

<sup>20)</sup> Schultze, Virchow's Archiv, XIX, pag. 1.

<sup>21)</sup> Habermann, Zeitschr. f. Heilk. 1892, Bd. XII, pag. 325.

<sup>22)</sup> Meyer, Virchow's Archiv, XIV.

geborenen Taubheit von keiner grossen Bedeutung sein. Genuine Erkrankungen des Mittelohres im Fötalleben sind, wenn sie überhaupt existiren, so selten, dass auch sie als ätiologisches Moment der angeborenen Taubheit nicht in's Gewicht fallen können.

In wie fern die Syphilis auf die Entwicklung der angeborenen Taubheit Einfluss hat, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Es unterliegt zwar keinem Zweifel, dass die Syphilis ebenso wie alle Krankheiten, welche auf die Constitution der Eltern schwächend einwirken, auch auf die Nachkommenschaft in der Weise einen Einfluss ausüben, dass dieselbe theils während des Fötallebens durch sie schädlich beeinflusst, theils aber auch für äussere schädliche Einwirkungen nach der Geburt empfänglich gemacht wird<sup>23</sup>). Allein die Statistiken enthalten in dieser Beziehung entweder gar keine oder nur sehr spärliche Angaben, woraus wir wohl schliessen können, dass auch die Syphilis bei angeblich taubgeborenen Taubstummen nicht oft in Frage kommt.

Dagegen verdient ein Moment hervorgehoben zu werden, auf welches besonders Gellé<sup>24</sup>) aufmerksam macht, und nach welchem die Taubheit scheinbar angeboren sein kann, obzwar sie doch erst nach der Geburt entstanden ist. Im Fötalleben ist nämlich die Paukenhöhle mit einem gelatinösen Gewebe ausgefüllt, welches die Kette der Gehörknöchelchen und beide Fenster einhüllt und von dem Trommelfell durch eine Pflasterepithelschicht getrennt ist. Nach der Geburt verliert sich dieses Gewebe, die Schleimhaut schwillt rasch ab und legt sich an die Gehörknöchelchen und an die Wände der Paukenhöhle an, und an ihre Stelle kommt die atmosphärische Luft. Bei der Katze ist diese Transformation, Aëration der Paukenhöhle, in einigen Stunden durchgeführt. Allein das Verschwinden dieses embryonalen Gewebes geschieht nicht immer so leicht. Unter dem Einflusse besonderer pathologischer Bedingungen, zu denen Syphilis, Tuberculose und andere vererbte Dispositionen und angeborene Cachexien gehören, wird dieses zarte, durchsichtige embryonale Gewebe, aus welchem die Schleimhaut der Paukenhöhle besteht, trüb, granulirt, serösblutig, ja selbst hämorrhagisch (z. B. nach schwerer Geburt), dann eitrig; nunmehr ist das normale Abschwellen desselben nicht möglich, die Paukenhöhle füllt sich nicht mit Luft, sondern mit Eiter. Durch die Suppuration werden die Gehörknöchelchen entblösst und zerstört. Das Trommelfell widersteht der Zerstörung, so dass keine Perforation entsteht, sondern der Eiter fliesst durch die Tuba Eustachii ab. Allmählich immobilisirt die sich entwickelnde Sclerose den ganzen schalleitenden Apparat und schliesst das Labyrinth ab, in Folge dessen der Hörnerv atrophirt. Die physiologische Metamorphose der Paukenhöhle machte also hier einem pathologischen, destructiven Prozesse gleich nach der Geburt Platz, und dieser Process giebt im weiteren Verlauf die Ursache der Taubstummheit ab.

Ich will der Ansicht, dass im fötalen Leben pathologische Veränderungen des Gehörgans entstehen können, welche nicht das Resultat eines Bildungsfehlers sind, nicht jede Berechtigung absprechen, da

<sup>23</sup>) Citirt nach Mygind: Die Taubstummheit, 1894, pag. 92.

<sup>24</sup>) Gellé, Précis des maladies de l'oreille. Paris 1886.

so zahlreiche und so angesehene Autoren dieselbe theilen, und da wirklich Krankheitsprocesse, aus denen Taubheit und Taubstummheit resultiren können, intra uterum existiren; ich wollte nur auf die ernstesten Einwendungen hinweisen, welche gegen diese Ansicht geltend gemacht werden können, und welche, wenn sie, wie ich glaube, berechtigt sind, nothwendiger Weise zu dem Schlusse führen müssen, dass die angeborene Taubheit im Ganzen viel seltener ist, als bisher angenommen wird, und dass die grosse Majorität der Taubstummen erst nach der Geburt taub geworden sind.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, dem hochgeehrten Director des Prager Taubstummeninstitutes, hochwürdigen Herrn P. Knoch, sowie dem ordinirenden Arzte, Herrn Prof. Dr. Neureutter, meinen Dank abzustatten für die Bereitwilligkeit, mit der sie mir die Untersuchung der Institutspflinglinge und Schüler erlaubt haben, sowie auch dem gesammten geehrten Lehrkörper, welcher mich bei meinen Arbeiten allseitig unterstützt hat. Für manche wichtige Literaturhinweise bin ich auch den verehrten Herren Professoren Hlava und Thomayer zu Dank verpflichtet.

---

## 2. Jahresbericht über die Thätigkeit meiner Privat-Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohren-Krankheiten.

Von

Dr. Noltenius in Bremen.

Meine Privat-Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohren-Krankheiten wurde im zweiten Jahre ihres Bestehens von 115 männlichen, 84 weiblichen Patienten und 66 Kindern unter 12 Jahren, also insgesamt 265 Patienten aufgesucht. Die Kinder fast sämmtlich und der grösste Theil der männlichen und weiblichen Patienten stammten aus der näheren oder weiteren Umgebung, nur ein kleiner Procentsatz hatte seinen Wohnsitz in Bremen selbst. Fast sämmtliche Kinder waren zwecks Entfernung der vergrösserten Gaumen- und Nasenrachenmandeln in die Klinik aufgenommen, da ich seit geraumer Zeit diese Operation nur noch in Narcose vornehme und von auswärts stammende Kinder dann stets 4 Tage in der Klinik behalte, um unangenehme Folgezustände (Nachblutungen, Infectionen etc.) so gut wie sicher zu vermeiden. Dagegen lasse ich hier wohnhafte Kinder, deren ich ausserdem eine grössere Anzahl aus derselben Veranlassung in der Klinik operirte, kurz nach der Operation in ihre Behausung fahren. Meine Erfahrungen sprechen dafür, dass nur in leichter Narcose die adenoiden Vegetationen in jedem Falle auch bei den unbändigsten Kindern so gründlich entfernt werden können, dass Recidive, wenn sie überhaupt vorkommen, zu den allergrössten Seltenheiten gehören. Unangenehme Complicationen, so dass von mancher Seite befürchtete Hinabgleiten der mit dem Ringmesser abgeschnittenen Nasenrachenmandel in den Kehlkopf, habe ich nicht beobachtet.

Von den 23 Kehlkopfkranken erwähne ich 9 Patienten, die an Phthisis laryngis litten und mit Curettement und Pinselungen von Milchsäure und daneben mit grossen Dosen von Creosot behandelt wurden. Leider konnte ich nur in 3 Fällen ein wirklich gutes Resultat erzielen. Doch muss ich entgegen den Beobachtungen mancher Collegen hervorheben, dass ich nach wie vor in dem Creosot ein vortreffliches antiphthisisches Mittel sehe. Ich gebe dasselbe in grossen Dosen nach der bekannten Vorschrift des verstorbenen Sommerbrodt mit Leberthran in Kapseln oder mit Gentianatinctur, beginne mit 1,5 g pro die und lasse bis zu 6,0 g steigern. Trotzdem einzelne meiner Patienten diese Dosis Wochen und Monate lang genommen und mehrere Hundert, ja sogar zwei Tausend Kapseln und mehr im Laufe der Zeit verbraucht haben, habe ich bisher keine Vergiftungserscheinungen beobachtet und nur in seltenen Fällen das Mittel aussetzen müssen, da es nicht gut vertragen wurde. Von sonstigen Kehlkopferkrankungen nenne ich 3 Fälle von Polypen, einen Tumor phthisicus, dessen Diagnose durch eine Probeexcision klar gestellt wurde, eine schwere Lues, eine hysterische Stimmbandlähmung und ein Granulom der Trachea. Der 3jährige Knabe war 9 Wochen, bevor er in meine Behandlung kam, wegen Croup tracheotomirt worden, doch konnte die Canüle wegen drohender Erstickungsgefahr nicht wieder entfernt werden. Es gelang, von der Tracheotomiewunde aus die reichlichen Granulationen und eine breite Narbe, die wie ein Diaphragma in das Lumen der Luftröhre vorsprang, mit dem scharfen Löffel zu entfernen.

Das Gros der 109 Nasenerkrankungen bildeten die chronische hypertrophische Rhinitis einerseits und die Anomalien des Nasengerüstes (Crista, Deviation, Luxation des vorderen Septumrandes, Verwachsungen etc.) andererseits. Für die chronischen Schwellungszustände bediene ich mich mit Vorliebe des galvanocaustischen Flachbrenners und der ausschliesslich kalten Schlinge; für die Beseitigung der Anomalien des Nasengerüstes bevorzuge ich eine schmale Uhrfedersäge und eine kräftige Scheere, da nach meinen Erfahrungen diese Instrumente, was Schnelligkeit und relative Schmerzlosigkeit des Verfahrens anlangt, den ersten Platz behaupten<sup>1)</sup>. Von besonderem Interesse war ein Fall von Tic convulsif. Der mit demselben behaftete Patient, ein 53jähriger, im Uebrigen gesunder Herr, hatte bereits die üblichen Heilmethoden alle erschöpft, sich auch mehrere Wochen in einer Nervenheilanstalt aufgehalten, ohne von seinem ihn sehr quälenden Leiden befreit zu werden. In seiner Nase fand sich eine starke Crista septi, die sich in die rechte untere Muschel einbohrte. Schon bei der leisesten Sondenberührung an der Stelle, wo Crista und Muschel aneinanderlagen, wurden die heftigsten Zuckungen in den Lidern des rechten Auges ausgelöst, so dass Patient nicht im Stande war, das Auge zu öffnen. Diese Anfälle wiederholten sich auch spontan manchmal so

---

<sup>1)</sup> Meine mit der electricch getriebenen Nasensäge angestellten Versuche haben mich nicht befriedigt. Zwar functionirt der Apparat, wie wohl alle von Hirschmann, Berlin, gelieferten Instrumente tadellos, doch finde ich, dass die mit der Hand geführte Säge bedeutend schonender und eleganter arbeitet, als das mechanisch getriebene Instrument.

häufig, dass Patient dadurch sehr belästigt wurde. Ich entfernte die Crista mit der Säge, und dieser Eingriff hatte den Erfolg, dass die Anfälle von dem Augenblick an sehr viel seltener und schwächer auftraten. Zur Zeit sind nur noch Andeutungen des früheren Leidens vorhanden. Ein zweiter Fall von Tic convulsif blieb trotz der galvanokaustischen Behandlung der chronisch verdickten Muschelschleimhaut unverändert. Dagegen gelang die momentane Beseitigung eines Tic douloureux durch die galvanokaustische Aetzung der entsprechenden Nasenschleimhaut. Im Anschluss an eine heftige Erkältung bekam der Patient, ein ca. 60jähriger, sonst ganz gesunder Mann nach einigen Monaten ein Recidiv, das durch abermalige Cauterisation prompt geheilt wurde, bislang mit dauerndem Erfolg.

Besondere Schwierigkeiten verursachte die Behandlung einer Dame, die durch eine endonasale Operation eine fast totale Verwachsung der betreffenden Nasenseite acquirirt hatte, vermuthlich, weil Patientin sich vorzeitig der Behandlung entzogen hatte. Ich fand die linke untere Muschel mit Nasenscheidewand und Boden knöchern verwachsen, so dass die nasale Athmung fast völlig aufgehoben war. Die Beseitigung dieses Hindernisses war um so mehr indicirt, als auch die rechte Nasenhälfte durch eine Leistenbildung stark verengt und für die Athmung wenig brauchbar war. Die Verwachsung konnte ohne äussere Schnittführung excidirt werden. Ich legte zwei 8 mm weite starkwandige Gummidrainen ein, aber ohne Erfolg, die Narbenschumpfung drückte dieselben zusammen. Dann griff ich zu dem bekannten Celluloid-Inspirator von Feldbausch, aber auch der liess mich im Stich. Schliesslich liess ich 2 silberne Röhren anfertigen, die nach einigen Tagen durch 2 längere ersetzt wurden. Dieselben sind ganz leicht conisch gestaltet, mit rundlich-ovalem Querschnitt,  $6\frac{1}{2}$  cm lang, aussen  $11:8\frac{1}{2}$  mm, innen  $9:7\frac{1}{2}$  mm weit. Sie sind an beiden Enden gut abgerundet und leicht verdickt, um Verletzungen zu vermeiden, im Uebrigen aber ganz gerade Röhren. Während dieselben anfänglich schwierig einzuführen waren, ist es jetzt spielend leicht. Offenbar ist die Tendenz der Narbencontraction jetzt überwunden. Der Erfolg ist demnach als ein vollkommener zu bezeichnen, doch lasse ich zur Vorsicht die Röhre auf der linken Seite noch einige Zeit tragen, um so eher, als Patientin gar keine Belästigung durch dieselbe empfindet.

Weiter sind 19 Fälle von Emyem der Highmors-Höhle zu nennen, die auf die übliche Methode vom unteren Nasengang aus mittelst meines Troicarts mit Ausspülungen von gekochtem Wasser, meist ohne jeglichen Zusatz, behandelt wurden. Nur in den wenigen Fällen, die nicht mit der wünschenswerthen Schnelligkeit zur Ausheilung kamen, sowie in den Fällen, die offenbar dentalen Ursprungs waren, wurde nach Extraction der erkrankten oder etwa hinderlichen Wurzeln mit einem starken Bohrer die Höhle vom Zahnfach aus eröffnet und regelmässig durchgespült. Ich kann auch nach meinen heutigen Erfahrungen meine früher ausgesprochene Ansicht vertreten, dass bei der nöthigen Ausdauer von Arzt und Patient wohl fast jeder Fall von Emyem der Oberkieferhöhle durch Spülungen schliesslich zur Ausheilung gebracht werden kann, und dass, wenn derartig behandelte Highmors-Höhlen nicht ausheilen wollen, wohl stets Complicationen



von Seiten der Ethmoidalzellen oder Stirnhöhle vorliegen, die dann natürlich eine speciell auf diesen Punkt gerichtete Behandlungsweise verlangen.

Ausser den Empyemen der Oberkieferhöhle kamen im verflossenen Jahre 2 Fälle von Stirnhöhlenerkrankungen zur klinischen Behandlung. Die Heilung erfolgte, ohne dass der beabsichtigte äussere Eingriff nothwendig wurde.

Zum Schluss sind 3 Fälle von Ozaena, je 2 Fälle von Lupus und Polypen und je 1 Fall von nasalem Asthma und Abscess der Nasenscheidewand zu erwähnen.

Von den 54 Patienten, die wegen ihres Ohrenleidens in der Klinik Aufnahme fanden, nenne ich zunächst 25, die sich der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes unterziehen mussten. Bei einem 2jährigen Kinde wurde die Operation doppelseitig ausgeführt. 9 Mal handelte es sich um ausgesprochenes Cholesteatom, 12 Mal um chronische Otorrhoe mit Caries der Gehörknöchelchen und der benachbarten Knochenpartieen, und 4 Mal war der Warzenfortsatz acut erkrankt. Unter den letzteren hatte sich die Mastoiditis 2 Mal an eine typische Angina angeschlossen, der dritte Fall war nach einem heftigen Schnupfen aufgetreten, nur der vierte Patient, ein 47jähriger Gastwirth, zeigte ausser einer leichten Röthung des betreffenden Trommelfells überhaupt keine Symptome von Mittelohreiterung. Es ist auch weder vorher noch nachher zu einer Eiterung daselbst gekommen. Man wird also berechtigt sein, diesen Fall als primäre Mastoiditis zu bezeichnen. 4 Patienten waren unter 10 Jahren alt, 6 hatten das 20. Jahr noch nicht überschritten, die gleiche Anzahl stand im dritten Decennium, 4 im vierten, 3 im fünften und 2 im sechsten Decennium; 12 waren weiblichen, 13 männlichen Geschlechts. Bei der Operation machte ich einmal die eigenthümliche Beobachtung, dass der ganze, durchweg zellig gebaute Warzenfortsatz eines 14jährigen Mädchens gänzlich mit einer ganz schwarzen, durch den Gehalt an massenhaften Cholestearinocrystallen stark glitzernden Flüssigkeit erfüllt war. Die Vermuthung liegt nahe, dass hier vor längerer Zeit, vielleicht im Anschluss an ein Trauma, eine stärkere Blutung in die pneumatischen Zellen des Warzenfortsatzes stattgefunden hatte. Daneben fand sich ein cariöser Hammer und ein kleines Cholesteatom im Kuppelraum. Bei einem 38jährigen Herrn, der seit frühester Jugend an Otorrhoe und in letzter Zeit häufig an Schwindel gelitten hatte, fand sich neben einem Cholesteatom ein eigenthümlich gestalteter Hammer. Derselbe trug auf der Gelenkfläche einen dem Volumen seines Kopfes etwa entsprechenden Beckigen, knöchern mit dem Kopfe verbundenen Auswuchs, den ich zunächst für eine Exostose hielt. Bei näherer Betrachtung lässt sich aber erkennen, dass es der Rest des cariösen Ambos ist, der mit Aufhebung des Gelenks fest mit dem Hammer verwachsen ist. In 3 anderen Fällen wurde durch die Aufmeisselung ein bis thalergrosser Durchbruch in die mittlere Schädelgrube aufgedeckt, aus dem reichliche Mengen stinkenden Eiters entleert wurden. Die stark mit zapfenförmigen Granulationen besetzte Dura wurde vorsichtig mit dem scharfen Löffel abgekratzt und die Hautwunde, wie stets, sofort in ganzer Ausdehnung fest vernäht. Ich bin auch im verflossenen Jahre dem Grundsatz treu geblieben, in jedem

Falle von Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, sei es, dass es sich um Cholesteatom, sei es um Caries handelt, sofort im Anschluss an die Operation die Hautwunde gänzlich zu vernähen, nachdem zuvor der äussere Gehörgang durch 2 bis tief in die Concha reichende Längsschnitte, deren oberer die Spina helicis und den Musculus helicis minor durchtrennt, so beträchtlich erweitert ist, dass ein 13 mm starkes Drain bis in die Höhlung vorgeschoben werden kann, die durch das Zusammenfliessen von Kuppelraum und Warzenfortsatzhöhle entstanden ist. Nach meiner Erfahrung heilt diese Hautwunde stets prima intentione, selbst dann, wenn ein verjauchtes Cholesteatom oder ein extraduraler Abscess die Veranlassung zur Operation gewesen war, da durch das weite Drainrohr die Wundflüssigkeit in den Verband geleitet wird. Durch dieses Verfahren wird jegliche Lappenbildungsmethode hinter der Ohrmuschel überflüssig, und es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass dadurch die Heilungsdauer eine wesentliche Abkürzung erfährt. Am achten Tage mache ich den ersten Verbandwechsel, ohne die Hautwunde oder das Drain irgendwie zu berühren, am 14. Tage werden die Nähte und das Drainrohr entfernt und letzteres durch sterile Gazestreifen ersetzt. Wird die Tamponade exact ausgeführt, so kommt es nie zu einer nachträglichen Stenosirung des Gehörganges, auch habe ich bis jetzt bei einer Zahl von über 50 derartig behandelten Gehörgängen noch nicht eine Necrose des Knorpels beobachtet, vielleicht nur deshalb, weil ich bemüht bin, dem durch die Längsschnitte gebildeten Lappen eine Breite von mindestens 1 cm zu geben. Schliesslich ist zu erwähnen, dass das Endresultat dieser Methode in kosmetischer Beziehung wohl jeder anderen Methode mit Lappenbildung hinter der Ohrmuschel überlegen ist und für die Nachbehandlung und dauernde Beobachtung dieselbe Sicherheit bietet, wie eine persistente Oeffnung hinter dem Ohre und andererseits die aus einer persistenten Oeffnung daselbst dem Träger durch eine zufällige Verletzung drohende Gefahr gänzlich vermeidet. Natürlich bedarf die innere Wunde noch längere Zeit der Nachbehandlung, die aber sehr bald vom Patienten selbst übernommen werden kann, bis sich der durch den weiten Gehörgang völlig zu überblickende Hohlraum mit glatter Epidermis überkleidet hat. Ich kann aber wiederum constatiren, dass unter günstigen Umständen die Heilung in weniger als 6 Wochen erfolgen kann. Es hängt eben die längere oder kürzere Dauer der Ausheilung davon ab, ob es gelingt, wirklich alles Krankhafte im Knochen mit Meissel und scharfem Löffel zu entfernen. Ist dies gelungen, so geht die Ueberhäutung rasch von Statten, ohne dass es zu hartnäckiger oder übermässiger Granulationsbildung kommt. Bei so energischer Inangriffnahme des erkrankten Ohres ist es mitunter schwierig, den Nervus facialis und den Steigbügel mit der nöthigen Schonung zu behandeln, und in der That habe ich im Laufe der Jahre mehrfach vorübergehende Facialisparesen erlebt. Auch ist es mir 2 Mal passirt, dass der Steigbügel mitsammt der Platte herausbefördert wurde, merkwürdiger Weise, ohne dass es dabei zu starken Schwindelerscheinungen gekommen wäre. Nur bei einer Gelegenheit habe ich die Hautwunde gleich nach der Operation nur zur Hälfte vernäht und erst am sechsten Tage gänzlich geschlossen. Einige Monate zuvor hatte ich diesem Patienten, einem 22jährigen

Jüngling, der an chronischer Otorrhoe litt, den cariösen Hammer entfernt, ohne dass es zur Ausheilung gekommen wäre. Bei der Radicaloperation zeigte sich in der Decke des Antrum mastoideum ein stricknadeldickes Loch, das ein kleiner Polyp fast völlig ausfüllte. Die abgehogene Kupfersonde drang etwa 2 cm weit in das Innere des Schädels vor, ohne dass sich neuer Eiter gezeigt hätte. Während der Operation glaubte ich, dass die Sonde direct in das Gehirn eingedrungen sei, doch ist wohl eher anzunehmen, dass sie extradural am Knochen entlang geglitten ist. Immerhin behielt ich die Möglichkeit meningitischer Erscheinungen im Auge und vernähte nur zur Hälfte. Da aber auch dieser Fall reactionslos verlief, so konnte ich am sechsten Tage den Gazestreifen entfernen und die Hautwunde völlig vernähen. Ueberhaupt hatte ich im verflossenen Jahre weder bei den jetzt besprochenen noch bei den ausserhalb der Klinik operirten Fällen einen Todesfall zu verzeichnen, freilich kam auch kein Fall von Hirnabscess oder Sinus-Thrombose zur Beobachtung.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass, wie ich meine, in Folge des Umstandes, dass consequent die Hautwunde sogleich vernäht wurde, die Behandlungsdauer chronischer Fälle sich soweit verkürzen liess, dass die Fälle von acuter Mastoiditis, die mit Erhaltung der Gebilde des Mittelohres nach der ursprünglichen Schwartz'schen Methode operirt waren und mit Zurücklassung der vertieften Narbe ausheilten, zum Theil erheblich mehr Zeit erforderten, als jene.

Ausser diesen Patienten, die zum Zweck der Aufmeisselung in der Klinik Aufnahme fanden, litten 10 an chronischer Otorrhoe ohne schwere Complicationen. Ferner nenne ich 4 Patienten mit nervöser Schwerhörigkeit, 2 Kinder mit acuter eitriger Labyrinthaffection, die vor einigen Wochen ausserhalb unter schweren Allgemeinsymptomen erkrankt waren. Leider konnte die eingeleitete Schwitzkur in beiden Fällen nicht durchgeführt werden, da die Patienten schon nach wenigen Tagen wieder abgeholt wurden.

Schliesslich erwähne ich einen 9jährigen Knaben, der in beiden Ohren je einen Fremdkörper trug. Dieser Patient war mir schon 2 Jahre zuvor wegen Schwerhörigkeit zugegangen, aber nach dem ersten Versuch, die thrombusartigen Massen zu entfernen, fortgeblieben. Diesmal konnte sogleich die Diagnose auf Fremdkörper gestellt werden, die so fest eingekeilt waren, dass die Extraction nur in Narcose gelang. Dabei stellte sich heraus, dass es sich beiderseits um ein Maiskorn handelte, das wahrscheinlich schon 6 Jahre daselbst verweilt hatte.

---

## **Bemerkungen zu den in der Deutschen medicinischen Wochenschrift veröffentlichten „Otologischen Mittheilungen“ des Herrn Dr. L. Jankau.**

Von

Dr. Alfred Denker in Hagen i. W.

Die No. 37 der Deutschen medicinischen Wochenschrift enthält eine Arbeit von Herrn Dr. L. Jankau, betitelt: Otologische Mitthei-

lungen. Aus der Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten in München (Vorst. Priv.-Doc. Dr. Haug). Dieselbe giebt mir zu den nachstehenden Bemerkungen Veranlassung: In dem ersten Absatz seiner Ausführungen spricht Herr Jankau über Gehörsprüfungen und „stellt“ am Schlusse derselben „fest“, „dass die Angaben, ein normalhörender Mensch höre „Flüstersprache“ 20—25 m, nicht richtig sind und dass ein normalhörender Erwachsener eine Hörweite von 10—12 m für Flüstersprache (Worte) und etwa 14—15 m Flüstersprache (Zahlen) im Durchschnitt hat“. Wie diese Resultate sich ergeben haben, und vor Allem wie gross die Zahl der von ihm untersuchten, normalen Gehörorgane ist, welche ihn zu dieser „Feststellung“ berechtigt, führt Herr Jankau nicht an, sondern „hofft in Bälde weitere Details anderweitig geben zu können“. Wenn man derartige Behauptungen aufstellt, welche mit den Hörprüfungsergebnissen anderer anerkannt bedeutender Autoren (Bezold, Siebenmann, Weil u. A.) im Widerspruche stehen, und wenn man diese Behauptungen zugleich als Feststellungen bezeichnet, so halte ich es für practisch, dass dieselben sogleich und an derselben Stelle näher begründet und bewiesen werden, damit der Leser nicht zu der Ansicht gelange, die Untersuchungen der bisherigen Forscher in dieser Richtung seien mit weniger Sorgfalt ausgeführt, als der Herr Berichtende für seine eigenen Prüfungen jedenfalls in Anspruch nimmt.

Was meine eigenen Erfahrungen bezüglich der normalen Hörweite des menschlichen Gehörorgans für Flüstersprache betrifft, so möchte ich Gelegenheit nehmen, dieselben an dieser Stelle kurz zu streifen.

Mit Genehmigung der Kuratorien habe ich die sämtlichen Schüler und Schülerinnen der höheren Lehranstalten Hagens (im Alter von 9—25 Jahren) einer genaueren Prüfung ihrer Hörfähigkeit unterzogen, und zwar wurden im Ganzen 2500 Gehörorgane geprüft. Die Untersuchungen wurden in der Aula der verschiedenen Anstalten (Gymnasium und Realgymnasium, Fach- und Gewerbeschule und höhere Mädchenschule) bei absoluter Ruhe der Umgebung in der Weise vorgenommen, wie ich es Pfingsten cr. a. in Nürnberg auf der Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft mitgetheilt habe<sup>1)</sup>. Nach dem Vorgange Bezold's habe ich, um eine möglichst gleichmässige Schallintensität zu erzielen, bei dem Vorsprechen der Flüsterzahlen nur die Residualluft benutzt, welche bei einer nicht forcirten Expiration noch im Munde zurückbleibt. Bei abgewandtem Gesicht und fest verschlossenem andern Ohr wurden ein- und zweistellige Zahlen im Flüsterton vorgesprochen; diejenige Entfernung von dem zu Prüfenden, bei welcher derselbe sämtliche Zahlen zu percipiren im Stande war, wurde als seine Hörweite angenommen und aufgezeichnet. Das Resultat der Untersuchungen war folgendes: von 2500 Gehörorganen konnten 1134 Flüsterzahlen auf eine Entfernung von 20—25 m wahrnehmen und etwa  $\frac{2}{3}$ , also ca. 1600, hatten eine Perceptionsfähigkeit

---

1) cf. Denker: Die physiologische obere und untere Tongrenze. Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der 5. Versammlung in Nürnberg vom 22.—23. Mai 1896. Herausgegeben von Prof. Dr. K. Bürkner in Göttingen. Verlag von Gustav Fischer in Jena.

von mehr als 15 m für Flüsterzahlen. Bei der grossen Anzahl der Gehörorgane, welche, wie eben angeführt, mehr als 15 m Hörfähigkeit für Flüsterzahlen hatten, bin ich nicht in der Lage, dieselben als „Ausnahmefälle“ zu betrachten oder dieselben als durch Hyperacusis bedingt aufzufassen. Ebenfalls kann ich mich nicht zu der Annahme entschliessen, dass auch ich „speciell mit sehr feinhörigen Individuen operirt habe“, welche Möglichkeit Herr Jankau bei dem ersten Urheber der betreffenden Angaben (normale Hörweite für Flüstersprache — 20—25 m) als vorhanden anzusehen geneigt scheint. Aus dem Angeführten geht hervor, dass durch meine Untersuchungen, für welche ich 11½ Jahre hindurch, abgesehen von der Zeit der Schulferien, fast täglich 2 Stunden verwendet habe, die „Feststellung“ des Herrn Jankau bezüglich der Hörweite des normalen menschlichen Gehörorgans für die Flüstersprache keine Bestätigung findet.

Herr Jankau äussert ferner die Ansicht, dass möglicher Weise in dem Lärm der Grossstadt die Perception für Flüstersprache bei den Menschen sich verringert habe und lässt dabei vollständig ausser Acht, dass die Prüfungsergebnisse Bezold's — B. fand als normale Hörweite für Flüstersprache 20—25 m — bei Personen gewonnen wurden, welche in derselben Stadt (München) denselben Schädlichkeiten ausgesetzt waren, wie die von dem Herrn Berichtenden selbst Untersuchten; mir scheint eher die Möglichkeit vorzuliegen, dass der Lärm der Grossstadt (ich nehme an, dass sich die Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten noch im Reisingerianum befindet) Herrn Jankau bei seinen Untersuchungen gestört hat. Am Eingang seiner Ausführungen bezeichnet es Herr Jankau als auffallend, dass die Hörfähigkeit des normalen menschlichen Ohres für das Ticken der Taschenuhr bei verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben wird und fährt dann fort: „In der That hört die Durchschnittszahl Erwachsener das Uhr-ticken auf etwa 200 cm“. Auch für diese Behauptung werden keine weiteren Beläge gebracht. Der Leser muss sich daher damit begnügen, die Achtung zu bewundern, welche Herr Jankau vor der Zuverlässigkeit seiner eigenen Prüfungsergebnisse gegenüber den Resultaten anderer Autoren zeigt.

Zum Schluss sei es mir gestattet, noch ein paar Bemerkungen zu machen über das Instrument, das Herr Jankau zur Entfernung von im Gehörgang sich ansammelnden Cerumenmassen empfiehlt; Herr Jankau meint, es sei wünschenswerth, „ein Instrument zu besitzen, dass zum Entfernen von Cerumen dem Laien in die Hand gegeben werden kann, ohne dass er sich beim Gebrauch desselben verletzt“. Ich halte es für viel wünschenswerther, dass immer wieder auf die grossen Gefahren hingewiesen werde, welche mit der Einführung eines harten Instrumentes in den Gehörgang, besonders von Seiten eines Laien verbunden sind, und ich stelle mich voll und ganz auf den Standpunkt Kirchner's, der bei der Besprechung der Entfernung von Cerumenanhäufungen im Handbuch für Ohrenheilkunde sagt: „Von dem Gebrauche der Ohrlöffel, spatelförmigen Instrumenten, Curetten, Pincetten ist in solchen Fällen dringend abzurathen, da auf diese Weise sehr grosser Schaden angerichtet werden kann.“ Herr Jankau glaubt die Gefahrllosigkeit der Einführung seines Instrumentes dadurch docu-

mentiren zu können, dass er sagt, das Trommelfell werde selbst bei starkem Nachvordrängen in den Gehörgang doch nicht von dem Instrument berührt. Angenommen, dass wirklich durch „rotirende und andere Bewegungen“ keine Verletzungen im Gehörgang hervorgerufen werden können — wovon ich für meine Person jedoch nicht überzeugt bin —, so bleibt immer noch die grosse Gefahr bestehen, dass der Fremdkörper — denn das ist doch eine angesammelte Cerumenmasse — durch die instrumentellen Extractionsversuche tiefer in den Gehörgang hineingedrängt wird, und dass derselbe bei grösserer Gewaltanwendung das Trommelfell verletzen und perforiren kann. Aus diesem Grunde empfehle ich, bei der Entfernung von Cerumenmassen die altbewährte Methode des Ausspritzens beizubehalten, die nur sehr selten, besonders wenn man einige Tage hindurch durch Eingiessungen die harten Massen erweicht hat, im Stiche lässt; nur in diesen seltenen Fällen ist es nach meiner Ansicht erlaubt, unter Spiegelbeleuchtung mit Instrumenten, wie sie mehrfach angegeben worden sind, die Extraction zu versuchen.

---

## Schweizerische oto-laryngologische Gesellschaft<sup>1)</sup>.

Sitzung vom 30. Mai 1896.

Vorsitzender: Professor Siebenmann.

Schriftführer: Privatdocent Dr. Schwendt.

Begrüssung der Anwesenden durch Herrn Prof. Siebenmann.

Erschienen waren unter Anderen die Herren Prof. Secrétan (Lausanne), Docent Dr. R. Meyer (Zürich), Docent Dr. Jonquiére (Bern), Dr. Nager (Luzern), Dr. Neukomm (Bad Heustrich), Docent Dr. Lindt (Bern), Dr. Hegetschweiler (Zürich), Dr. E. Bischoff (Basel), Dr. Morf (Winterthur), Dr. Diem (St. Gallen), Dr. Viatte (Pruntrut), Dr. Mercanton (Montreux).

Prof. Siebenmann verliest einen Brief des Oberfeldarztes. Derselbe beantwortet das von den Schweizerischen Ohrenärzten und Laryngologen an ihn gestellte Gesuch, es möge dem ohrenärztlichen Theil des sanitarischen Ausmusterungsreglements eine zweckentsprechendere Gestalt gegeben werden, in entgegenkommendem Sinne.

Dr. Schwendt (Basel) demonstriert:

1) Eine Anzahl operirter Patienten. An den meisten derselben war wegen Caries und Cholesteatom die sogenannte radicale Felsenbeinoperation nach dem gegenwärtig von Schwartz und seinen Schülern geübten Verfahren vollzogen worden. Diese Fälle sind alle einer ersten Serie von 33 Operirten entnommen, die im Jahre 1892 begonnen wurde.

Es wurden ausserdem von dem Vortragenden noch vorgestellt einige Fälle von Mastoidoperationen, ausgeführt nach Influenza, ferner

---

<sup>1)</sup> Die Schweizerische oto-laryngologische Gesellschaft wurde anlässlich des Schweizerischen Aertztags am 4. Mai 1896 in Lausanne gegründet. Sie bildet eine Section der Schweizerischen Aerztesgesellschaft. Ihre Sitzungen sollen vorläufig mit denjenigen der letzteren zusammenfallen.

ein Fall von Sequestrotomie des Warzenfortsatzes nach Scharlach, endlich die bereits vor vier Jahren in der Versammlung des Schweizerischen ärztlichen Centralvereins demonstrierte Patientin mit doppelseitiger angeborener knöcherner Atresie der Choanen.

Der Geruchsinn dieser Patientin, der noch mehrere Jahre nach vollendeter Operation durchaus fehlte, hat sich innerhalb der letzten Jahre vollständig ausgebildet, so dass die Patientin unter anderem den Geruch verschiedener Blumen durchaus zu unterscheiden im Stande ist.

2) Instrumente.

a. Demonstration einer bis jetzt noch nicht vollständigen Stimmgabelreihe aus dem acustischen Institut von Appunn in Hanau a. M. Dieselbe soll zur Prüfung der continuirlichen Tonreihe dienen; die noch fehlenden Stimmgabeln sollen von Herrn Appunn demnächst noch ergänzt werden. Diese Stimmgabeln sind mit Laufgewichten und Schallbechern versehen, sehr handlich und können jede circa  $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{1}{2}$  Octave hervorbringen. Die Schwingungszahlen sind in bestimmten Intervallen auf der Gabel angegeben.

Für die tiefsten hörbaren Töne liefert Appunn Drahtstimmgabeln, die in ihrer jetzigen Gestalt noch sehr verbesserungsfähig sind.

Zur Prüfung der höchsten Töne, welche dem Tonbereich der Galtonpfeife entsprechen, dient eine Serie von 12 Pfeifchen. Diese Pfeifchen haben vor der Galtonpfeife den grossen Vorzug, dass die Schwingungszahl jeder Pfeife bekannt ist. Dagegen liefert jede Pfeife nur einen Ton. Nach der Mittheilung von Appunn sind sie frei von Obertönen und ihre Schwingungszahl ist bis auf 20 Schwingungen constant und mit der angegebenen Zahl übereinstimmend.

Ferner demonstriert der Vortragende die neue verbesserte Galtonpfeife von Edelmann.

b. Demonstration eines neuen Modells seines Injecteurs für den oberen Theil der Paukenhöhle, ferner eines neuen Modells einer Kehlkopfpolyphen-Zange und eines Bohrers für das Antrum Highmori mit cylindroconischer, nach Art der von den Zahnärzten gebrauchten Fraisen zugeschliffener Spitze. Diese Instrumente wurden nach Angabe von Dr. Schwendt von Herrn Fabrikanten Knoebel in Basel ausgeführt.

Prof. Siebenmann spricht sich gegen die Zweckmässigkeit der Appunn'schen Drahtstimmgabeln aus. Durch die Schwingungen derselben wird dem zu Untersuchenden zu viel Luft zugefächelt. Es kann in Folge dessen besonders leicht das Fühlen der Luftschwingungen mit dem Hören des Tons verwechselt werden, namentlich von Taubstummen, bei welchen die Prüfung der continuirlichen Tonreihe besondere Wichtigkeit hat.

Dr. Lindt (Bern) demonstriert einen neuen Gaumenhaken, den er seit einem halben Jahre mit Erfolg zur directen Besichtigung und Behandlung der hinteren oberen Wand des Nasenrachenraums gebraucht; er weist darauf hin, dass bis jetzt in den Lehrbüchern immer angegeben wird, die Untersuchung und Behandlung der Gegend der Rachentonsille, speciell des Recessus medius sei immer unter Spiegelbeleuchtung zu machen. Es ist dieses aber oft sehr schwierig und man sieht nicht selten keine klaren Bilder, besonders nicht, wenn das Tuberculum

culum atlantis vorspringt und einen Schatten auf die Recessusgegend wirft. Mit dem neuen Gaumenhaken gelingt es nun, wenn das Gaumensegel vorsichtig, langsam, aber energisch damit emporgezogen und dabei der Kopf stark nach hinten geneigt wird, in gerader Linie direct über die unteren Schneidezähne nach der Recessusgegend zu sehen und diese direct mit geraden Instrumenten zu behandeln. Cocain ist auch für die Untersuchung meistens erforderlich.

Die Rachentonsillengegend wird so, wie die Larynxhinterwand mittelst der Autoscopie nach Kirstein durch direct auffallendes Licht beleuchtet. Therapeutische Eingriffe sind überraschend leicht, ohne Gefahr der Nebenverletzung, am Recessus und von den Seitensträngen bis hinauf zum Tubenwulst auszuführen. Die Patienten ertragen den Haken gut, wenn er vorsichtig angelegt wird. Es ist derselbe bei Herrn Fabrikanten M. Scheerer in Bern zu beziehen.

Dr. Rudolf Meyer, Im Hof (Zürich) hat die directe Besichtigung der hinteren oberen Pharynxwandgegend schon seit längerer Zeit versucht. Sie gelingt mit Vorziehung des weichen Gaumens mittelst des Voltolini'schen Hakens unter Rückwärtsbeugung des Kopfes des Untersuchten bei aufsteigendem Beleuchtungsstrahl. Immerhin ist diese Vorziehung oft schmerzhaft und führt auch zu reactiver Contraction des obersten Constrictors des Pharynx, durch welchen der Einblick in den Nasenrachenraum verdeckt wird.

Empfehlenswerth ist statt Cocain die Verwendung von Eucain, das weniger künstliche Anämie der Schleimhäute bewirkt. Die Rinne des Lindt'schen Instruments begünstigt die Untersuchung.

Dr. Hegetschweiler (Zürich): Ein Fall von Bezold'scher Mastoiditis mit pyämischen Erscheinungen. (Referat.)

Circa vier Wochen nach Beginn einer acuten Otitis media traten unter Schüttelfrösten Metastasen in der linken Schulter und in der linken Lendengegend auf. Während die entzündlichen Erscheinungen in der Schulter spontan zurückgingen, entwickelte sich in der Tiefe der Lendenmüsculatur unter pyämischem Fieber ein Abscess, in welchem Dr. H. nach der Eröffnung dieselben Microorganismen (Diplococci einzeln und in Strepto-Anordnung) nachweisen konnte, wie im Ohreiter.

Im Anschluss an diesen Lendenabscess, der sich bereits in die Beckenhöhle zu senken begonnen hatte, trat unter neuem Emporschwellen der Temperaturcurve eine phlebitische Thrombose im linken Schenkel auf. Schliesslich, nachdem auch diese Complication überwunden war, bildete sich eine Anfangs circa handgrosse, derbe Infiltration an der unteren Fläche des Warzentheils, die langsam nach unten gegen den Schildknorpel und nach hinten bis zur Mittellinie vorrückte (Bezold'sche Mastoiditis). Nach Eröffnung des gebildeten Abscesses sistirte die Otorrhoe definitiv; dagegen blieb eine Fistel an der Spitze des Warzentheils zurück, weil eine radicale Ausräumung des necrotischen Herdes durch Aufmeisselung von den Angehörigen nicht gestattet wurde.

Der Fall illustriert die Nothwendigkeit sofortiger Eröffnung des Warzentheils, sobald zu einer acuten Otitis media pyämische Symptome mit oder ohne Metastasen sich hinzugesellen.



Dr. Jonquière (Bern) macht im Anschluss an diesen Vortrag die Mittheilung des folgenden Falles: Myositis des *M. sternocleido mastoideus* in Continuität mit Mastoiditis und Otitis media suppurativa acuta, eine Bezold'sche Mastoiditis vortäuschend.

Ein 48jähriger Landarbeiter wurde von Dr. J. am 4. Mai 1896 untersucht. Es waren nach fünfwöchentlicher Dauer der Otitis media acuta in der dritten Woche der Eiterung von neuem Schmerzen aufgetreten und es zeigte sich jetzt (am 4. Mai) eine starke brettharte, druckempfindliche Infiltration vom Processus mastoideus abwärts über die halbe Länge des Halses hinunter.

Die Eiterung des Ohres hatte vor wenigen Tagen sistirt. Der Processus mastoideus war noch etwas geschwollen und empfindlich, das Trommelfell noch stark infiltrirt, verstrichen und geröthet, aber geschlossen.

In Folge äusserer Umstände kam der Patient in das Inselspital.

Der diagnostisch wichtige Schluss des Krankheitsprocesses ist folgender: die inframastoide Infiltration ging auf Kataplasmen und einige Jodanstriche bald zurück und der Patient wurde nach 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Wochen geheilt entlassen.

Herr Dr. Niehans, der behandelnde Chirurg, konnte nach Abschwellung der Umgebung die länger zurückbleibende Infiltration des Kopfnickers in seinem Verlauf genau verfolgen und auch die Functionsstörung dieses Muskels ergab mit Sicherheit eine Myositis, welche das Bild einer Bezold'schen Mastoiditis täuschend nachgeahmt hatte.

Dr. Morf (Winterthur): Ein Fall von otitischen Hirnabscessen im Hinterhauptslappen. (Referat.)

Im Anschluss an eine acute Mittelohrentzündung ohne Perforation des Trommelfells und ohne Otorrhoe zeigten sich erst spät periostitische Erscheinungen. Aufmeisselung des vollständig compacten Warzentheils und Freilegung des kleinen Antrum, welches entzündlich geschwellte Schleimhaut, aber keinen Eiter enthielt. Nachdem die Mittelohrentzündung vollständig ausgeheilt und annähernd normale Hörweite eingetreten war, liessen Kopfschmerzen und Neuritis nervi optici auf eine intracranielle Eiterung schliessen. Nach zwei Monaten war letztere manifest. Die Diagnose war gestützt auf linksseitige Hemiparalyse und Hemianästhesie bei Fehlen von Hemipopie. Es wurde ein Abscess im rechten Schläfenlappen angenommen. Die Section ergab zwei Abscesse im rechten Occipitallappen.

Prof. Siebenmann demonstrirt:

1) Eine Anzahl geheilter Cholesteatomkranker, welche von dem Vortragenden theils nach seiner, theils nach Körner's Methode operirt worden sind und bei welchen die Trommelfelle erhalten worden sind oder sich regenerirt haben.

2) Macroscopische und microscopische Präparate von Stapesankylose und von Atrophie des Nervus cochlearis.

3) Einen Metallausguss der Nase mit ihren Nebenhöhlen, an welchem der obere Nasengang direct an die Orbita anstösst ohne Zwischenlagerung von Siebbeinzellen. Es ist durch dieses Präparat ersichtlich,

wie gewisse, neuerdings empfohlene operative Eingriffe in der Nase mit der Gefahr einer Verletzung der Orbita verbunden sind.

4) Eine eigene Modification des Gottstein'schen Ringmessers<sup>2)</sup> mit schief gestellter Klinge, mit welcher ebenfalls demonstrierte Rachen-tonsillen besonders fester Consistenz in toto entfernt worden sind.

5) Die Bezold-Edelmann'sche Pfeife mit verstellbarer Zunge und die tiefste Stimmgabel Bezold-Edelmann's zur Bestimmung der unteren Tongrenze. Der Vortragende gibt diesen Instrumenten vor den Appunn'schen den Vorzug.

6) Demonstration von Patienten mittelst des Kirstein'schen Autoscop.

Dr. Jonquière wendet sich gegen den von Kirstein gewählten Namen „Autoscopie“. Derselbe hat eine ältere Bedeutung und bezieht sich in allen analogen Anwendungen des Wortes stets auf die von dem Untersuchenden an sich selbst vorgenommene Untersuchung.

Im Bericht über die letzte Versammlung der British medical association S. C. B. C., Juni-Nummer, wird z. B. von einer neueren Form des „älteren Autoscopis von Czermak“ gesprochen.

Die glückliche Erfindung Kirstein's verdient einen sachgemässeren, weniger zu Verwechslungen Veranlassung gebenden Namen; Orthoscopia laryngis (von ὀρθός = gerade) wäre gewiss eine bessere Bezeichnung. Von dem anderen griechischen Worte ὀρθίος = geradeaus oder abwärts, abschüssig, liesse sich noch genauer das Wort Orthioscopia bilden. Weil aber das Wort ὀρθίος sonst in den modernen Sprachen nicht vertreten ist, wäre „Orthioscopia“ jedenfalls vorzuziehen.

Prof. Secrétan (Lausanne) theilt der Gesellschaft mit, dass die Sammelliste zu Gunsten des W. Meyer-Denkmal (W. Meyer in Kopenhagen, „l'inventeur“ des végétations adénoïdes, wie er scherzweise genannt wurde) bis jetzt 160 Franken ergeben habe. Er bittet die Collegen, welche bis jetzt noch keinen Beitrag geliefert haben, es jetzt thun zu wollen. Es sind sodann noch 30 Frs. eingegangen.

Der Vorsitzende bedankt sich für die gehaltenen Vorträge und Demonstrationen und fragt an, ob schon bekannt sei, wo die nächste centralärztliche Versammlung stattfindet, was verneint wird.

Dem Programm gemäss hätte noch eine Besichtigung der neuen klinischen Abtheilung für Ohren- und Halskranke des Bürgerspitals unter Leitung des Oberarztes Prof. Siebenmann stattfinden sollen. Der vorgerückten Zeit wegen konnte dieser Besuch von den Anwesenden in corpore nicht mehr vorgenommen werden. Dr. Schwendt.

---

<sup>2)</sup> Zu haben beim Fabrikanten Knoebel in Basel.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

## Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Schluss zu No. 6.)

### Otalgia.

Bei allen in dieses Capitel gehörenden Fällen war für die Therapie das ätiologische Moment (Zahncaries, Rhinitis, Pharyngitis, Angina, Laryngitis, Neuralgien etc.) maassgebend. Ueberdies wurden symptomatisch schmerzlindernde Mittel angewendet, so Amygdalae aurium, mit Liquor Burowi getränkte Gazestreifen und Einreibungen mit narcotischen Substanzen. —

### Morbus Ménièrei.

Die verzeichneten Fälle betrafen Caissonarbeiter, die unter hohem atmosphärischen Drucke arbeiteten; die Labyrinthtaubheit trat aploectiform auf und wurde auf eine Labyrinthblutung zurückgeführt. Ueber dieselben wurde theilweise von Dr. Alt in dieser Monatsschrift berichtet. Weitere Mittheilungen erfolgen in einer späteren Abhandlung.

### Affectio labyrinthica.

Bei allen Fällen, welche unter dieser Diagnose zusammengefasst werden, wurde eine sorgfältige Anamnese behufs Feststellung eines eventuellen ätiologischen Momentes erhoben. Als solche wurden nachgewiesen oder angegeben: Lues hereditaria, Lues acquisita, Typhus, „fiebrhafte Krankheit“, Mumps, Diphtheritis ohne Ohrenfluss, der Beruf (Schlosser, Kesselschmied, Metallschleifer), Abfeuern eines Geschützes (ein Fall einseitig, ein Fall beiderseitig).

In den meisten Fällen wurde eine Prüfung auf die galvanische Erregbarkeit des Acusticus ausgeführt; die bisherigen Untersuchungsergebnisse gestatten noch keine sicheren Schlussfolgerungen und werden seiner Zeit veröffentlicht.

### Surdomutitas.

Bei Taubstummheit wurden therapeutische Maassnahmen verschiedenster Art versucht. Jodkali, Jodsalben, Pilocarpin-Injectionen etc. In vereinzelt, namentlich frischen Fällen wurden Besserungen constatirt, wobei es dahingestellt bleiben muss, ob die Erfolge als ein post hoc oder propter hoc zu betrachten sind. Auch methodische Hörübungen wurden, so wie in früheren Jahren empfohlen, in manchen Fällen auch an der Klinik geübt. Bei Patienten, welche einen Rest von Hörvermögen besaßen, konnte eine Besserung des Gehörs bis zu einem gewissen Grade erzielt werden. In Fällen, wo absolut keine Spur von Hörvermögen nachweisbar war, konnte eine Besserung entweder gar nicht erzielt werden oder aber eine so minimale, dass die darauf verwendete Mühe sich durchaus nicht lohnte; erfahrungsgemäss gehen sogar in solchen Fällen diese geringen Gehörszunahmen wieder verloren. Immerhin sollen solche Uebungen bei jedem mit einer Spur von Hörvermögen versehenen Kranken durch längere Zeit vorgenommen werden.

## Academy of Medicine in New-York.

Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Vorsitzender: Dr. D. Bryson Delavan.

Demonstration von Instrumenten.

Dr. H. Rupp zeigt ein aus 2 silbernen, durch ein goldenes Band verbundenen Cylindern oder Bechern bestehendes Instrument, welches für Carbol- oder Creosotinalationen gebraucht werden soll, aber auch als Obturator dienen kann. Die Cylinder müssen die Nasenöffnung völlig ausfüllen.

Dr. H. Goodwillie zeigt ein aseptisches und verstellbares Metallband für den Stirnspiegel.

Ein Fall von Angiom der Nasenscheidewand.

Dr. W. Freudenthal berichtet über einen blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Die microscopische Untersuchung ergab ein Angiom.

Dr. Jonathan Whright glaubt, dass unter den benignen Tumoren des Septums die Angiome am häufigsten sind.

Multiple Larynxpapillome.

Dr. W. F. Chappel stellt ein kleines Mädchen vor, bei dem zahlreiche Larynxpapillome nach einer wegen acuter Laryngitis nothwendig gewordenen Tracheotomie bis auf kleine Reste im Laufe von 6 Monaten verschwanden. Es bestanden noch, aber auch kleiner geworden, je ein Gewächs in der vorderen Commissur und im subglottischen Raum, nach deren Entfernung der Kehlkopf jetzt ein durchaus normales Bild bietet.

Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst Aufpinselung und submucösen Injectionen von Buchenholz-Creosot. Beschreibung einer geeigneten Kehlkopfspritze.

Dr. W. F. Chappel wendet mit Vortheil eine ölige Creosotlösung an in folgender Zusammensetzung:

Creosot	1,0—2,0
Ol. Ricini	3,0
Ol. Gaultherine	1,0
Ol. hydrocarbon.	1,0,

eine klare, nicht reizende Flüssigkeit von angenehmem Geruch und Geschmack. Während sie in leichteren Fällen einfach mit Spray oder Pinsel applicirt wird, wendet Ch. in schwereren Fällen (Ulcerationen, hohe Abendtemperaturen) submucöse Injectionen nach vorheriger Reinigung und Cocainisirung des Kehlkopfes an. Ein über die Spritze gezogenes Gummiröhrchen soll verhüten, dass die Spitze tiefer als gewünscht eindringt. Ein Tropfen genügt alle 5—6 Tage. Beschwerden gering. Nebenher soll ein 10 proc. Creosotspray täglich gebraucht werden. Die Injectionen sollen einen günstigen Einfluss auf Dysphonie, Dysphagie, Husten, Infiltrationen und Hypertrophien ausüben, Ulcerationen heilen und die Granulationsbildung befördern.

Dr. Beverley Robinson hat bei Kehlkopftuberculose mit allen empfohlenen Behandlungsmethoden schlechte Erfahrungen gemacht.

Er hat keine Heilung gesehen, wohl aber Steigerung der Beschwerden nach energischer Localbehandlung. Er empfiehlt Creosotgebrauch in Form von Inhalationen, indem man auf heissem Wasser einen Theelöffel einer 10proc. alcoholischen Creosotlösung verdunsten lässt. Von submucösen Injectionen hält er nichts.

Dr. Andrew Smith hat in einem Falle sehr günstigen Erfolg von den submucösen Injectionen gesehen und empfiehlt sie auch für andere Formen chirurgischer Tuberculose, namentlich Lupus.

Dr. Charles H. Knight hat auch unter anderen Behandlungsmethoden (Menthol. guajacol., Milchsäure) schöne Erfolge gesehen. Er mahnt, die tuberculöse Diathese nicht ausser Acht zu lassen.

Dr. Beverley Robinson betont ebenfalls, dass die constitutionelle Erkrankung durch irgendwelche Localbehandlung nicht beeinflusst wird. Er empfiehlt nochmals die Creosotinhalationen als den bequemsten Weg, Creosot dem Körper einzuverleiben. Die in Deutschland empfohlenen hohen Creosotdosen erklärt er für amerikanische Mägen ungeeignet.

Dr. K. Simpson meint, dass man, bevor man sich auf die Heilkraft des Creosots berufen könne, nachweisen müsse, dass es wirklich auf tuberculöses Gewebe destructiv einwirkt.

Dr. Rob. Ayler hält die submucösen Injectionen für diejenigen Fälle passend, in denen Tuberkel unter der Schleimhaut liegen.

D. Jon. Wright hat niemals Erfolge bei Kehlkopftuberculose gehabt. Er glaubt übrigens, dass submucöse Injectionen schon in Deutschland versucht sind.

Dr. A. H. Smith hebt hervor, dass selbst bei vorgeschrittener Lungenaffectio die Behandlung des Kehlkopfes die Leiden der Kranken mildert.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Ein Fall von Chlorom beider Schläfenbeine, beider Sinus sigmoidei und beider Orbitae, eine otitische Phlebitis des Sinus cavernosus vortauschend.** Von O. Körner (Rostock). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXIX, 1. u 2. Heft.)

Bei einem bis dahin gesunden 6jährigen Knaben stellten sich innerhalb zweier Monate neben heftigem Kopfschmerz beiderseitiger Exophthalmus, Abducenslähmung, Stauungspapille und Dilatation der Stirnvenen ein, ausserdem Schwerhörigkeit, welche durch citrige Mittelohrentzündung bedingt war; linker Warzenfortsatz bei Druck schmerzhaft. Dieser Symptomencomplex legte die Vermuthung nahe, dass es sich um eine otitische Phlebitis des Sinus cavernosus handle, wobei allerdings die Möglichkeit offen gehalten wurde, dass die Stauungserscheinungen auch durch Druck eines Gehirntumors auf die Sinus hervorgerufen sein könnte. Als sich nach wiederholter linksseitiger Paracentese und reichlicher Eiterentleerung aus dem Ohre Fieber und

Ohrschmerz stetig steigerten, wurde zur Eröffnung des linken Warzenfortsatzes geschritten, doch musste die Operation noch vor Eröffnung des Antrum wegen bedrohlicher Collapserscheinungen aufgegeben werden. Die nächsten 4 Wochen war das Befinden schwankend, bis plötzlich unter Steigerung der Schmerzen und Auftreten der Nackensteifigkeit innerhalb 24 Stunden der Tod eintrat. Die Section ergab die vermuthete otitische Sinusphlebitis nicht, wohl aber fand man beide Sinus transversi in ihren den Schläfenbeinen anliegenden Theilen durch grün gefärbte Tumoren, die von der Sinuswand ausgingen, fast vollständig verstopft. Aehnliche Tumormassen waren, von der Schädelbasis ausgehend, in die Schläfenbeine hineingewuchert. Auch das Keilbein war mit der Tumormasse durchsetzt. Ferner fanden sich im hinteren Theile beider Augenhöhlen haselnussgrosse Geschwülste und ebensolche in den Temporalmuskeln. Die microscopische Untersuchung bestätigte die schon wegen der grünen Farbe der Geschwülste macroscopisch gestellte Diagnose: Chlorom.

Es dürfte wohl von Interesse sein, an einen Parallelfall zu erinnern, welcher in der 2. Augustnummer der Berl. klin. Wochenschrift vom J. 1882 von Behring und Wicherkiewicz mitgetheilt worden ist. Es handelte sich um ein Chlorom, welches seinen Ausgang wahrscheinlich vom Keilbeine aus genommen und von hier aus Fortsätze nach der Augenhöhle (starker Exophthalmus), der Nasenhöhle (Obturation der Choanen), in die rechte mittlere Schädelgrube geschickt, sowie Metastasen in den verschiedensten inneren Organen gesetzt hatte; zugleich war die Neubildung, in den Canälen der Schädelbasis fortkriechend, auf die rechte Felsenbeinpyramide fortgewuchert und durch das Tegmen tympani, entlang den dasselbe durchsetzenden Gefässcanälen, in die Paukenhöhle mit consecutiver Perforation des Trommelfells vorgedrungen.

Keller.

---

**Ausspülung und Verband des Ohres und der Nase.** (Lavages et pansements de l'oreille et du nez.) Von Dr. Jouslain. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, Heft 2.)

Beschreibung einiger, den gewöhnlichen Spritzflaschen und Pulverisateuren ähnlicher Apparate, mittelst deren sich die Patienten Nase und Ohr leicht durch Zusammendrücken eines Kautschuk-Ballons selbst reinigen können.

Beschorner.

---

### b) Rhinologische:

**Hirnsinusthrombose als Complication der Ohrenerkrankungen.** Von Dr. P. J. Moellinsky. (Medicinskoje Obosrenje No. 7, 1896.)

Nach einer Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie der otitischen Hirnsinusthrombosen beschreibt Verf. zwei Fälle aus seiner Praxis. In dem einen Falle gelang es durch rechtzeitige Entleerung eines zerfallenen Thrombus des Sinus transversus den Pat. (7jähriger Knabe), bei dem bereits Coma bestand, zu retten. Der andere, ein 25jähriger Mann, ging zu Grunde, da man sich nur mit Aufmeisselung des Warzenfortsatzes begnügt hatte.

Gorodecki.

**Rhinophima.** Von R. W. Butz. (Letopis russk. Chirurgii No. 1, 1896.)

Bei einem 62jährigen Manne entwickelte sich im Laufe von 20 Jahren ein kolossaler blaurother Tumor an der Nasenspitze, der aus erweiterten Gefässen und Talgdrüsen, welche ein übelriechendes Secret absonderten, bestand. Heilung durch Operation. Gorodecki.

---

**Zur Behandlung der Septum-Abscesse.** (Note sur le traitement des abcès de la cloison.) Von Dr. Herck in Paris. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, No. 4, Juli-Aug.)

Drei Fälle, deren erster eine Dame betraf, welche ohne irgend welche erbliche Belastung oder irgend welche andere nachweisbare Ursache, als starke Erhitzung gelegentlich einer anstrengenden Bicyclefahrt, an einem umfangreichen Abscesse der Nasenseidewand erkrankte: während die zwei anderen sich auf Kinder von 5 und 6 Jahren beziehen, bei denen die traumatische Ursache (Schlag auf die Nase) nachgewiesen war. Durch missgünstige Erfahrungen in zweien seiner Fälle gewarnt, rath H., bei grossen Hämatomen möglichst tief, eventuell in beiden Nasenhöhlen zu incidiren und nach Entleerung zu drainiren, um vorzeitiger Vernarbung der Incisionswunde und Eiterretention vorzubeugen. Beschorner.

---

**Naso-palatine Ectopie des rechten ersten oberen Mahlzahnes.** (Ectopie naso-palatine de la première molaire supérieure droite.) Von J. Boulai. (Arch. internat. der Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, Heft 2.)

Bei einem 22jährigen Manne wurde in einer Ausbuchtung des harten Gaumens, welche mit der Nasenhöhle communicirte, ein Mahlzahn gefunden, welcher zweifellos durch einen Schlag, welchen der Kranke 6 Jahre zuvor auf die Nase erhielt, dahin gelangt war, sich lange Zeit latent verhalten, später aber zu Knochencaries und zu einem Defecte des harten Gaumens geführt hatte. Beschorner.

---

**Ueber Electrolyse der hinteren Muschelenden.** (De l'électrolyse des queues de cornet.) Von Dr. P. Helat. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. IX, No. 2, 1896.)

Beschreibung seines zur Verkleinerung der hinteren Nasenmuschelenden jetzt ausschliesslich angewandten electrolytischen Verfahrens, mit welchem er, seiner Angabe nach, ohne dem Patienten wesentliche Schmerzen zu bereiten, vortreffliche Erfolge erzielt. Die Anwendung soll leicht, die Behandlungsdauer kürzer, das Resultat besser als bei irgend einer anderen Operations-Methode sein. Beschorner.

---

**Eine Cyste der Highmorshöhle.** Von W. W. Lesin (aus Luga). (Letopis russk. Chirurgii No 1, 1896.)

Bei einem 40jährigen Manne entwickelte sich ein die linke Highmorshöhle colossal ausdehnender Tumor, der Anfangs als Sarcom impirnte, sich bei der Operation jedoch als Cyste erwies. Heilung. Gorodecki.

---

### c) Pharyngo-laryngologische:

#### **Eine Blutcyste des Halses.** Von A. Deschin. (Detskaja Medicina No. 4, 1896.)

Verf. beschreibt einen im Moskauer Chludow'schen Kinderhospital beobachteten und operirten Fall von Blutcyste des Halses, welche seit 3 Jahren bei einem 6jährigen Mädchen bestand und sich nach einem Hustenanfall plötzlich bedeutend vergrösserte. Bei der Exstirpation erwies sich dieselbe als mehrkammerige, mit Endothel ausgekleidete, der Vena jugularis externa dicht anliegende Blutcyste, weshalb Verf. geneigt ist, sie nach der Nomenclatur von Delbet als Angiome phlébogène d'Esmarch, die sich bekanntlich aus den Vasa vosorum der Halsvenen entwickeln, aufzufassen. Die Heilung erfolgte per primam in 10 Tagen.

Gorodecki.

---

#### **Cervicalfistel mit dem Pharynx in Verbindung.** (Cas de fistule cervicale communiquant avec le pharynx.) Von Dr. Wyatt Wingrave (Assoc. britannique de laryngologie et rhinologie, Séance du 12 Octobre 1894 und Revue de laryngologie et de rhinologie 1895, No. 5.)

Innere Oeffnung im Mittelpunkt der linken Mandel, äussere Oeffnung hinter dem linken Unterkieferwinkel:

Dr. P. K.

---

#### **Einige Bemerkungen über Pharynxtuberculose.** (Quelques remarques sur la tuberculose pharyngée.) Von Dr. A. Rosenberg. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 22.)

Verf. betont, dass die Pharynxtuberculose nicht gar so selten ist, als man früher annahm. Seitdem Isambert und B. Fraenkel selbe beschrieben haben, wird sie auch häufiger von den Autoren erwähnt. Verf. fand sie in  $\frac{1}{1000}$  von Fällen in der Berliner Poliklinik; er giebt die genaue Beschreibung, namentlich die Differentialdiagnose mit Lupus; die Schwierigkeit der Diagnose bei gesunden Lungen und gesundem Larynx wird namentlich hervorgehoben. Die Arbeit wird am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

---

#### **Zwei Fälle von angeborener Hypertrophie der Zunge.** (Deux cas d'hypertrophie congénitale de la langue.) Von Dr. Walter. (Manhattan eye and ear hosp. reports und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Der erste Fall betrifft einen 35jährigen Mann, dessen von Geburt aus hypertrophische Zunge bei jeder Verdauungsstörung noch dicker und blau wurde; die Anfälle wurden so stark, dass man an die Tracheotomie dachte. Der zweite Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen, dessen von Geburt aus hypertrophische rechte Zungenhälfte bei jeder Verdauungsstörung und während jeder Menstruation sich noch verdickte. Verf. giebt in beiden Fällen die Blutgefässerweiterung als Ursache der Vergrösserung, während es doch heute allgemein bekannt ist, dass die lymphatische Störung immer die Ursache solcher Hypertrophien ist.

Dr. P. K.



**Ueber acute Entzündung der Zungenmandel.** (De l'inflammation aigue de l'amygdale linguale.) Von Dr. R. Beausoleil. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 28.)

Kommen bei normaler, mehr aber bei hypertrophischer Zungenmandel vor; sie sind oft infectiöser Natur; treten gewöhnlich plötzlich, seltener subacut auf unter den gewöhnlichen Symptomen. Schlingbeschwerden, welche bald in Schmerzen ausarten und auffallender Weise von den Kranken tiefer, als der Sitz der Mandel ist, verlegt werden; die Schmerzen bestehen später beim Schlucken von Flüssigkeiten und sogar von Speichel. Phonation und Respiration sind nur bei Weiterschreiten des Leidens beeinträchtigt. Die Diagnose kann nur durch das Laryngoscop gestellt werden. Verlauf wie bei der gewöhnlichen Angina; Eiterung seltener und dann Dauer länger. Nach der Heilung muss man das hypertrophische Gewebe, um Recidive zu vermeiden, mittelst Jod, Resorcin u. s. w. zu reduciren suchen.

Dr. P. K.

---

**Behandlung der verschiedenen Krankheiten des Respirationstractus durch intratracheale Injectionen.** (Traitement des diverses maladies des voies respiratoires par les injections intratrachéales.) Von Dr. Thomas. (Revue de laryngologie et de rhinologie 1894, No. 20, und Marseille médical.)

Verf. kommt am Ende seiner langen Arbeit zu folgenden Schlüssen: Die intratrachealen Einspritzungen von Mentholöl, Gaijacöl und Jodoformöl haben eine nicht zu leugnende Wirkung bei chronischer Bronchitis, bei foetider Bronchitis, bei torpider Lungentuberculose im Anfangsstadium. Sie bringen vorübergehende Besserung bei vorgeschrittener Lungentuberculose, scheinen aber bei acuter Tuberculose zu schaden.

Dr. P. K.

---

**Urämische Aphasie.** (Aphasie urémique.) Von Dr. Rendu. (Société médicale du hôpitaux, Séance du 27 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 17.)

Apoplectischer Anfall bei Albuminurie und Herzfehler. Aphasie. Nach einigen Tagen Dyspnoe mit Cheyne-Stokes'schem Athmen, ohne dass Lungensymptome vorhanden waren; es bestand also toxische Dyspnoe. Die Aphasie verschwand allmählig und es trat relative Heilung ein.

Dr. P. K.

---

**Zur Aetiologie der Struma.** (Uebersicht von 16 Fällen von Entfernung der Struma.) Von E. K. Ika witz. (Letopis russk. Chirurgii No. 1, 1896.)

Verf. beschreibt sehr ausführlich 16 Fälle von Strumectomie, die im Verlaufe von 10 Jahren im I. städtischen Hospital in Moskau von J. D. Saritschew ausgeführt wurden. Unter diesen Fällen befinden sich auch zwei Fälle von Sarcom der Schilddrüse. Es wurde in allen Fällen (auch den malignen) nur die Thyreoidectomia partialis ausgeführt (in 11 Fällen intracapsulär). Von den Operirten starben drei (die beiden Fälle von Sarcom und ein Fall, wo der Pharynx verletzt wurde,

an *Mediastinitis purulenta postica*). Im zweiten Theil seiner Arbeit beleuchtet Verf. die verschiedenen Theorien über Entstehung der Struma und sucht seine Ansicht zu begründen, gemäss welcher alle Fälle von Struma (vielleicht mit Ausnahme der *Struma maligna*) auf Arteriosclerose beruhen sollen.

Gorodecki.

---

**Zur Aetiologie der acuten Entzündungen der Schilddrüse (Thyreoiditis, Strumitis).** Von Prof. G. Turner. (Wratsch No. 30, 1896.)

Nach einem Ueberblick über die Literatur der Frage und die historische Entwicklung der Ansichten über die Aetiologie der Thyreoiditis berichtet Verf. über einen von ihm beobachteten Fall. Es handelte sich um eine 51jährige Frau, bei der im Anschluss an gastrische Störungen sich eine acute Entzündung einer Struma parenchymatosa, die von Pat. seit ihrer Jugend getragen wurde, entwickelte. Es kam zur Abscedirung; im Eiter fand sich nur der *Staphylococcus aureus*. Verf. fasst den Fall als Resorptionsinfection im Darmcanal auf.

Gorodecki.

---

**Scirrhus glandulae thyroideae mit zahlreichen Metastasen.** Von Prof. Dr. Chiari. (Verein deutscher Aerzte in Prag und Wiener medicinische Presse 1896, No. 14.)

Bei einer 63jährigen, in bewusstlosem Zustande in's Krankenhaus gebrachten Frau fand man nach längerer Untersuchung ausser frischer Blutung in der Grosshirnhemisphäre über den ganzen Körper verbreitete Krebsmetastasen, welche von einem primären linksseitigen, knochenharten, geschrumpften, die Schilddrüse kaum vergrössernden Fibrocarcinom des Corpus thyroideum ausgingen. Practisch wichtig in diesem Fall ist die schon von Billroth festgestellte Thatsache, dass das primäre Carcinom der Schilddrüse sich nicht durch Vergrösserung des Organs bemerkbar macht.

Hiermit steht auch die längst von den Praktikern bemerkte Thatsache in Einklang, dass nämlich kleine harte Knoten der Schilddrüse viel gefährlicher sind, als die grossen, den Patienten verunstaltenden Kröpfe.

(Der Referent.)  
Dr. P. K.

---

**Ueber die Anwendung von Injectionen mit Schilddrüsenextract bei 9 Fällen von Morbus Basedowii.** Von A. G. Bogrow. (Südrussische Medicinalzeitung No. 3, 4, 5, 1896.)

Verf. erzielte in allen Fällen mehr oder weniger bedeutende Besserung bald eines, bald mehrerer, bald sogar aller Symptome. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Struma und der Exophthalmus können sich vollständig zurückbilden. Am schwierigsten ist das Herzklopfen zu beeinflussen. Verf. verwirft die Darreichung per os.

Gorodecki.

**Ueber die gutartige Mycosis des Rachens und ihre Behandlung.**  
(Mycosis bénigne de l'arrière gorge et son traitement.) Von Dr. Percepid. (Bull. général de thérapeutique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Nachdem Verf. die gewöhnliche Symptomatologie, zu welcher er nichts Neues hinzufügt, gegeben, kommt er zur Behandlung, bei welcher er die Chromsäure als das beste Mittel, nach der Methode von Wagner, empfiehlt. Diese Methode, welche man Perlmethode nennt, besteht darin, dass man am Ende einer Pharynxsonde einige Chromsäurecrystalle anschmilzt und diese Perle auf jedes Büschel aufsetzt, die gesunden Gewebe aber immer schonend. Wenn die betreffende Stelle gelb wird, so genügt es. Man soll bloß einmal per Woche brennen.

Dr. P. K.

**Plötzlich eintretender Croup bei einem siebenjährigen Kinde, welches mit Larynxpapillomen behaftet war. Intubation während drei Wochen; dann erst Tracheotomie.** (Croup d'emblée chez un enfant de sept ans, atteint des papillomes du larynx. Intubation pendant trois semaines, puis trachéotomie.) Von Dr. Luc. (France médicale und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 6.)

Ein seit langer Zeit mit Larynxpapillomen behaftetes siebenjähriges Kind bekam plötzlich Croupmembranen in den Larynx, welche Membranen nicht diphtheritischer Natur waren, aber dennoch gefährliche Stenose bewirkten. Die immer sich erneuernden Membranen machten die Intubation drei Wochen lang nöthig. Zwanzig Tage nachdem die Larynxröhre entfernt war, trat plötzlich Larynxspasmus ein, welcher die Tracheotomie erheischte; das Kind wollte sich der Intubation nämlich nicht mehr unterwerfen. Augenblicklich trägt das Kind die Canüle noch. Verf. will die Papillome durch Laryngofissur entfernen.

Dr. P. K.

**Behandlung der diphtheritischen Angina mittelst Sublimat in Glycerin aufgelöst.** (Traitement de l'angine diphtérique par le sublimé en solution dans la glycérine.) Von Dr. Goureau. (Mercredi médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Durch die gute Wirkung solcher Bepinselungen bei Blepharitis bestärkt, in welcher Form das Sublimat sehr wenig caustisch ist, wandte Verf. diese Bepinselungen bei Diphtheritis an. In frischen Fällen besteht die Lösung in 1:30, bei etwas vorgeschrittenen Fällen 1:20. In leichteren Fällen wird alle 12, in schweren Fällen alle 6 Stunden bepinselt; gleich nach dem Bepinseln wird die übrig bleibende Flüssigkeit aus dem Rachen mittelst baumwollenem trockenen Pinsel abgewischt. Natürlich werden nicht alle Diphtheritisfälle hiermit geheilt, aber auffallend ist das schnelle Aussterben, Sichaufrollen und Abfallen der Membranen; selbe reproduciren sich nicht leicht wieder.

Dr. P. K.

**Phlegmonöse Angina mit Bacillus coli.** (Angine phlegmoneuse avec coli-bacille.) Von Dr. F. Widal. (Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux u. Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Nach spontaner Eröffnung machte Verf. Gelatinculturen von einem frischen Eitertropfen und brachte einen Colibacillus hervor, welcher das Meerschweinchen in weniger als 24 Stunden tödtete, wenn man letzterem 1 Cctm. einer 24 Stunden alten Fleischbrühecultur einspritzte.

Dr. P. K.

**Ueber sogenannte Streptococcusangina.** (Des angines dites à streptocoques.) Von Dr. Widal und Dr. Besanson. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 13 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 15.)

Bekanntlich können Streptococci jahrelang in den Mandeln bestehen, ohne irgend eine Reactionserscheinung hervorzurufen; diese unschuldigen Streptococci kann man beim besten Willen trotz aller Experimente nicht von denen bei bösartiger sogenannter Streptococcusangina unterscheiden, ob bei letzteren die Streptococci allein oder mit anderen gemischt vorkommen. Wenn also die Bacteriologie somit soweit vorgeschritten ist, um uns rasch eine reine Diphtheritisangina zu diagnosticiren, so ist es ihr dennoch bis jetzt nicht gelungen, eine reine Streptococcusangina durch sich allein darzuthun. Uns also auf die Bacteriologie allein stützend, könnten wir nur zweierlei acute Anginen, nämlich die diphtheritische und nichtdiphtheritische, annehmen. Einstweilen und vielleicht noch lange bedürfen wir also der klinischen Symptome (Aussehen, Entwicklung der Pseudomembranen, Entstehen der Krankheit), um die nichtdiphtheritische und diphtheritische Angina unter sich zu unterscheiden.

Dr. P. K.

**Ein Fall von Diphtherie bei einem neugeborenen Kinde.** Von A. A. Polievktow, Assistent der Moskauer Kinderklinik. (Detskaja Medicina No 3, 1896.)

Verf. beschreibt einen Fall von Nasendiphtherie bei einem vierwöchentlichen Kinde mit unbedeutender Betheiligung des Rachens. Der bacteriologisch diagnosticirte Fall von reiner Diphtherie (keine Mischinfection) heilte unter zweimaliger Injection von Serum (500 Einheiten, Tags darauf noch 300) aus dem Moskauer Institut.

Gorodecki.

**130 Fälle von Diphtherie in der Landpraxis, behandelt mit Serum.** Von M. W. Gornow. (Detskaja Medicina No. 3, 1896)

**102 Fälle von Diphtherie in der Landpraxis, behandelt mit Serum.** Von M. A. Tschlenow. (Detskaja Medicina No. 3, 1896.)

Beide Arbeiten geben die üblichen statistischen Zusammenstellungen. Das Sterblichkeitsverhältniss betrug bei Gornow 13,8 pCt., bei Tschlenow 15,6 pCt. Beide Autoren heben übereinstimmend den Segen der Serumbehandlung speciell für die Verhältnisse der Landpraxis in Russ-

land hervor, wo Desinfection und Isolirung selten durchführbar sind und auch ärztliche Hilfe oft nur in Form eines einmaligen Besuches der von der Krankheit heimgesuchten Ortschaft zu haben ist. Entsprechend den günstigen Resultaten bringt auch die Bevölkerung ein beim russischen Bauern ganz ungewöhnliches Vertrauen der neuen Heilmethode entgegen.

Gorodecki.

---

**143 Diphtheriefälle ambulatorisch mit Serum behandelt.** Von Landarzt L. Kohtowt.

**Practische Resultate der Anwendung von Diphtherieserum im Kampfe mit Diphtherieepidemien.** Von A. A. Setschkarew.

**Zur Serumtherapie der Therapie.** Von W. J. Rosenberg. (Medicinskoje Obosrenje No. 8, 1896.)

Die Arbeiten bringen nichts wesentlich Neues. Die Allgemeine Sterblichkeit betrug bei Kontowt 18 pCt., bei Setschkarew (100 Fälle) 19 pCt. Letzterer führte auch 240 Präventivimpfungen aus, von denen nur 6 misslangen. Rosenberg beobachtete nur 13 Fälle, von denen jedoch 10 fast hoffnungslos waren. Trotzdem hatte er nur zwei Todesfälle zu beklagen.

Gorodecki.

---

**Ueber Serum-Exanthem.** Von P. K. Haller. (Wratsch No. 14, 16, 1896.)

Verf. beschreibt mehrere Fälle von polymorphem und Urticaria-Exanthem im Anschluss an Injection von Behring'schem und Roux'schem Serum. Es handelte sich meist um Mitglieder einer Familie, die sich schon bei einer früheren Gelegenheit als sehr empfindlich dem Serum gegenüber gezeigt hatte. Die Injectionen wurden theils zu curativen, theils zu präventiven Zwecken ausgeführt und riefen heftige Exantheme mit Gelenkschmerzen, Fieber bis über 39°, Pulsbeschleunigung hervor. Bemerkenswerth erscheint Ref. das Auftreten von Paralyse der unteren Extremitäten in einem Falle nach Injection 6 ccm Roux'schen Serums zu Präventivzwecken zu sein. Die Behauptung mancher Autoren, dass die Serumtherapie das Auftreten der Lähmungen begünstige, dürfte demnach nicht völlig aus der Luft gegriffen sein.

Gorodecki.

---

**Einwirkung des Lichtes auf den Diphtheritisbacillus.** (Action de la lumière sur le bacille diphthérique.) Von Dr. Ledoux-Lebard. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Das diffuse Licht hindert die Entwicklung der Culturen bei gewöhnlicher Temperatur und bei 32° bis 35° nicht. Das directe Sonnenlicht hindert aber die Entwicklung und sterilisirt die Bouillonculturen in einigen Tagen. Verf. giebt eine Reihe von Experimenten von diffusum und directem Sonnenlicht, von den einzelnen Farben des Spectrums u. s. w. auf Culturen und auf die Diphtherismembranen, welche Experimente am besten im Original nachgelesen werden.

Dr. P. K.

**Die Anwendung von Antidiphtherieserum im Gouvernement Poltawa.**

Von E. Swiatlowski. (Ref. in *Medicinskoje Obosrenje* No. 13, 1896.)

Bericht über 2142 Fälle. Die Allgemeine Sterblichkeit betrug 11,4 pCt. Das Serum stammte aus Kiew. Gorodecki.

**Petroleum mit Sublimat bei Diphtheritis und Scarlatina.** (Emploi du pétrole au sublimé dans la diphtérie et la scarlatine.) Von Dr. Collignon. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx* 1895, No. 1.)

Es darf keine Wunde im Pharynx hervorgebracht werden und deshalb sind die Pulverisationen vorzuziehen. Die Formel ist folgende: Petroleum und Glycerin ää 90 Gramm, Alcohol absolut 10 Gramm, Sublimat 5 Centigramm. Dr. P. K.

**Häufigkeit und Unschädlichkeit des Löffler'schen Bacillus auf die Operationswunde nach Amygdalotomie.** (Fréquence et innocuité du bacille de Löffler sur la plaie opératoire après l'amygdalotomie.) Von Dr. Lichwitz. (*Société de biologie de Paris, Séance du 14 Mars 1896 und Semaine médicale* 1896, No. 15.)

Da der bei Mandelalexstirpation sich bildende Schorf manchmal das Aussehen einer Pseudomembran hat, so schien es wichtig, auf Diphtherisbacillen zu fahnden. In 27 Fällen wurde nach Microben untersucht und es wurden 11 Mal Löffler'sche Bacillen, 2 Mal für sich allein, 9 Mal mit anderen Microben vermischt, vorgefunden; in den übrigen 16 Fällen fand man bloß Staphylococcus, Micrococcus und Diplococcus. In allen 27 Fällen war das Allgemeinbefinden dasselbe, so dass der Löffler'sche Bacillus keinen Einfluss auf den Allgemeinzustand hervorbrachte und dass man von den Serumeinspritzungen absah. Dr. P. K.

**Neue Behandlungsweise der hysterischen Aphasie.** (Nouveau mode de traitement de l'aphasie hystérique.) Von Dr. Michelsen. (*Société néerlandaise de laryngologie, rhinologie et otologie, Juillet 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie* 1895, No. 10.)

Verf., welcher offenbar die Aphonie mit der Aphasie verwechselt, befindet sich bei hysterischer Aphonie (welche er lieber nervöse Aphonie nennen möchte, eben weil sie auch bei nicht hysterischen Leuten, z. B. nach heftiger Gemüthsbewegung oder nach überstandem Larynxcatarrh vorkommt) am besten dabei, wenn er psychisch wirkt: er macht grossartige Vorbereitungen zu einer Operation, geht mit dem Finger in den Nasenrachenraum, wie wenn man adenoide Vegetationen operirt, und gewöhnlich tritt dann die Stimme wieder ein; wenn in einem solchen Falle der Patient zu schreien aufhört, so lässt man ihn laut zählen und schickt denselben nach Hause. Jeder practische Arzt kann obige Behandlungsmethode gebrauchen. Sie gelingt fast immer bei nervöser Aphonie, bei Aphonie mit Hysterie und mit adenoiden Vegetationen, bei Parästhesien. Dr. P. K.

**Ein Fall von hysterischer Stummheit.** Von T. P. Krasnobajew. (Detskaja Medicina No. 3, 1896.)

Interessant durch Auftreten bei einem 11jährigen Mädchen. Das Kind sollte von seiner Mutter gezüchtigt werden. Bei der ersten Berührung schrie sie „Mama“, wurde am ganzen Körper steif und hörte zu sprechen auf. In's Ambulatorium des Kinderspitals der heil. Olga gebracht, wurde sie sofort einer suggestiven Behandlung mit promptem Erfolge unterworfen. Gorodecki.

---

**Einfluss eines schlechten Gesangunterrichtes auf die Stimmbänder.** (Effets sur les cordes vocales d'une mauvaise méthode de chant.) Von Dr. Holbrook Curtis. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie et de rhinologie 1894, No. 20.)

Verf. giebt die Principien der Athmung, der Stimmbandspannung und das Legen des Zäpfchens und weichen Gaumens beim Singen.

Dr. P. K.

---

**Blutungen und Sclerose der Thymusdrüse beim Neugeborenen.** (Hémorrhagies et sclérose du thymus chez le nouveau-né.) Von Dr. Durante. (Société de biologie de Paris, Séance du 14 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 15.)

Bei zwei anscheinend gesunden, aber nach einigen Tagen verstorbenen Kindern fand Verf. Hypertrophie mit Blutungen und lobulärer Zerstörung der Thymusdrüse: die mechanischen Momente des Geburtsactes waren nicht an diesem Leiden Schuld, weil sich am übrigen Körper nichts Aehnliches vorfand. Bei einem dritten Kinde bestand Cirrhose der Thymusdrüse und der Tod war unter gastroenterischen Erscheinungen eingetreten; welche von beiden Affectionen Ursache und Folge war, ist schwer zu entscheiden. Dr. P. K.

---

**Ueber Glottiskrampf.** Von G. M. Kroll (Mohilew). (Detskaja Medicina No. 4, 1896.)

Verf. berichtet über 13 von ihm beobachtete Fälle, darunter 8 Knaben und 5 Mädchen im Alter von 6—24 Monaten. Fast in allen Fällen war Rachitis nachweisbar. In 7 Fällen waren auch allgemeine Krämpfe vorhanden. 5 Fälle endeten lethal. Gorodecki.

---

**Chronische membranöse Bronchitis.** (Bronchite membraneuse chronique.) Von Dr. P. Claisse. (Société de biologie de Paris, Séance du 18 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 17)

In einem von Huchard beschriebenen Falle von Bronchitis fibrinosa chronica hat Verf. die noch dunkle Pathogenese des so interessanten, um nicht zu sagen klinisch hübschen Leidens durch die bacteriologische Untersuchung etwas aufzuklären versucht. Die Züchtung verschiedener Theile der Pseudomembranen ergiebt grosse Streptococcencolonien, welche sich durch Impfung sehr wenig virulent erweisen. Auf Durchschnitten findet man bei Weitem nicht immer Streptococcen. In die

Bronchien von Thieren gebracht, bringen solche Stücke von Pseudomembranen keine Bronchitis fibrinosa hervor. Da die „mehrweniger bewiesene“ streptococcische Natur des Leidens anzunehmen war, wurde das antistreptococcische Marmoreck'sche Serum während zwei Monaten angewandt und es trat Besserung ein: die Pseudomembranen nahmen an Zahl ab und die Dyspnoe hörte auf, was jahrelang nicht der Fall gewesen war. Verf. giebt selbst zu, dass die Besserung nicht anhaltend sein kann. Die optimistischen Anschauungen des Verf.'s, dass die Bronchitis fibrinosa chronica eine chronische Streptococcie sei und dass das Heilmittel gefunden sei, sind nach R.'s Meinung verfrühte. In der ganzen Literatur ist kein einziger Fall von Heilung bekannt; wohl aber zeigen die einzelnen Kranken von Zeit zu Zeit ohne nachweisbare Ursache auftretende Perioden von Besserung; die betreffende Patientin wird wohl zu letzteren zählen. (Referent.)

Dr. P. K.

---

**Ein Fall von nervösem Bronchialasthma bei einem 10jährigen Mädchen. Behandlung mit Jodnatrium. Heilung.** Von Priv.-Doc. A. Kissel. (Aus der therapeutischen Abtheilung des Kinderhospitals der heil. Olga.) (Detskaja Medicina No. 4, 1896.)

Der Titel sagt Alles.

Gorodecki.

---

**Ueber Laryngitis oedematosa bei Kindern.** (De la laryngite oedémateuse chez les enfants.) Von Dr. L. Bar in Nizza. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, Heft 4, Juli-Aug.)

Mittheilung von 3 Fällen (5-, 3- und 11jährige Kinder betreffend) acuten Larynxödems, wovon der letztere tödtlich verlief; mit laryngoscopischem bzw. Sectionsbefund. Bemerkungen über Symptomatologie, Aetiologie, Diagnose, Verlauf, Prognose, pathologische Anatomie und schliesslich Therapie, wobei der localen Behandlung (insbesondere den Inhalationen stärkerer Tanninlösungen von 8:500), ferner den Pilocarpininjectionen und frühzeitiger Tracheotomie grosser Werth beigegeben wird.

Beschorner.

---

**Neuromotorische Larynxstörungen.** (Des troubles neuromoteurs du larynx.) Von Dr. P. Rangé. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 10, und Société française d'otologie et de laryngologie, Mai 1895, No. 10.)

Man versteht darunter blos die functionellen Larynxstörungen, welche aus der Entfernung entstehen durch den Larynxnervenapparat, ohne dass der Larynx irgend eine materielle Störung dabei erleidet. Verf. giebt eine genaue Beschreibung aller dieser Störungen, welche Beschreibung am besten im Original nachgelesen wird.

Dr. P. K.



**Tuberculöse Larynxtumoren.** (Tumeurs tuberculeuses du larynx.)  
Von Dr. J. Payson Clark. (Americ. Journ. of med. Sciences und Revue de laryngologie et de rhinologie 1895, No. 23.)

Larynxtuberculose zeigt sich selten unter der Form von runden glatten oder papillomatösen Tumoren, welche dann aber immer Tuberkelbacillen enthalten; dabei sind die Lungensymptome gleich Null. Verf. geht die Literatur dieser Fälle durch und giebt dann die genaue Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles: Eine blühend aussehende Frau mit gesunden Lungen zeigte einen Larynxtumor, welcher mittelst der kalten Schlinge entfernt wurde; die Operationswunde heilte hübsch, die microscopische Untersuchung ergab aber einen grossen Knoten von Miliartuberkeln.

Solche Tumoren entwickeln sich sehr langsam; die Symptome bestehen in Heiserkeit, Dyspnoe, selten Dysphagie und sind gewöhnlich schmerzlos. Verf. sieht sie als immer secundär, als Metastase eines verborgenen primären, irgendwo sitzenden Knotens an. Werden Anfangs bei intacten Lungen mit Fibrom, Papillom oder Sarcom verwechselt. Das Microscop allein giebt Aufschluss. Die noch bestehende Beweglichkeit dieser Tumoren und namentlich die Schmerzlosigkeit lassen von vornherein von malignen Tumoren unterscheiden.

Dr. P. K.

---

**Zur Aetiologie der Kehlkopfpolyphen.** (Note sur l'étiologie des polyphes du larynx.) Von Dr. Mendel. (Archives internat. de Laryngol. etc. Bd. IX, No. 2, 1896.)

Zwei Fälle, in denen je ein Sängerknötchen und ein Stimmbandpolyp nach Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen der Umgebung bei einfacher antiphlogistischer bezw. adstringirender Behandlung von selbst zurückgingen.

Beschorner.

---

**Ueber Herpes des Kehlkopfes.** (De l'herpes du larynx.) Von Dr. A. Brindel. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 6.)

Verf. giebt die Krankengeschichte dreier von ihm persönlich beobachteten Fälle und kommt am Ende seiner gewissenhaft durchgeführten Arbeit zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) In den Handbüchern über Larynxkrankheiten soll man dem bis jetzt wenig bekannten Larynxherpes ein besonderes Capitel widmen. 2) Dieses Leiden ist nicht so selten, wie allgemein angenommen wird; es stellt eine Localisation des herpetischen Fiebers dar. 3) Am meisten treten die Herpesbläschen an der hinteren Epiglottisfläche und in der Gegend der Giessbeckenknorpel auf. 4) Anatomisch ist das Leiden durch mit einem rothen Rande umgebene Herpesbläschen, klinisch durch Dysphagie, etwas Dyspnoe, Rauigkeit der Stimme und selbst Aphonie characterisirt. 5) Das Leiden tritt plötzlich ein, verläuft rasch, ist von guter Prognose und heilt immer; Recidive kann eintreten. 6) So zu sagen nie schreitet der Larynxherpes unter den Symptomen des Croup einher.

Dr. P. K.

**Ueber Larynx-Exstirpation.** (L'exstirpation du larynx.) Vorlesung von F. Terrier in Paris, mitgeth. von M. Baudouin. (Arch. internat. de Laryngol etc. 1896, Bd. IX, No. 4, Juli-Aug.)

Rückblicke auf die Geschichte der Operation, welche 1826 zuerst von Albers am Hunde, 1873 von Billroth am Menschen vorgenommen wurde; Beschreibung der verschiedenen Methoden ihrer Ausführung, der Instrumente (insbes. der mannigfachen Tamponcannülen etc.), der Prothesen, wie sie zuerst von Czerny ersonnen, von Gussenbauer im erwähnten Billroth'schen Falle zur Anwendung gelangten und endlich Statistik, welche sich bei Schwartz (1886) auf 95, bei Pinçonat (1890) auf 171 Fälle bezieht. Die erstere zählt 12,6 pCt., letztere 12,9 pCt. Mortalität in directer Folge der Operation (Blutungen, Collaps, Embolien und andere Ursachen), während  $\frac{2}{3}$  etwa der Kranken (41 pCt. nach Schwartz, 40,35 pCt. nach Pinçonat) an Nachkrankheiten, insbesondere von Seiten der Lungen (Pneumonie, Pleuropneumonie, Pleuritis, Lungengangrän) zu Grunde gingen. Die Ziffern bei Laryngectomie sind günstiger: 36,3 pCt. Mortalität nach Schwartz, 34,7 pCt. nach Pinçonat (17 Gestorbene auf 49 Operirte). Indessen warnt B., sich allzusehr auf diese Zahlen zu verlassen, da einestheils die Frage der Recidive nicht berücksichtigt sei, andernteils die Resultate der Operationen, die ja von den verschiedensten Chirurgen ausgeführt wurden, nur einen approximativen Werth haben könnten.

Beschorner.

---

**Menschentuberculose durch einen Vogel hervorgebracht.** (Un cas de tuberculose humaine occasionnée par un oiseau) Von Dr. Durante. (Société de biologie de Paris, Séance du 14 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 15.)

In Folge eines Schnabelhiebes Seitens eines Spatzen bekam eine 71jährige Frau, welche früher nie Tuberculose hatte, tuberculösen Lupus am zweiten Daumengliede; der Spatz starb bald darauf an einer nicht bestimmten Krankheit, bei der Frau bildeten sich secundäre, im Unterhautzellgewebe liegende tuberculöse Herde am Vorderarm und Ellenbogen. Der Daumen heilte durch Brennen, die secundären Herde wurden exstirpirt und inoculirt; es ergab sich Tuberculose bei Meer-schweinchen und Kaninchen. Bekanntlich hat die Tuberculose bei Vögeln ihren Anfangssitz an der Schnabelcommissur.

Dr. P. K.

---

**Drei Fälle von Ictus laryngis.** (A propos de trois cas d'ictus laryngés.) Von Dr. Moncorgé in Mont-Dore. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896 Bd. IX, No. 4, Juli-Aug.)

M. trennt den Ictus laryng. essent. (Charcot) vom Pseudoictus laryng. und unterscheidet Pseudoictus: 1) bei nervösen Erkrankungen (Neuropathie und Hysterie mit Laryngospasmus. Tabes. Epilepsie); 2) bei Erkrankungen der Athmungsorgane (Nasenaffectationen, als: Rhinitis, Polypen etc. — Kehlkopfaffectationen, als: Entzündungen, orga-

nische Veränderungen etc. — Affectionen des broncho-pulmonischen Apparates, als: Emphysem, Bronchitis, Asthma, Keuchhusten); 3) bei Erkrankungen der Verdauungsorgane (Mund-Rachenaffectioenen); 4) bei dyscrasischen Erkrankungen (Zucker, Eiweiss). Die Krankengeschichten dreier, von M. genau beobachteter Fälle werden mitgetheilt.  
Beschoner.

---

**Ueber Krebs der Speiseröhre mit Perforation der Aorta.** Von Dr. P. J. Drosdowsky. (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin und Bacteriologie Bd. I, Heft 6.)

Verf. stellt aus der Literatur 18 Fälle von Speiseröhrenkrebs zusammen, die zu Perforation in die Aorta führten. Von diesen 18 Fällen waren Aorta und Speiseröhre allein bloß in 2 Fällen theilhaft (Fälle von Lanceraux und Amodru), in allen übrigen waren auch andre Organe in den Process mit einbezogen.

Verf. beschreibt darauf einen von ihm beobachteten Fall. Es handelte sich um einen 45jähr. Bauern, der mit Schlingbeschwerden und Blutspeien aufgenommen wurde. Der Exitus erfolgte nach 12 Stunden unter anhaltendem Blutspeien. Bei der Section fand sich im mittleren Drittel des Oesophagus ein 10 cm langes, die ganze Peripherie desselben einnehmendes Geschwür, das in seinem unteren Theil die Wand der Speiseröhre zerstört und eine Usur der absteigenden Brustaorta hervorgerufen hatte. An der inneren Oberfläche der letzteren, 8 cm vom Bogen entfernt, ein Querriss der Aorta  $1\frac{1}{3}$  cm lang, oval, mit ausgefressenen Rändern. Microscopisch erwies sich das Geschwür des Oesophagus als Plattenepithelkrebs, die Wand der Aorta jedoch nur von Rundzellen durchsetzt. Die übrigen Organe unverändert. Verf. kommt auf Grund der Literatur und seines eigenen Falles zum Schluss, dass die Perforation der Aorta beim Speiseröhrenkrebs sowohl durch krebssige als auch durch einfach entzündliche Infiltration erfolgen kann und das letztere wohl das häufigere sein dürfte. Gorodecki.

---

### Notiz.

Dem a. ö. Professor Dr. E. Zaufal, Vorstand der Klinik für Ohrenkranke an der Deutschen Universität in Prag, wurde Titel und Character eines ordentlichen öffentlichen Universitätsprofessors verliehen.

---

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

---

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.  
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).  
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.

Druck von Marachner & Stephan in Berlin SW, Ritterstrasse 41

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. E. Baumgarten (Budapest), Hofrath Dr. Beschorner (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gompertz (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. Schaplinger (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Jr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

Herausgegeben von

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

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

---

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.  
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

---

Jahrg. XXX.

Berlin, November 1896.

No. 11.

---

## I. Originalien.

Aus der III. medicin. Klinik des Herrn Hofrath von Schrötter.

---

### Eine noch nicht beobachtete Complication des Scleroms der Luftwege.

Von

Dr. Alexander Ritter von Weismayr, Assistent der Klinik.

Das Rhinosclerom, das noch vor relativ kurzer Zeit eine kaum gekannte Krankheit war, ja in vielen Spitälern, z. B. in Deutschland, auch heute noch so gut wie unbekannt ist, wird jetzt Dank den bacteriologischen und histologischen Untersuchungsmethoden relativ leicht diagnosticirt und hat, wenigstens bei uns, den Nimbus der grossen Seltenheit schon längst eingebüsst, da uns ja Mähren, Galizien etc. ein überreiches Material liefert. Einfache casuistische Mittheilungen über diese Erkrankung erschienen daher nicht mehr gerechtfertigt, da ja die Literatur dieses Gegenstandes gerade gross genug ist. Anders verhält es sich, wenn der betreffende Fall in seinem Verlauf, seiner Ausbrei-

tung oder wegen gleichzeitiger Complicationen vom gewöhnlichen Bilde abweicht. Ich erinnere an die Arbeit von v. Schrötter<sup>1)</sup>, deren Gegenstand zwei Fälle von abnorm lang dauerndem Rhinosclerom waren, wo überdies in einem Fall die Erkrankung bis in die Bronchien reichte.

Auch ich hatte heuer Gelegenheit, an der III. medicinischen Klinik einen Kranken zu beobachten, dessen typisches Rhinosclerom mit einer anderen Erkrankung combinirt war, eine Complication, die meines Wissens bisher noch nicht beobachtet worden ist.

Josef S., 33jähriger Kaufmann aus Rumänien, aufgenommen am 27. Februar 1896.

Aus der Vorgeschichte des Kranken geht hervor, dass er in seinem 18. Lebensjahre ein Ulcus am Penis acquirirte, das nach Verlauf von 14 Tagen wieder verheilt war. Vor 3 Jahren stellte sich angeblich Brennen im Halse ein, das trotz verschiedener Mittel stets gleich blieb. Vor 2 Jahren ging er deshalb nach Bukarest und wurde dort durch 3 Wochen antiluetisch behandelt. Der Zustand besserte sich jedoch nicht, es trat im Gegentheil allmählig zunehmende Heiserkeit auf, auch wurde der Athem schwerer. Nachdem sich der Zustand allmählig verschlechterte, reiste der Kranke nach Jassy, wo ihm der Rath gegeben wurde, nach Wien zu gehen.

Stat. präs. vom 28. Februar.

Der Kranke ist mittelgross, schwach, etwas abgemagert, blass. Lautes Stenosengeräusch bei der Athmung, die unter Anwendung der Hilfsmuskeln geschieht. Die Lungen erweisen sich als etwas gedunsen, im Uebrigen ist der Percussionsbefund normal. In beiden Spitzen neben schwachem vesiculären Inspirium, verlängertem Exspirationsgeräusch einzelne schnurrende und pfeifende Geräusche. Am übrigen Körper keinerlei Abnormität.

Nase. Die Untersuchung von vorne ergiebt rechts die Muscheln atrophisch, die Nasengänge dadurch weit, so dass man tief in die Nase hineinblicken kann, trotzdem aber die hintere Pharynxwand nicht sieht; in der linken Nase normale Verhältnisse.

Pharynx und Nasopharynx. Die Rachengebirde vollkommen normal, an keiner Stelle eine Narbe zu sehen. Bei der rhinoscopischen Untersuchung fällt sofort die beträchtliche Verdickung des Septums auf. Während die linke Choane nur um Weniges enger ist, ist die rechte sehr bedeutend verengt, so dass sie die Form und Grösse eines mit der Spitze nach abwärts gerichteten Apfelkernes hat. Die linke Tube und der Tubenwulst dieser Seite sehr deutlich sichtbar, kaum verändert, die rechte dagegen durch narbige Schrumpfung der Schleimhaut so verzogen, dass weder die Oeffnung, noch der Wulst zu erkennen ist. Ungefähr entsprechend der Tubaröffnung sieht man einen kleinen weissgelblichen, eiterähnlichen Pfropf. Das Rachendach von weissen strahligen Narben durchzogen.

Larynx. Die Epiglottis normal. Der rechte Aryknorpel, etwas vor dem linken stehend, ist in seiner ganzen Ausdehnung gleichmässig geschwellt; er steht bei den Intonations- und Respirationsbewegungen sammt dem Stimmband vollkommen still. Auch die Beweglichkeit des etwas geschwellten linken Aryknorpels, wenn auch nur in geringem

<sup>1)</sup> Diese Monatsschrift 1895.

Grade, eingeschränkt. Das rechte wahre Stimmband geröthet, gleichmässig geschwellt, setzt sich unmittelbar in einen subglottisch liegenden, grauröthlichen, bis zur Mittellinie vorspringenden und die ganze Glottis entlang ziehenden Wulst fort. Ganz analog ist unter dem linken Stimmband ein schmälere, sonst ebenso beschaffener Wulst zu sehen. Während sich diese beiden Wülste entsprechend den vorderen Antheilen der Glottis gegenseitig berühren, bleibt hinten ein circa 2 Mmtr. breiter Spalt übrig. Unter solchen Umständen ist ein Einblick in die Trachea unmöglich.

Die Diagnose war da nicht schwierig: die charakteristischen subglottischen Wülste, die narbigen Schleimhautverziehungen im Nasenrachenraum hätten es ohne Weiteres gestattet, Rhinosclerom anzunehmen. Der nach einigen missglückten Culturversuchen gelangene Nachweis der Rhinosclerombacillen im ausgepinselten Secret machte die Diagnose sicher.

Man wollte gleich an die Ausführung der nicht zu vermeidenden Tracheotomie schreiten, doch konnte sich der Kranke nicht dazu entschliessen. Endlich, am 10. März, bat er selbst um die Vornahme der Operation, die anstandslos von Statten ging. Ich wollte erst die Heilung der Wunde abwarten, ehe ich die Stenosenbehandlung begann.

Am 14. April wurde zunächst eine geknöpfte Sonde ziemlich leicht eingeführt und in der bekannten Weise in der Canüle fixirt. Am nächsten Tage begann ich die Behandlung mit den Schrötter'schen Zinnbolzen. Sie wurden vom Kranken sehr gut vertragen, so dass ich den Nachmittags eingeführten Bolzen immer 16—20 Stunden liegen liess. Die subglottischen Wülste gingen unter dem fast continuirlichen Druck rasch zurück, so dass die Behandlung die schönsten Aussichten auf Erfolg darbot.

Ab und zu jedoch fieberte der Kranke nicht unbedeutend. Da Reizerscheinungen von Seite des Larynx fehlten, musste nach einer anderen Ursache dafür gesucht werden. Da stellte sich nun heraus, dass sich bei dem Kranken allmählig Lungentuberculose entwickelte, die sich nicht nur durch die physikalische Untersuchung, sondern auch bacteriologisch nachweisen liess.

Wenn auch die Prognose dadurch eine ganz erhebliche Trübung erlitt, so wurde doch die Stenosenbehandlung consequent fortgesetzt. Am 30. Mai, also 6 Wochen nach Beginn der Zinnbolzeneinführung, klagte der Kranke zum ersten Mal über stärkere Schmerzen im Halse. Da sich bei der Untersuchung eine leichte ödematöse Schwellung über den Aryknorpeln zeigte, wurde die Behandlung sistirt. Nachdem der Kranke einige Tage hindurch Eis genommen hatte, ging die Schwellung wieder zurück. Ich nahm daher die Einführung der Zinnbolzen wieder auf und konnte sie durch 14 Tage anstandslos fortsetzen. Einstweilen war ich bis zur Nummer 24 gekommen. Nun stellten sich aber wiederum Schmerzen im Larynx ein, auch trat abermals eine deutliche Schwellung der Schleimhaut, entsprechend den Aryknorpeln, auf, so zwar, dass ein tieferer Einblick in den Larynx unmöglich war. In der darauffolgenden Zeit nahm die Erkrankung der Lungen rapid zu, das Fieber ging täglich über 39° hinauf, die Schwäche des Kranken wurde zusehends ärger, starker Husten mit reichlichem eitrigem Auswurf, der enorme Mengen von Tuberkelbacillen enthielt, quälte den Kranken Tag und Nacht,

zweimal stellte sich eine geringe Hämoptoe ein: am 21. Juni Nachmittag ging der Kranke zu Grunde.

Auszug aus dem Sectionsbefund vom 22. Juni (Dr. Schlagenhauser): Mittelgrosser, männlicher Cadaver, hochgradig abgemagert. In der Mittellinie des Halses eine von guten Granulationen umsäumte Tracheotomiewunde, aus welcher eine Canüle hervorragt.

Im rechten Thoraxraum eine grössere Menge dickflüssigen Eiters, die Lunge gegen den Hilus gedrängt und mit Ausnahme der durch Schwielen mit der Thoraxwand verlötheten Partien comprimirt. Die linke Lunge ist frei, der Thoraxraum leer.

Die Schädelbasis wird durch einen circulären Schnitt resecirt und Lunge, Herz und die Rachenorgane durch den Schädelgrund durchgezogen. Der Kehlkopf, von vorne entsprechend der Tracheotomiewunde eröffnet, zeigt folgende Verhältnisse:

Die hintere Wand des Larynx ist in einer grossen Ausdehnung in ein nach hinten zu sich ausbuchtendes, von unregelmässigen Rändern umgebenes Geschwür umgewandelt, dessen Grund die von Eiter bedeckte vordere Pharynxwand bildet. Im rechten Geschwürsrand liegt die rechte Hälfte der Cart. cricoidea zum Theil sequestrirt zu Tage, im unteren Geschwürsrand sind die blossgelegten Trachealringe zu fühlen und in der oberen Ecke des linken Randes ragt der blossgelegte linke Aryknorpel vor. In der rechten oberen Partie des Geschwürsgrundes ist eine kleine, gegen den Pharynx führende Oeffnung, in der ebenfalls ein sequestrirter Knorpel zu sehen ist. Die Stimmbänder sind hier bis auf eine vom rechten Wrisberg'schen Knorpel gegen das rechte falsche Stimmband hinziehende strahlige, pigmentirte Narbe intact.

Unterhalb des vorerwähnten Geschwüres ist die Schleimhaut der Trachea in ziemlich symmetrischer Weise in einer Ausdehnung von 5 Ctm. nach abwärts in ein straffes, von weisslichen Bindegewebssträngen durchzogenes, strahliges Narbengewebe umgewandelt. Indem dasselbe in einer unregelmässigen Linie in die normale Schleimhaut übergeht, findet man nur mehr an der Bifurcationsstelle eine kleine weissliche, strahlige Narbe.

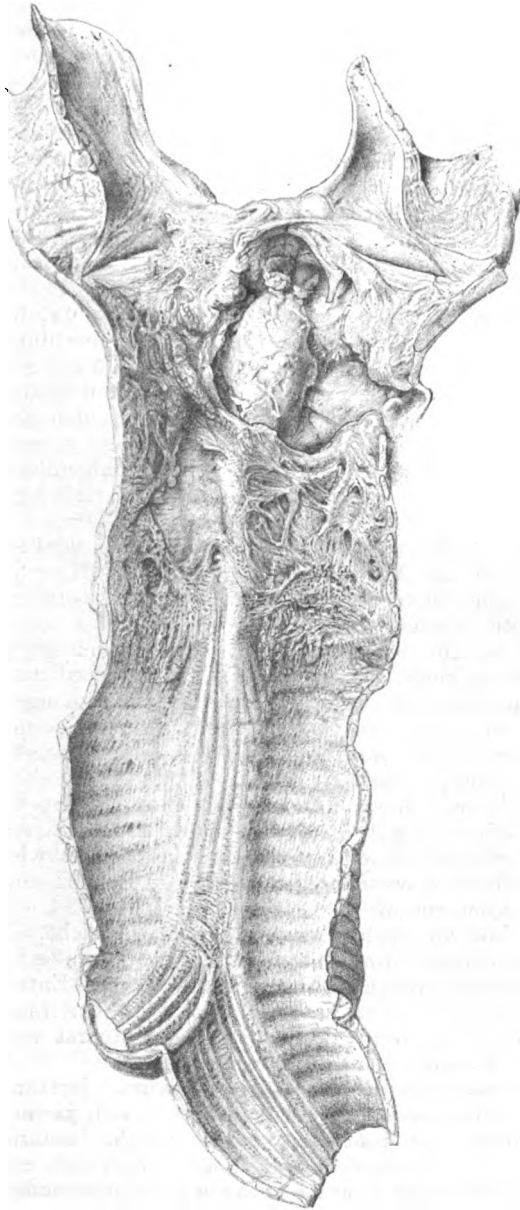
Beide unteren Nasenmuscheln in ihren hinteren Antheilen vollständig verstrichen und die Schleimhaut durch pigmentirte, strahlige Narben substituirte. Auch das Septum trägt, namentlich rechts, z. Th. in narbiges Bindegewebe umgewandelte Infiltrate, wodurch die rechte Nasenhöhle nach hinten zu bedeutend verengt erscheint. Das Nasenrachenach ist von zahlreichen unregelmässigen, strahligen, grauröthlichen Narbenzügen durchsetzt, welche sich beiderseits symmetrisch gegen die Rosenmüller'schen Gruben fortsetzen und mehrere hanfkorn-grosse Recessus bilden.

In beiden Lungen zahlreiche Cavernen, von denen rechts zwei unmittelbar unter der Pleura liegen; doch konnte keine Communicationsöffnung mit dem Pleuraraum gefunden werden.

Die Sectionsdiagnose lautete also: Scleroma nasi, cavi nasopharyng. laryngis et tracheae. Tracheotomia. Decubitusgeschwür an der hinteren Larynxwand mit Necrose des Ringknorpels, des linken Aryknorpels und mehrerer Trachealringe. Tuberculose beider Lungen mit Cavernenbildung. Rechtsseitiger Pneumothorax.

Zum besseren Verständniss liess ich eine Zeichnung anfertigen

(Fig. 1), die die Verhältnisse im Larynx und in der Trachea in ausgezeichneter Weise illustriert.



Figur 1.



Der Sectionsbefund war in mehrfacher Hinsicht interessant. Abgesehen davon, dass er die Richtigkeit der klinischen Diagnose sicher gestellt hat, ging daraus deutlich hervor, welcher grossen Einfluss die gebräuchliche Behandlung durch continuirlichen Druck auf das Scleromgewebe gehabt hat: Die subglottischen Wülste, die ja das ursprüngliche Krankheitsbild beherrscht, die Tracheotomie nothwendig gemacht hatten, waren vollständig verschwunden. Das Sclerom als solches wäre als relativ geheilt anzusehen gewesen, denn die Narben in der Trachea hätten gewiss keine nachtheiligen Folgen für die Gesundheit gehabt. Anders stand es allerdings mit der grossen Ulceration im Larynx, die im Leben wegen der Schwellung über den Aryknorpeln und der stark liegenden Epiglottis nicht gesehen werden konnte. Ausserdem war ja in den letzten Lebenswochen eine genaue laryngoscopische Untersuchung des Kranken wegen seiner hochgradigen Schwäche nicht mehr durchführbar.

Handelte es sich um ein Decubitusgeschwür, wie im Sectionsbefund angenommen war? Dann könnte es ja nur durch die Behandlung entstanden sein. Nun war aber die Einführung der Zinnbolzen immer ohne Schwierigkeit oder besondere Kraftanwendung möglich, im Gegentheil, der Bolzen glitt ganz leicht durch den Larynx hindurch. Warum sollte also gerade in diesem Fall ein so ausgebreiteter Decubitus entstanden sein, während doch diese Behandlungsmethode von anderen Kranken, bei denen die Verhältnisse viel complicirtere sind, stets gut vertragen wird?

Eine andere Möglichkeit, an die man hätte denken können, wäre die, dass es sich um eine rhinoscleromatöse Ulceration gehandelt hätte. Nun liegt aber die Geschwürsbildung so gar nicht im Wesen dieses Krankheitsprocesses, ist vielmehr eine so enorm seltene Erscheinung, dass man wohl nur dann daran denken könnte, wenn keine andere Diagnose möglich ist.

Oder lag vielleicht gar kein Rhinosclerom, sondern die ihm so ähnliche Syphilis vor? Der Kranke hatte zwar in seinem 18. Lebensjahr ein Ulcus am Penis gehabt, das aber schon nach 14 Tagen wieder geheilt war, eine vor 2 Jahren in Bukarest eingeleitete antiluetische Behandlung hatte keinen Erfolg, am ganzen Körper war nicht die geringste Veränderung, die als syphilitisch hätte gedeutet werden können, die Ulceration im Larynx sah auch nicht wie eine luetische aus und schliesslich waren ja während des Lebens die Rhinosclerombacillen nachgewiesen worden.

So konnten wir doch die ursprüngliche Ansicht, dass es sich um ein tuberculöses Geschwür auf der Basis eines Laryngoscleroms handle, nicht aufgeben. Die sichere Entscheidung dieser Frage konnte nur durch die microscopische Untersuchung gemacht werden. Zu diesem Zweck wurde uns das Präparat vom anatomischen Institut bereitwilligst zur Verfügung gestellt.

Eine bacteriologische Untersuchung wurde jetzt nicht mehr vorgenommen; denn abgesehen davon, dass es sich ja nicht mehr darum handelte, das Rhinosclerom sicher zu stellen (der bacteriologische Nachweis war ja schon während des Lebens erbracht), so wäre ja auch kaum ein brauchbares Resultat zu erwarten gewesen, da ja im alten

Narbgewebe die Frisch'schen Bacillen viel seltener und spärlicher gefunden werden, als in frischen Knoten. Solche waren aber im vorliegenden Falle überhaupt nicht mehr vorhanden.

Andererseits genügte ja zum Nachweis einer eventuellen Tuberculose das Auffinden der charakteristischen Riesenzellen. Die Untersuchung von aus dem Geschwürsrand angefertigten Schnitten ergab nun, dass wirklich Tuberculose vorlag.

Die untenstehende Zeichnung Fig. 2 eines Gesichtsfeldes zeigt deutlich rechts die verkäste Partie, in der Mitte zwei Riesenzellen, während die linke Seite von Narbgewebe eingenommen ist.

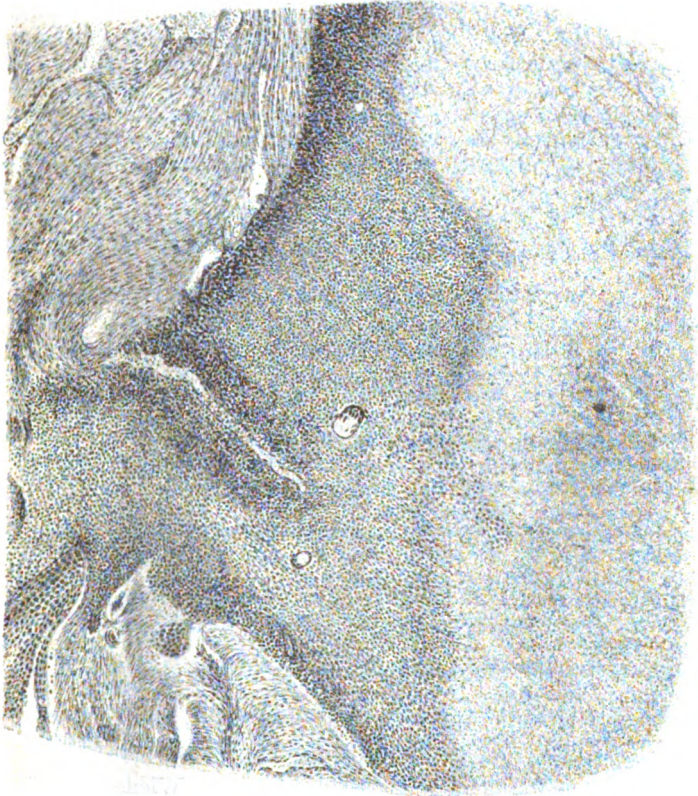


Fig. 2.

Ein Irrthum ist da wohl ausgeschlossen, es handelt sich vielmehr ganz gewiss um eine Combination von Tuberculose und Sclerom im selben Larynx. Soweit mir bekannt ist, wurde diese Complication noch niemals beschrieben. Das folgende Literaturverzeichniss soll gewiss nicht Anspruch auf Vollständigkeit machen; es ist nur die Aufzählung

der mir zugänglich gewesenem Arbeiten, in deren keiner dieser Doppel-  
erkrankung Erwähnung gethan wird. Auch v. Schrötter hat trotz  
seiner so reichen Erfahrung nie einen derartigen Fall gesehen.

Erwägt man nun, dass Lungentuberculose bei Sclerom keine gar  
so seltene Complication ist, andererseits das so enorm häufige secundäre  
Erkranken des Larynx bei Phthise, so muss es doch auffallen, dass  
gerade beim Sclerom die Tuberculose des Kehlkopfes noch nicht beob-  
achtet worden ist. Da muss man doch an einen gewissen Antagonismus  
denken; der Causalnexus ist nach meiner Meinung nicht unschwer ge-  
funden; das so sehr zu bindegewebiger Schrumpfung neigende  
Scleromgewebe scheint eben wegen dieser Beschaffenheit  
keinen richtigen Nährboden für Tuberkelbacillen abzugeben.  
Mögen sie auch in dem aus der Lunge heraufbeförderten Sputum in  
noch so reichlicher Menge vorhanden sein, im scleromatösen Narben-  
gewebe können sie sich trotzdem nicht ansiedeln. Vielleicht könnte  
auch daran gedacht werden, dass den Rhinosclerombacillen oder ihren  
Stoffwechselproducten eine solche Wirkung zukommt. Es wäre inter-  
essant, diesem Gegenstand in Zukunft möglichste Aufmerksamkeit zu  
schenken; denn jetzt, wo das Sclerom eine so gut gekannte und an  
manchen Stellen so oft beobachtete Erkrankung darstellt, muss es sich  
ja bald zeigen, ob die angegebene Ansicht sich in allen Fällen bewährt.

#### Zur Arbeit benutzte Literatur.

Bandler: Ueber die Beziehungen der Chordit. voc. inf. hypertr.  
(Gerhardt) zu dem Rhinosclerom (Hebra); Zeitschr. f. Heilkunde 1891.  
Baumgarten: Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Buda-  
pest 1892.

Baurowicz: Verengerung der Bronchien in Folge des Scleroms.  
Archiv für Laryngologie und Rhinologie 1896.

Bojew: Ein Fall von Rhinosclerom. Diese Monatsschrift 1889.

Catti: Zur Casuistik und Therapie der Chordit. voc. inf. hypertr.  
Allgem. Wiener med. Zeitung 1878.

Chiari: Ueber Kehlkopfstenosen und deren Therapie. Diese Monats-  
schrift 1881.

Chiari: Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Rhinosclerom.  
Med. Jahrbücher 1882.

Chiari-Riehl: Das Rhinosclerom der Schleimhaut. Zeitschrift für  
Heilkunde 1885.

Cornil-Alvarez: Memoire pour servir à l'histoire du rhinosclerom.  
Arch. de physiolog. norm. et path. 1885.

Davies: A case of rhinoscleroma. Brit. medic. journal 1886.

Doutrelepont: Zur Therapie des Rhinosclerom. Deutsche med.  
Wochenschrift 1887.

v. Frisch: Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Wiener med. Wochen-  
schrift 1882.

Ganghofner: Zur Lehre von den Kehlkopfstenosen. Prager med.  
Wochenschrift 1878.

Ganghofner: Ueber die chron. stenosirende Entzündung der Kehl-  
kopf- und Luftröhrenschleimhaut. Zeitschrift für Heilk. 1881.

Geber: Ueber das Wesen des Rhinoscleroms. Arch. f. Dermatologie  
etc. 1872.

Hebra: Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase. Rhino-  
sclerom. Wiener med. Wochenschrift 1870.

- Hebra: Jahresbericht der k. k. allgem. Krankenhauses 1875.  
Jackson: Demonst. eines Falles in der 17. Jahresversammlung der amerik. dermatol. Gesellschaft in Milwaukee 1893.  
Jakowski: Ref. Monatschrift für pract. Dermatologie 1888.  
Janowsky: Ueber Rhinoscleroma und Xeroderma pigment. (Kaposi). Wiener med. Presse 1886.  
Juffinger: Das Sclerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens etc. Wien, 1892, Deuticke.  
Kaposi: Demonst. in der Wiener dermatol. Gesellschaft 1891.  
Keegan: Ref. Monatsheft für pract. Dermatologie 1889.  
Klotz: Demonst. in der New-Yorker dermatol. Gesellschaft 1894.  
Köbner: Demonst. im Verein f. innere Medicin in Berlin 1885.  
Köhler: Zwei Fälle von Rhinosclerom. Diese Monatschrift 1888.  
Kümmel: Die Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfes und der Luftröhre etc. Arch. f. Laryngologie 1896.  
Lang: Ueber Rhinosclerom und dessen Behandlung. Wiener med. Wochenschrift 1883.  
Lublimer: Ein Fall von Rhinosclerom der Nase — Typhus exanth. — Schwund der Rhinosclerominfiltration. Virchow-Hirsch 1891.  
Lutz: Zur Casuistik des Rhinoscleroms. Monatschrift f. pract. Dermatologie 1890.  
Mackenzie: Further note on rhinoscleroma. Brit. med. journal 1885.  
Mandelbaum: Ueber Rhinosclerom. Wratsch 1886.  
Massei-Melle: Contribuzione allo studio del rinoscleroma cit. bei Wolkowitsch.  
Mibelli: Ref. Monatsheft f. pract. Dermatologie 1888.  
Mikulicz: Ueber das Rhinosclerom Hebra. Archiv für klin. Chirurgie 1876.  
Paltauf: Zur Aetiologie des Scleroms etc. Wiener klin. Wochenschrift 1891—92.  
Paltauf-v. Eiselsberg: Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Fortschritte der Med. 1886.  
Pawlow: Ein Fall von Rhinosclerom der Nase, des Rachens und Oberarmes. Diese Monatschrift 1888.  
Pawlowsky: Ueber die Behandlung des Rhinoscleroms mit „Rhinosclerin“. Deutsche med. Wochenschrift 1894.  
Pellizzari: Il rinoscleroma. Arch. f. Dermatologie und Syphilis 1883.  
Pick: Sitzungsbericht des Vereines deutscher Aerzte in Prag 1880 und 1883.  
Rydigier: Ueber Rhinosclerom. Arch. f. klin. Chirurgie 1889.  
Scheff: Zwei Fälle von Larynxstenose. Demonstration im ärztlichen Verein in Wien. Wiener med. Presse 1871.  
Schmiedicke: Ueber das Rhinosclerom. Vierteljahresschrift für Dermatologie etc. 1880.  
v. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes. Wien, 1892, Braumüller.  
v. Schrötter: Ein Beitrag zur Kenntniss vom Verlauf des Scleroms der Luftwege. Diese Monatschrift 1895.  
v. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. Wien, 1896, Braumüller.  
Schultess: Ein Fall von Rhinosclerom. Deutsches Arch. für klin. Med. 1887.  
Secretan et Stilling: Note sur un cas de rhinosclerome. Revue Suisse 1892.  
Semon-Payne: Rhinoscleroma. Lancet 1885.  
Sokolowski: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chron. hypertroph. Kehlkopfentzündung. Arch. f. Laryngologie 1895.

Stepanow: Ein Fall von Rhinosclerom. Ref. Monatshefte für pract. Dermatologie 1889.

Stepanow: Zur patholog. Anatomie und Histologie des Scleroms. Diese Monatsschrift 1894.

Stroganoff: Zur Pathologie der chron. Blennorrhoe der Schleimhaut der Athmungswege etc. bei Baurowicz.

Stukowenkow: Drei Fälle von Rhinosclerom. Ref. Virchow-Hirsch 1887.

Tantucci: Un caso di rinoscleroma Hebrae etc. bei Wolkowitsch.

Tissier: Du rhinosclerome. Gaz. des hôpit. 1892.

Weinlechner: Chirurg. Mittheilungen mit Demonstrationen. Wiener med. Presse 1878.

Wolkowitsch: Das Rhinosclerom. Arch. für klin. Chirurgie 1889.

Zeissl: Demonst. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte 1870.

Zeissl: Ein Fall von vereiterndem Rhinosclerom. Wiener med. Wochenschrift 1880.

Anmerkung des Verfassers: Während diese der Redaction im September übergebene Arbeit im Druck war, erschien in der Wiener klin. Wochenschrift vom 15. October der Aufsatz von Koschier: „Combination von Sclerom und Tuberculose im Larynx.“

Dieser Fall war mir daher, wie der Vergleich der Daten ergibt, zur Zeit, als ich meine Publication niederschrieb, unbekannt.

---

## Die Aetiologie der Verbiegungen und Auswüchse am Gerüste des Nasenseptums.

Von

Dr. Hugo Bergsat, München.

Die Ursachen der Septumverunstaltungen sind noch nicht genügend erforscht. Von den zahlreichen Theorien ist ein Theil ganz unannehmbar und nur vereinzelte dürfen Anspruch auf fernere Beachtung machen: doch scheint auch von diesen kaum eine die allgemeine Anerkennung gefunden zu haben, weil entweder ein zu einseitiger Gesichtspunkt herausgegriffen oder kein überzeugendes Beweismaterial beigebracht worden ist. Am bezeichnendsten für die Unlust, sich weiter in die Sache zu vertiefen, ist die Thatsache, dass in einem hochangesehenen Werke ein so unbestimmter Ausdruck wie die „loi primitive de l'organisation“ Cloquet's die Stelle der Erklärungen einnehmen kann. Ich muss nun gestehen, dass gerade der Reiz dieses Wortes nicht wenig dazu beigetragen hat, wenn ich während vieler Monate, in denen ich noch mit der Erlaubniss des verstorbenen Herrn Professor Rüdinger die Münchener anatomische Sammlung besuchte, immer wieder um die Anhaltspunkte für mein heutiges Thema mich bemüht habe.

Aehnlich wie Welcker (Beiträge zur Biologie, Festschrift für Th. L. W. von Bischoff, „die Asymmetrien der Nase und des Nasenskelettes, Stuttgart 1882) bin auch ich zunächst darauf verfallen, Coincidenzen mit äusserlich sichtbaren Abnormitäten nicht nur

des Gesichts-, sondern des ganzen Schädels zu suchen, und habe die Deviation des knöchernen Septums häufiger auf jener Seite gefunden,

1) welche dem Zuge des Nasenrückens nach vorne hin entgegengesetzt ist (es trifft dies zu in der Häufigkeit von 2—3:1);

2) auf welcher die Incisura pyriformis tiefer ausgeschnitten ist (4:1);

3) nach welcher hin die Sutura intermaxillaris pendelartig abgewichen ist (6! : 1; eine solche Abweichung ist in Zuckerkandl's II. Bande, Tafel XIX, Figur 2, zu sehen, ist aber dort mit aussergewöhnlichen Abnormitäten des Gebisses vergesellschaftet);

4) nach welcher bei seitlicher Ablenkung des Gesichtsschädels eine Linie, die von der Protuberantia occipitis externa über die hintere und vordere Mitte des Hinterhauptloches zum Tuber pharyngeum zieht, nach vorne hin ihre Verlängerung findet;

5) auf welcher bei einem bestimmten Typus der Choanenasymmetrie der senkrechtere Flügelfortsatz sich befindet (vergleiche meine Arbeit über die Asymmetrie der knöchernen Choanen im Archiv für Laryngologie);

6) auf welcher bei Ansicht des Schädels von hinten der eine Processus condyloideus tiefer steht (3:1); dies stimmt zusammen mit 1), da die Ablenkung des Nasenrückens gegen die Seite des höherstehenden Processus condyloideus stattzuhaben pflegt.

Noch manch' andere in Erwägung gezogene Asymmetrien am Schädel, wie das Tieferstehen der einen Seite der Lamina cribrosa, welches man auch in Zuckerkandl's I. Band, 2. Auflage, Tafel X Figur 5, XI 1, XXVI 2 etc. erkennt, dann die Unregelmässigkeiten der Crista galli, das ungleiche Niveau des Nasenbodens im Innern der Nase, haben dagegen keine gleichmässigen Schlüsse zugelassen.

Diese Beachtung der Asymmetrien an der Schädeloberfläche möchte ich gegen die abfälligen Bemerkungen, die Schaus (Archiv für klinische Chirurgie XXXV, 1) über Welcker's Studie gemacht hat, in Schutz nehmen und werde zeigen, dass mehrfach ein Zusammenhang zwischen diesen äusseren Unregelmässigkeiten und solchen im Innern der Nase, welche von bestimmtem Einflusse auf die Septumverunstaltungen sind, vorhanden ist.

Es ergeben sich nun folgende **ätiologische Factoren** für die **Septumdeviationen**:

1) Die zu bedeutende Grösse einzelner oder aller Septumplatten im Verhältniss zur Ausdehnung der sagittalsenkrechten Mittelebene der Nase. Diesen Punkt zieht bereits Zarniko (Die Krankheiten der Nase etc., S. 147) in Betracht, nur zu ausschliesslich und zu allgemein. Ich habe mich mit Absicht ausgedrückt, wie ich es that, weil die von Schaus (l. c.) und Trendelenburg (Deutsche Chirurgie, Lieferung 33, I) so sehr hervorgehobene, übrigens auch von mir gebührend gewürdigte hohe Wölbung des Gaumens nicht den einzigen Anlass zur Platzbeschränkung des Septums abgiebt. Wie es nämlich einerseits Septa von zu geringem Wachstume giebt — ich berufe mich hiefür auf Hopmann's Untersuchungen am Lebenden (Archiv für Laryngologie I, 1 und III, 1 und 2), auf meine eigene Beobachtung (Münchener medicinische Wochenschrift 1896, No. 33), auf die ebenda erwähnte Beobachtung, dass die hintere Vomerante an

Indianerschädeln häufig erst weiter vorne an die *Crista palatina* sich anschliesst, ferner auf die ungleiche *sagittale* Länge der *Lamina perpendicularis*, welche Zuckerkanzl in „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle“, II. Band, Seite 6, beschreibt, endlich betreffs der Kürze der *Cartilago quadrangularis* in verticaler Richtung auf die Figur 2 der Tafel I desselben Buches —, so giebt es andererseits, nur viel häufiger, auch *Septa* mit unverhältnissmässig starkem Wachstume, welche sich selbst bei anscheinend ganz normalen Verhältnissen des Oberkiefers und Gaumens nur unter Verlust ihrer ebenen Fläche im Nasenraume arrangiren können. Als einzelne Beispiele für den tadellosen Zustand des knöchernen Septums bei hohem Gaumen führe ich No. 87 und 313 der anatomischen, No. 108 der pathologischen Sammlung, dagegen für die Verbiegung des Septums bei flachem Gaumen No. 98, 108c, 330 u. a. aus der ersteren Sammlung an. Häufiger macht die *Lamina perpendicularis* als der *Vomer* den Eindruck, in verticaler Richtung vergrössert zu sein; man sieht das auch in Zuckerkanzl's Atlanten an den Bögen, welche sich von oben herab zu den *Septum*-auswüchsen hinüberziehen.

Auch die *Crista nasalis* (*pteleorrhine Incisura!*) oder das *Septum cartilagineum* wächst häufig zu viel. Betreffs der letzteren muss sich bei Betrachtung der Bilder Zuckerkanzl's, II. Band, Seite 34 a—d, diese Erkenntniss aufdrängen, und ich besitze ein Präparat, wo die *Cartilago* eine fast rechtwinklige *Deviation* bei vollkommen regelrechter *Articulation* im *Sulcus vomeris* aufweist. Bei genauer Untersuchung feuchter Präparate findet man, dass jener Theil des knorpeligen Septums, der innerhalb des Rahmens der *Crista nasalis* und des knöchernen Nasenrückens eingelassen ist, bei *Deviationen* viel grössere *verticale Convexitäten* aufweist, als der vorderste, ausserhalb der Knochen liegende Theil. Ich bitte aber, hiermit nicht die *Ablenkung* der Nasenspitze von der *Mittellinie* und manche *Convexitäten*, die sich im horizontalen Schnitte als *Curve* zeigen, zu verwechseln: Die erstere ist nur die *Projection* des schiefen Verlaufes der oberen oder unteren oder beider *Sagittallinien* der knöchernen Nase, die letzteren sind theoretisch das *Product* einer zu strammen *Halfterspannung* der einen *Cartilago quadrangularis*, besonders bei *Rückwärtsverschiebung* der einen Seite des *Incisurandes*. — Die Bemerkung von Schaus, dass *Septumverbiegung* mit Vorzug bei langer schmaler Nase sich finde, könnte nur in der *Hypertrophie* des *Septumknorpels* in horizontaler und verticaler Richtung eine *statische Begründung* finden: Der unter den Nasenbeinen liegende Theil des Septums müsste den Nasenrücken gehoben und die Nasenbeine giebelartig gestellt haben, ehe es zur *Ausbiegung* des Septums gekommen wäre.

Die *Cartilago quadrangularis* zeigt sich selbst bei *Brüchen* am Nasenrücken nie an ihrem vorderen oberen oder unteren, sondern nur an ihrem hinteren oberen oder unteren Rande *verdickt*; an 34 complete Septen betraf wiederum die *Randverdickung* 1 Mal den hintereu oberen, 7 Mal den hinteren unteren Rand. Ich kann es nicht ganz entscheiden, wie weit *Traumen* diese *Randverdickungen* verursachen: Die *Möglichkeit* ist vorhanden bezüglich des ersteren, weil die *Verdickung* des anstossenden *Randtheiles* der *Lamina perpendicularis*, die

in diesem einen Falle vorhanden war, sich an macerirten Präparaten sehr gerne gerade in Begleitung von Verletzungen des knöchernen Nasenrückens findet; betreffs des hinteren unteren Randes dagegen muss ich den obligaten Zusammenhang verneinen, und zwar deshalb, weil man einmal auch sehr breite Sulci vomeris mit gut erhaltenen Lippen findet, von denen die eine der heftigen Contusion hätte zum Opfer fallen müssen, dann aber, weil trotz der später zu schildern-den Knorpelfraktionen über der Spina nasalis anterior eine entsprechende Verdickung des unteren hinteren Knorpelrandes nicht vorhanden zu sein braucht. Es ist vielmehr anzunehmen, dass der unterste Theil der Cartilago quadrangularis im eingespannten Theile den stärksten Wachsthumsimpuls besitzt und dass bei Verdickung des hinteren unteren Randes ein Ueberschuss von Knorpelmateriel sich angestaut hat. — Mit der Behinderung der verticalen Ausdehnung der Cartilago quadrangularis verknüpft sich offenbar die Behauptung Welcker's vom ausschliesslichen Vorkommen der Septumdeviationen (jedenfalls sind diejenigen am nichtmacerirten Schädel gemeint) bei der pteleorrhinen Form der Incisura pyriformis, das ist jener, bei welcher der Incisurand auf einer Seite tiefer ausgeschnitten ist und die Crista nasalis eine bedeutendere Entwicklung hat; es wird dabei die verticale Ausdehnung der Cartila o durch die hohe Crista nasalis beengt.

Können Deviationen des Septums oder ihre Folgezustände sich spontan bessern? Es wäre doch möglich, dass ein zu gross gewachsenes Septum den Wachsthumstillstand zu einer Zeit erreichte, in welcher das verticale Wachsthum des Kiefers noch andauert? Ich habe an einem Präparate gefunden, dass die Spina septi nach Durchbohrung der hinteren Nasenfontanelle schliesslich dennoch  $\frac{1}{2}$  cm einwärts von dem Loche stehen geblieben ist.

Ueber die Hypertrophien der streifenförmigen Verlängerung des Septumknorpels spreche ich später.

Hypertrophische Vorwölbungen, die auf centrale Partien der Platten beschränkt wären, haben sich an meinen Präparaten nicht gefunden.

2) Verschiebungen an der oberen und unteren Sagittallinie der inneren Nase. Um diese zu studiren, bedarf man vorzüglich solcher Präparate, welche theils die freigelegte Basis des vorderen Gehirnschädels von unten her, theils den Nasenboden von oben her erblicken lassen.

#### A. Verbiegungen.

a. Obere Mittellinie. Die seitliche Ablenkung des Nasenrückens ist entweder isolirt und in diesem Falle herzuleiten entweder von Ungleichheit der beiden Processus frontales und der Nasenbeine oder von der schrägen Druckrichtung eines hypertrophischen, convex gewordenen Septumknorpels, — oder sie ist die Fortsetzung einer seitlichen Ablenkung, welche die Mittellinie des vorderen Schädelbasistheiles betroffen hat. Einzelne Craniumen mit unten freigelegter vorderer Schädelbasis, wie solche in der anatomischen Sammlung mehrfach vorhanden sind (hervorzuheben No. 631), zeigen einen bogenförmigen Zug der Mittellinie des Lamina cribrosa und lassen an den Resten der Lamina perpendicularis genau erkennen, dass dieselbe im Bereiche der Curve



der Mittellinie gegen die verlassene legitime Bahn hin sich ausbiegt. Es erklärt sich aus der verschiedenen sagittalen Länge des Lamina perpendicularis (vergleiche die Zeichnungen Zuckerkandl's in dessen II. Bande, Seite 6) und aus dem bisher Gesagten ganz leicht, wann und warum die Lamina perpendicularis entgegen der Richtung des Nasenrückens sich stellen kann, und wann nicht. — Das einzige Präparat der Sammlung mit erhaltenen Nasenbeinen bei freigelegter vorderer Schädelbasis zeigt dieselben genau in der Fortsetzung der gekrümmten oberen Mittellinie abgelenkt, und auch die übrigen Exemplare mit gekrümmter oberer Mittellinie deuten durch die Deviation der Spina nasalis superior das gleiche Verhalten der Nasenbeine an. — Aeusserlich am Gesichtsschädel lässt sich auf die Verbiegung der intranasalen Sagittallinien (auch der unteren) in folgendem Falle schliessen: No. 340; die linke Gesichtseite ist breiter, die linke innere Orbitalfäche ist stark convex, die rechte dagegen ganz eben, die Gaumennaht zielt nach vorne rechts (die Durchsicht durch die Nase von den Choanen aus lässt in der That eine linksseitige Convexität des Septums und der Sagittallinien erkennen).

Eine bald isolirte, bald mit allgemeiner Krümmung der oberen Sagittallinie verbundene Deviation ist jene des Rostrum sphenoidale; sie bewirkt eine Ausbiegung des anstossenden Theiles der Lamina perpendicularis. Auffällig ist, dass jene Seite der Keilbeinvorderfläche, gegen welche die Schneide des Rostrum sich wendet, weiter vorne steht; das Horizontalniveau der Höhleneingänge verhält sich ungleichmässig.

Als Curiosum sei der Befund an No. 695 erwähnt: Eine mit der Stirnhöhle zusammenhängende Aufblähung des Processus nasalis hat die Lamina perpendicularis etwas nach der Seite verschoben.

b. Untere Mittellinie. Die Deviation derselben mit Ausbiegung des Vomer ist auf's Deutlichste in Welcker's citirter Arbeit, Seite 328, Figur 4 bei V, an einer Ansicht des Nasenbodens zu erkennen; gleichzeitig enthält die Abbildung noch eine zweite Curve der unteren Sagittallinie, ebenfalls mit Übertragung der Deviation auf den Vomer. Präparate mit einfacher Curve sind häufig zu gewinnen; meist liegt dieselbe vor dem Canalis nasopalatinus.

Es ist merkwürdig, dass man bei Betrachtung macrorirter Präparate von unten her manchmal wohl sonstige Ausbiegungen und Knickungen der Gaumennaht findet, dass aber meist das Nahtstück im vordersten Kiefertheile nicht zur Seite abweicht, sondern in einer Linie mit dem rückwärts befindlichen Theile der Gaumennaht liegt. Möge man sich jetzt des Punktes 3) der Anomalien an der Schädeloberfläche erinnern, dass nämlich die Linea intermaxillaris häufig pendelartig zur Seite abweicht und dass das Septum mit ganz besonderer Häufigkeit nach jener Seite deviiert ist, nach welcher auch der unterste Punkt der Linea intermaxillaris abgewichen ist; man wird sich all' diese Einzelheiten so zusammenreimen müssen, dass die eine Hälfte des Zwischenkiefers, nur mit ihrem oberen Theile, sich in's Gebiet der anderen Hälfte hinübergedrängt hat und dass damit die Crista nasalis und der Vomer, soweit sie vor dem Canalis nasopalatinus liegen, abgelenkt worden sind, oder auch, dass diese Hinüberdrängung unter dem Drucke der hyper-

trophischen und ausgebogenen *Cartilago quadrangularis* passiv erfolgte. Für das Letztere spricht der Umstand, dass die *Incisura pyriformis* sehr häufig auf jener Seite, gegen welche die *Linea intermaxillaris* sich pendelförmig stellt, tiefer ausgeschnitten ist; würde es sich um eine richtige Vergrößerung der einen Zwischenkieferhälfte handeln, so brauchte es doch zu keiner Verschmächigung derselben zu kommen, wie dieselbe aus dem Herabsteigen des *Incisurarandes* sich zu erkennen giebt.

### B. Verschiebung der beiden Sagittallinien gegen einander.

Die Verbiegung der beiden Sagittallinien a. und b. kann im gleichen Sinne und Grade vorhanden sein oder sie kann verschieden sein; in letzterem Falle entsteht eine solche Verschiebung der einzelnen Punkte beider Sagittallinien gegen einander, dass ein Theil der unteren Linie nicht mehr senkrecht unter der oberen Linie sich befinden kann. Ich habe aber jetzt nicht diese, sondern andere Formen der Verschiebung im Auge, nämlich solche, wo in Folge von Verschiebungen am Gesichts- oder am Gesamtschädel die ganzen Sagittallinien des Naseninnern entweder parallel oder zur Divergenz mitverschoben sind. Ob es auch zur Kreuzung der Sagittallinien kommen kann, weiss ich nicht; die Existenz der Divergenz und einer parallelen Verschiebung jedoch habe ich sicher daraus erkannt, dass der Eingang zum *Vomersulcus* zwischen den *Alae vomeris* und der Fusspunkt der *Vomerkante*, oder aber der obere Endpunkt der *Nasenbeinsutur* und das vordere *Vomerende* nicht in einer Senkrechten standen. (Natürlich können auch bei „Verbiegung“ der oberen und unteren Sagittallinie der obere Endpunkt der *Nasenbeinsutur* und das vordere *Vomerende* aus der gemeinsamen Senkrechten rücken.) Die eclatantesten Fälle von Verschiebung der Sagittallinien sind in jenem Typus der *Choanenasymmetrien* gegeben, bei welchem sich *Auswärtsneigung* des einen *Flügelfortsatzes* und des *Septums* verbunden mit *Septumdeviation* und *Spina- oder Cristabildung* auf Seite des senkrechteren *Flügelfortsatzes* finden, weil die senkrecht herabsteigende *Lamina perpendicularis* auf den schiefgeneigten *Vomer* auftritt. Gerade dieser Zusammenhang hat mir den Schlüssel zur Entstehung der *Septumverunstaltungen* verschafft.

3) Druck der seitlichen Theile der Nase und Narbenzug. Ueber die Druckwirkungen mit „compensatorischer“ *Deviation* ist schon verschiedentlich geschrieben worden, so dass ich nur *Aphorismen* bringen will. Bei einem Schädel mit grosser *Kieferhöhlencyste* nehme ich *Deviation* durch *Polypen* an, wie diese ja auch die äussere Nase verbreitern können. Am Schädel No. 344 und jenem eines 19jährigen Mannes ist die *Deviation* mit *Auftreibung* der *Bulla* und *Anpressung* der mittleren *Muschel* gegen das *Septum* in Zusammenhang zu bringen. Die ablenkende Wirkung der *Schwellkörper* lasse ich nicht ganz in Abrede stellen und kann jedenfalls den *Gegengrund*, dass die gleichseitige Entstehung der *Schwellkörper* eine einseitige *Pression* von Seite derselben ausschliesse, nicht gelten lassen; denn es kann die eine mittlere *Muschel* dem *Septum* um Vieles näher stehen als die andere, und der *Schwellkörperdruck* kann jedenfalls im *Beginne* der *Septumhypertrophie* mass-

gebend werden, nach welcher Seite die Ausbiegung stattfinden soll (ich erlaube mir, mich auf Zuckerkandl's I. Band, 2. Auflage, Tafel XXI Figur 2, und II. Band XII 2 zu beziehen). — Beobachtung am Lebenden: Bei einer 21jährigen Dame war der hintere Theil der Lamina perpendicularis nach links deviirt, das Septum im Uebrigen gerade. Verursacht war die Deviation durch die weit nach innen vorspringende rechte obere Muschel, deren Rand und äussere Fläche, trotz Abwesenheit von Atrophien der Nase, in ihrem ganzen hinteren Theile von vorne her sichtbar waren. — Betreffs des Narbenzuges weist der glücklicher Weise schlecht macerirte Schädel No. 374 der Anatomie einen Strang zwischen der linken mittleren Muschel und dem Septum ganz an der Vomerrinne mit winkelliger Deviation auf. No. 14 der Pathologie, von einem Luetischen, zeigt eine omegaförmige laterale Verziehung des vorderen Randes der Lamina perpendicularis wohl in Folge Narbenzuges. Man betrachte auch Zuckerkandl's Abbildungen I. Band XXIV 2, XXII 2 und 6, II. Band XII 2, XV 1 und 3, XIX 1 und 3.

4) Traumen. Eine Anzahl Deviationen des knöchernen Septums, bei welchen auch Macerationsverunstaltungen auszuschliessen sind, lässt alle früheren ätiologischen Momente vermessen; dagegen sind so deutliche Spuren erlittener Traumen vorhanden, dass man nicht umhin kann, sich auf diese zu beziehen. Solche Merkmale sind besonders die glatte und drusige Verdickung, sowie die senkrechten Cristen vorne an der Lamina perpendicularis, sowie Verschiebungen der Articulation der Cartilago quadrangularis an den Rändern der Knochenplatten, was alles man besonders häufig bei Verletzungen der äusseren Nasenknochen findet; auch Splitterbrüche der Crista nasalis sind zu erkennen. Wenn man an solchen traumatisch afficirten frische Septumpräparate ansieht, wie gross die winklige Deviation des Knorpel- mit dem Laminarande ist, so fällt es schwer, der Impression des Nasenrückens allein eine solche Wirkung zuzutrauen und eine traumatisch angeregte Hypertrophie auszuschliessen.

Dem Materiale, welches Zuckerkandl über die Brüche des Septumknorpels bringt, möchte ich nur das hinzufügen, dass ich in der relativ sehr grossen Zahl von vier Fällen nicht verwachsene Continuitätstrennungen im Septumknorpel über der Spina nasalis anterior gefunden habe. Ich habe Anfangs an postmortale Läsionen gedacht, nachdem meine Objecte erst durch den Präparirsaal gegangen waren, bin aber doch von dieser Annahme abgekommen, weil das vordere Bruchstück sich meistens durch strafferes Bindegewebe an der Seite des hinteren fixirt findet und weil der hintere Bruchrand einen typischen kleinen, an seiner Vorderseite scharf abgesetzten Dorn bildet. Es wäre interessant zu erfahren, ob nicht an Zuckerkandl's Präparat, II. Band, Tafel I, Figur 2, ein solcher Bruch vorhanden ist. Die Bruchränder sind alle unglatt; der Spalt zieht senkrecht etwa  $\frac{1}{2}$  cm weit nach aufwärts; einmal hatte er am vorderen Bruchstücke noch drei horizontale kurze Aeste.

Traumen solcher Art, wie das Wischen der Nase nach einer einzigen Seite oder ebensolches Lagern der Kinder, können nicht in Betracht kommen; an dem jüngsten Schädel mit ausgebildeter Crista, von einem vierjährigen Kinde, fand ich Offenstehen der Fontanellen, Aus-

wärtsneigung des rechten Flügelfortsatzes und des Septums, Vergrößerung der rechten Choane und des rechten Unterkiefers, — es müsste doch gerade umgekehrt die Fläche des linken Oberkiefers grösser sein, wenn die Verschiebungen nach rechts hin durch das gewohnheitsmässige Schlafen auf der linken Seite hervorgebracht wären. — Dass der Europäer häufiger zu Brüchen und sonstigen für die Septumdeviationen berücksichtigenswerthen Traumen der Nase kommt, als der Nichteuropäer, erkläre ich mir folgendermaassen: Der Europäer hat eine vorspringendere Nase und einen mehr zurückstehenden Alveolarfortsatz, als die niederen Racen, so dass seine Nase jedem Trauma viel exponirter ist; jedenfalls liegen dann auch noch in der mit der höheren Cultur vermehrten Darreichung von schlecht gezielten Backenstreichen („Nasenstüber“), im reichlichen und frühzeitigen Genuss von geistigen Getränken und in der vielfach behaupteten Verminderung der physischen Gewandtheit Gefahren für die Nase des Europäers.

Sehr interessant in Bezug auf die Septumdeviationen ist endlich die Theorie Potiquet's, welche in der *Semaine médicale* 1892, 17. und 24. März, durch schematische Zeichnungen erläutert ist. Potiquet meint in der Verschiebung des Nasenbodens nach hinten im Laufe des Wachsthumes einen ätiologischen Factor herausgefunden zu haben. Ich möchte denselben aber doch nicht gelten lassen, aus folgenden Gründen: Einmal, es muss bei der Rückwärtsverschiebung des Nasenbodens die obere Vomerante eine senkrechtere Stellung erlangen, so dass eher die Neigung zur Bildung einer Spalte zwischen dem Vomer und den beiden oberen Septumplatten, als zu einer Compression vorhanden ist; zweitens hebt sich im Wachstume des Europäers der Nasenrücken, senkt sich vorne der Nasenboden, wie Potiquet's Schemen selbst es darthun, und tritt der Nasenknorpel in einem so bedeutenden Maasse vor den Knochenrahmen, dass beim Europäer unmöglich ein stärkerer Andrang des Nasenknorpels gegen die *Lamina perpendicularis* resultiren kann, als bei den plattnasigen, von Septumdeviation so auffällig verschonten Racen; endlich sieht es nach Zuckerkandl's Abbildung, I. Band, Tafel II, Figur 1 aus, als ob sich der Nasenboden allein zurückbewegen könne, ohne den Knorpel mitzunehmen, weil der untere Knorpelwinkel in diesem Bilde vor dem knöchernen Rahmen sich befindet.

Die Form der Septumverbiegungen wird im Laufe der Maceration häufig verändert; hauptsächlich strecken sich die verbogenen Platten gerne gerader unter Zerbrechung der einen Sulcuslippe, so dass man häufig eine Verschiebung der beiden Knochenplatten in parallele Ebenen und mit Berührung der Seitenwände findet, welche einfach unnatürlich ist. Auch die Isolirung des nichtmacerirten Septum ist nicht gleichgiltig, da sich die Convexitäten abplatten könnten. Zu genaueren Studien eignen sich also besonders die Septen im Frontalschnitte der Nasenhöhlen oder solche, die in Verbindung mit der einen Nasenhälfte geblieben sind.

Ich will versuchen, an einigen Zuckerkandl'schen Abbildungen Beispiele für unsere bisherigen Betrachtungen zu bringen:

Einfaches Missverhältniss zwischen Höhe des Nasenraumes und des Septums.

- I. Band, 2. Auflage, Tafel XXV, Figur 2 } hoher  
I, XXXII, 2 } Gaumen,  
Henle's Atlas, VI. Theil, Seite 155, Figur 2 } flacher  
I, XXII, 1 } Gaumen,  
I, X, 5 }

I, XXXII, 6, isolirte Hypertrophie einer sehr dünnen Lamina perpendicularis;

dasselbe mit Complication:

- I, IV, 9, mit Concha bullosa,  
I, XXXI, 1, XXXIV, 4, mit Schwellkörperdruck,  
I, XI, 1, mit Umlegung der Crista palatina;

Narbenzug:

- IV, XV, 1 und 3,  
I, XXIV, 1 und 2 (zum mindesten hat hier der Narbenzug die Deviation verstärkt);

Deviation durch Crista septi im Sinne Zuckerkandl's II. Band, S. 14 (vergleiche weiter unten!):

- I, X, 5;

compensatorische Deviation:

- I, XXVII, 2, II, II, 8 etc. etc., I, IV, 11 zeichnet sich durch die Reinheit des Falles aus, weil keine Septumvergrösserung besteht;

Umlegung der Crista palatina:

- I, XXVI, 4 etc.

Deviation der Sagittallinien:

- ? I, III, 17; die Spina nasalis anterior ist nach rechts abgewichen; die Zeichnung lässt die Schiefstellung der Linea intermaxillaris nicht erkennen;

- I, XXVI, 3;

- I, XI, 3, Schiefstellung des Rostrum sphenoidale (und verschiedene Höhe der Choanen);

Verschiebung der Sagittalen gegen einander:

- I, XXVI, 4, I, XXVII, 4;

Geraderichtung des hypertrophischen Knorpels durch Bruch:

- II, I, 7.

Ich betone nochmals, dass diese Aufstellung nur ein Versuch ist.

Es erübrigt nur noch über die **Entstehung der Spinae und Cristae septi** zu sprechen.

Zuckerkandl (II. Band, Seite 15) nimmt an, dass die Verbreiterung der Cartilago quadrangularis an der Articulation mit dem Vomer den Anstoss zur Cristabildung giebt zu einer Zeit, wo die Rinne des Vomer rudimentär geworden ist. Ich stimme dem bei, soweit es sich um die doppelseitigen Cristen am vorderen Theile des Vomer handelt, mit dem Vorbehalte jedoch, dass man an einzelnen macerirten Schädeln eine so bedeutende Verbreiterung des nichtrudimentären Sulcus vomeris und des Canals für den streifenförmigen Fortsatz findet (vergleiche Zuckerkandl, I. Band, Tafel XXXII, Figur 4), dass der Eindruck selbst doppelseitiger Cristen auch bei

wohlerhaltener Vomerrinne entstehen kann. Für viele der einseitigen Cristen am vorderen Vomertheile und für die grosse Mehrzahl der Cristen und Spinen im Bereiche des streifenförmigen Fortsatzes kommen aber andere Factoren in Betracht. Diese sind:

1) ein verstärktes Längenwachsthum des streifenförmigen Fortsatzes. Fast nur durch Annahme eines solchen bietet sich die Möglichkeit, eine so geschlängelte Form der Crista, wie sie Zuckerkandl im II. Bande, Tafel X, Figur 7 abbildet, und das häutige wellenförmige, streng einseitige Wechseln der Crista von einer Seite zu andern zu erklären; auch die Septumdeviirung „in Folge der Leistenbildung“, wenn eine solche augenfällig durch Dehnung der Septumknochen und nicht durch primäre Hypertrophie derselben hervorgebracht ist, lässt sich nie durch die einfache Verbreiterung des leistenförmigen Fortsatzes, sondern nur durch Längsstreckung desselben, wozu sich allerdings meist eine Verbreiterung gesellt, erklären. Als sonstige Anlässe für das Wechseln der Crista konnte ich noch die Luxation des Knorpelfusses und horizontale Knickungen des Septums erkennen.

2) Die winkligen und kielförmigen Knickungen des Septums in der Linie des vorderen Vomerrandes. Zu solchen ist Anlass gegeben durch einen bedeutenderen Grad von verticaler Hypertrophie der knöchernen Septumplatten und von Verbiegungen und Verschiebungen der Sagittallinien, von letzteren vielleicht die vollkommen parallele Verschiebung ausgenommen. Dass die Verbiegung der unteren Sagittallinie von einer Neigung des zugehörigen Vomerstückes begleitet ist, ist oben schon auseinandergesetzt worden; es versteht sich ohne Weiteres, dass bei dieser Neigung die Sulcuslippe auf der concaven Seite höher, die entgegengesetzte aber tiefer zu stehen kommt, so dass der untere Rand des Knorpels gegen die concave Seite hinübergedrängt wird und den Ueberschuss an Masse über die tiefere Sulcuslippe hinweg in den freien Nasenraum stossen muss. Ich besitze ein Präparat, an welchem in Folge schlechter Entwicklung der Kieferhöhle bei früh acquirirtem Empyeme der ganze rechte Oberkiefer verkleinert ist und die Zahnreihe nach rechts emporsteigt; die untere Sagittallinie biegt nach rechts hintüber, die Cartilago quadrangularis ist in das linke Nasenloch luxirt. Man gewinnt in diesen und in vielen anderen Fällen den Eindruck, dass die Knickung in der Articulationslinie einen Reiz auf die Randpartien der Cartilago und den streifförmigen Fortsatz einerseits und auf die Randpartien der Septumknochen andererseits ausübe. Ein solcher Reiz kann nun sehr wohl verursacht sein einmal durch die Infraction der Sulcuswand auf der concaven Seite, welche Infraction manchmal eine kleine knöcherne Leiste auf der Gegenseite der Hauptcrista hervorbringt, dann aber besonders durch die langsame Zerrung am streifenförmigen Fortsatze und den daran befindlichen Articulationsflächen der beiden Knochenplatten. Behaupten doch die Orthopäden, dass, während durch rasche Zerrungen eine Relaxation der Gewebe eintritt, durch langsame Zerrung umgekehrt eine Erstarbung und Hypertrophie sich einstelle. Man kann aber für die Hypertrophien an den Articulationsstellen des streifenförmigen Fortsatzes noch eine andere, manifestere Erklärung geben: Durch die fortschreitende Extension der Canalwand auf der

convexen Septumseite kommt es zu Dehiscenzen in dieser Canalwand; durch die Knochenlücken kann nun reicheres Ernährungsmaterial an die Theile, die am Canal liegen, gelangen und eine Hypertrophie des streifenförmigen Fortsatzes und der anliegenden Knochentheile, welche die Knochenkapsel der Crista liefern, hervorbringen. Ganz möchte ich aber auf den „Zerrungsreiz“ nicht verzichten; nämlich das Septum eines Schädels mit fehlenden Kieferhöhlen, welches eine ganz gewaltige Dehiscenz in der Wand eines sehr hohen Vomercanals besitzt, zeigt keine Spur von hypertrophischer Knochenkapsel, sondern nur eine horizontale Ausbiegung der Stücke der Sulcuswand; eine Knickung und Deviation fehlt an diesem Septum vollständig. — Als Paradigma der Bildung von Cristen in Folge von Verschiebung der Sagittallinien nenne ich jene bei dem Haupttypus der Choanenasymmetrien (siehe meinen Aufsatz im Archive für Laryngologie, 1896).

3) Die oben unter den Knorpelbrüchen erwähnte Entstehung ganz vorne befindlicher Spinen.

4) Nasenbeinbrüche; diese waren stets bei grösseren senkrechten Leisten vorhanden.

5) Ungleichmässiges Wachstum der beiden ursprünglichen Vomerplatten. Diese, und Hypertrophien des ursprünglichen Septumknorpels, sind wohl die Ursache der Deviationen an Schädeln von Todten. Weisen doch auch die Alae vomeris ganz unmotivirte Verschiedenheiten auf.

Die Behauptung Loewe's (X. internationaler medicinischer Congress in Berlin), dass die Exostosen der Nasenscheidewand Hypertrophien des Jacobson'schen Organs seien, hat mir Anlass gegeben, auf Knorpelreste längs der Cristae und Spinae septi zu achten. Ich habe nur zur Seite von Cristen am allervordersten Theile des Septums manchmal papierdünne, scharf umgrenzte Knorpelspannen gefunden, welche nicht im Stande sind, die Crista merklich zu verstärken; hiermit erschöpft sich die Rolle, welche dem Jacobson'schen Organ betreffs der Septumverunstaltungen zugewiesen werden kann.

Ueber einen directen Einfluss der Rachitis vermag ich nicht mich auszusprechen.

Die **Richtpunkte für eine rationelle Behandlung** der Septumverunstaltungen sind folgende: Es muss angestrebt werden, nach Möglichkeit dem unbequemen Septum eine ebene, wenn auch geneigte Fläche zu verschaffen. Da es sich schliesslich immer um ein Zuviel der Knochenmasse handelt, ob dies Zuviel sich jetzt als Leiste und Dorn, oder als echte Hypertrophie oder passive Extension der Platten darstellt, so muss dieses Zuviel in geeigneter Weise weggenommen werden. Die Localisation der Ausbiegungen in der Binnenseite der Platten oder an den verschiedenen Rändern derselben bestimmt auch die Localisation unserer Schnitte und sonstigen Eingriffe. Die compensatorischen Deviationen erfordern eine vorangehende Behandlung etwa noch drückender Organe und Geschwülste und spannen der Narben. Die Aneinanderfügung der getrennten Septumtheile ist durch secundäre Schnitte und durch geeignete Tamponade zu bewerkstelligen. — Ob die Behandlung der adenoiden Wucherungen gewisse causale Momente beeinflusst, ist noch ganz unbekannt.

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. October 1896.

Vorsitzender: Prof. Politzer.

Schriftführer: Doc. Pollak.

Prof. Politzer eröffnet die erste Sitzung des zweiten Vereinsjahres mit einer kurzen Ansprache, begrüsst die anwesenden Mitglieder und Gäste und wirft einen Rückblick auf die erfolgreiche wissenschaftliche Thätigkeit der otolog. Gesellschaft im ersten Vereinsjahre, die Dank der eifrigen Leitung seines Vorgängers in dem Ende Juni abgehaltenen ersten Otologentage ihren würdigen Abschluss gefunden hat. Er spricht die Erwartung aus, dass die Mitglieder auch in diesem Jahre bestrebt sein werden, durch wissenschaftliche Beiträge den ehrenvollen Ruf, den sich die Gesellschaft in so kurzer Zeit erworben, zu erhalten und dass Jeder es als Ehrensache betrachten wird, das Ansehen der Gesellschaft zu fördern.

1) Dr. F. Alt stellt ein 12jähriges Mädchen vor, das am 7. Juli d. J. auf die Klinik Gruber gebracht wurde, mit der Angabe, es wäre vor acht Tagen an Mumps erkrankt, habe gleich am ersten Tage Hörstörungen dargeboten, die rasch unter Ohrensausen und leichtem Schwindel zunahmen, am dritten Tage wäre complete Taubheit eingetreten.

Die Untersuchung ergab: Trommelfell rechts normal, links destruiert (nach einer vor zwei Jahren bestandenen Eiterung). Vor beiden Ohren werden weder hohe, noch tiefe Töne gehört.  $C_2$  von beiden Warzenfortsätzen und vom Scheitel aus hochgradig verkürzt. Complete Taubheit für laute Sprache, Hörrohr und Pfeife. Da das Kind nicht aus Wien ist, wurde dem Hausarzte empfohlen, Jodkali zu verabreichen und 20 Pilocarpin-Injectionen auszuführen. Die Angehörigen wurden über das Wesen der Hörübungen aufgeklärt, auch dieselben zur Ausführung empfohlen. Allen Anordnungen wurde in gewissenhafter Weise entsprochen und das Kind am 8. August neuerlich auf die Klinik gebracht. Es zeigte Hörvermögen links auf 30 cm, rechts in unmittelbarer Nähe des Ohres für Conversationssprache.

Heute ist die Hörweite links auf 1 m, rechts auf 30 cm nachweisbar.

Im Anschluss an die Vorstellung der Kranken bespricht Alt die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Mumpstaubheit, sowie die Theorien über das Entstehen der Ertaubung von Roosa, Virchow und Colin. Für den vorgestellten Fall supponirt er, nach Moos, ein seröses Exsudat in die Schnecke (Mangel von schweren Coordinationsstörungen) oder den Hörnervenstamm. Ob die Erkrankung ohne jede Therapie zurückgegangen wäre, oder aber, welches der zur Anwendung gelangten Heilmittel, Jod, Pilocarpin, Hörübungen, den Heilerfolg für sich in Anspruch nehmen darf, will er dahingestellt sein lassen.

### Discussion.

Urbantschitsch hat einen Fall von doppelseitiger Taubheit nach Mumps nicht beobachtet, dagegen vier Fälle von einseitiger



Affection. In einem dieser Fälle hat er mit Erfolg den constanten Strom angewendet, nach dessen 20maliger Anwendung sich Hörfunctio wieder einstellte. Von Pilocarpin hat er keinen Erfolg beobachtet. Er sah auch einseitige Acusticusanästhesie bei Erkrankung der Submaxillardrüse eintreten; in einem Falle trat nach vier Tagen vollständige Taubheit auf, in einem anderen Falle dauerte die Taubheit  $1\frac{1}{2}$  Jahre und wich dann spontan.

Gruber hat in Fällen doppelseitiger Affection noch nie einen Heilerfolg beobachtet, dagegen bei einseitiger Taubheit zu wiederholten Malen auch ohne jedes Hinzuthun. Gewöhnlich wendet er resorbirende Mittel an, unter diesen am meisten Jodkali. Von Pilocarpin habe er keinen Erfolg gesehen. Hörübungen können wohl bei einer 14tägigen Anwendung in Fällen von totaler Taubheit kaum Besserung herbeigeführt haben. Uebrigens meint er, dass die Taubheit bei Mumps Folge einer Exsudation in die schallempfindenden Gebilde des Gehörorganes sei. Je nach dem Exsudate und der durch dasselbe herbeigeführten Zerstörungen werde der Fall schwerer oder leichter zur Heilung gebracht werden können.

Urbantschitsch bemerkt gegenüber Gruber, dass er auch in Fällen von Luestaubheit durch Hörübungen gute Heilerfolge erzielt habe.

v. Frankl sah in einem Falle von Mumps doppelseitige Facialislähmung und Polyneuritis.

Politzer hält gegenüber von Colin die Ansicht fest, dass der Parotitis epidem. eine auf der Parotis sich localisirende Infectiouskrankheit sei, bei der die mit Ertaubung einhergehende Labyrinthaffection gleich den im Nebenhoden und der Mamma auftretenden Exsudationen als Metastase aufzufassen ist.

2) Doctent Dr. Gomperz stellt einen 7jährigen Knaben mit einem sehr eigenthümlichen Befunde vor. Der kleine Patient acquirirte vor  $3\frac{1}{2}$  Jahren nach Scharlach eine linksseitige Ohrentzündung; der Ausfluss, der nie sistirt haben soll, war im Januar d. J. bei der ersten Vorstellung profus und stinkend und zeigte sich der Gehörgang in der Tiefe von einer Senkung der oberen Wand verlegt, die, über erbsengross, kugelig, nur einen dünnen Spalt zwischen sich und der unteren Gehörgangswand freiliess. Da eine quere Spaltung dieser Intumescenz und Auskratzung nur vorübergehenden Erfolg brachte, wurde von Gomperz Mitte März die Radicaloperation nach Zaufal ausgeführt, wobei sich käsiger Eiter im Antrum, eine kirschgrosse, mit Granulationen erfüllte Höhle im Warzenfortsatz und Defect der ersten zwei Gehörknöchelchen vorfand. Es wurde die Plastik nach Körner gemacht, wobei sich zeigte, dass schon eine fast vollständige Atresie des Gehörgangs knapp vor dem Trommelfell bestand; auch kostete es einige Mühe, den Lappen zu bilden. Der Heilungsverlauf war ganz glatt, Anfangs Mai hatte die Eiterung sistirt; doch zeigte sich in ein- bis mehrwöchentlichen Intervallen noch immer etwas geruchloser Eiter. Der transplantierte Lappen hatte sich sehr schön angelegt, eine cirunde, scharfrandige Lücke nahm fast das ganze Trommelfell ein, nur hinten oben hatte sich ein sichelförmiger Streifen regenerirt. So blieb es bis in den August hinein.

Ende September wurde der Patient wieder gebracht, da er über öftere Kopfschmerzen klagte und auch erbrach.

Die Eiterung war minimal, aber in der ganzen Breite des durch die Radicaloperation erzeugten Knochendefectes im knöchernen Gehörgang und noch weiter in seinen knorpeligen Abschnitt hinein wölbte sich ein graublauer, derb elastischer Wulst halbeylindrisch vor. Gomperz änderte nichts an den Verordnungen. Heute ist diese Geschwulst so vergrössert, dass sie, angefangen vom Margo tympanicus, bis fast an die Concha von der oberen Wand herabragend, den Gehörgang schon wesentlich verengt.

Die Farbe ist graublau, wie wenn ein trübes Medium vor einem dunklen Hintergrund lagert. Gomperz glaubt, es könne sich um eine Abhebung des Körner'schen Lappens mit Cholesteatombildung handeln; doch will er jedenfalls zuerst eine Probepunction machen, da man doch daran denken könne, dass es durch Schwund des Tegmen antri zu einer Vorlagerung der Dura gekommen sei.

Jedenfalls wolle er vor einem operativen Eingriffe dieses seltene Bild demonstrirt haben.

Urbantschitsch bemerkt, dass es sich hier wahrscheinlich um eine epitheliale Membran und Cholesteatombildung dahinter handeln dürfte; er habe zwei derartige Fälle gesehen und durch Spaltung rasche Heilung erzielt.

Kaufmann hat in Halle einen solchen Fall gesehen und als Epithelcyste kennen gelernt.

Politzer glaubt, dass es sich um eine neugebildete Bindegewebsmembran handle, durch welche der Attic vom Atrium der Trommelhöhle abgeschlossen wurde und dass der abgeschlossene Attic viscidem Schleim enthält.

3) Prof. Politzer: Operative Freilegung der Mittelohrräume, Entfernung des abgestossenen Trommelfellrahmens und des sequestrirten Labyrinthes.

Der Fall betrifft eine 30jährige Frau aus Galizien, die seit ihrer Kindheit an rechtsseitiger Otorrhoe leidet, und bei der sich vor drei Monaten eine schmerzhaftige Exacerbation der Mittelohreiterung und bald darauf eine rechtsseitige, totale Facialparalyse entwickelte. Vor ihrer Aufnahme auf die Klinik wurden auswärts polypöse Wucherungen aus dem Gehörgang entfernt. Die Untersuchung ergab profuse Mittelohreiterung, das Mittelohr und ein grosser Theil des knöchernen Gehörgangs mit derben Granulationen erfüllt. Der Gehörgang im Ganzen etwas verengt. Warzenfortsatz äusserlich normal, nicht druckempfindlich. Die Stimmgabelprüfung ergiebt kein verwertbares Resultat, da die Angaben der Patientin beim Weber'schen und Rinne'schen Versuch bezüglich der Localisation der Tonempfindung widersprechend sind. Die Perceptionsdauer für Stimmgabelschwingungen von verschiedener Tonhöhe ist verkürzt. Gravidität im sechsten Lunarmonate.

Mit Rücksicht auf den localen Befund und auf die Facialparalyse wurde am 1. October zur operativen Freilegung der Trommelhöhle geschritten und nach schichtweiser Abmeisselung des mittleren und oberen Theiles des Proc. mastod. das mit Eiter und Granulationsmassen

erfüllte Antrum eröffnet und ausgeräumt. Hierauf wurde nach Abtragung der knöchernen hinteren und oberen Gehörgangswand und der Wand des äusseren Attic die Trommelhöhle freigelegt und zum Auskratzen der massenhaften Granulationen geschritten. Beim Ausräumen mit scharfem Löffel stösst man auf mehrere, in Granulationen eingebettete Sequester, welche nacheinander entfernt werden. Der eine Sequester erweist sich als der Modiolus der knöchernen Schnecke, an welcher noch die knöcherne Lamina spiralis deutlich sichtbar ist. Er ist 3,5 mm breit, 1,5 mm hoch und circa 3 mm lang. Ein, wie es scheint, ursprünglich mit diesem im Zusammenhang gewesenes Stück von etwa 1,5 mm Breite und Dicke wird isolirt entfernt. Ein zweiter Sequester ist der vordere Abschnitt des Schneckengehäuses. Der grösste Sequester, der nur mit Mühe entfernt wird, ist ein längliches, zackiges Knochenstück, an welchem man deutlich ein Stück des horizontalen Bogenganges, sowie die angrenzenden Theile des knöchernen Vorhofsrands erkennen kann. Nach Ausräumung dieser Granulationsmassen und Sequester zeigt sich noch in den vorderen unteren Parthien des Mittelohres viel Eiter. Ausspritzung. Verband. Verlauf vollkommen normal und afebril.

Die Secretion in der Tiefe ist nach vierwöchentlicher Wundbehandlung eine minimale, die totale Taubheit und die Facialparalyse unverändert.

4) Dr. D. Kaufmann: Demonstration eines Kranken mit completer beiderseitiger Taubheit, aufgetreten drei Tage nach einem Fall auf das Hinterhaupt.

J. S., 13 Jahre alt, früher gesund, speciell niemals ohrenleidend und gut hörend, glitt am 26. September d. J. beim Turnen am Reck aus, fiel mit dem Hinterkopf rechterseits auf den Boden auf; er verlor nicht das Bewusstsein, verspürte sofort heftigen Schmerz im Kopfe und Schwindel; nach einer halben Stunde ging er in Begleitung eines Kameraden in seine etwa fünf Minuten entfernt gelegene Wohnung; hier erbrach er. In der Nacht wiederholtes Erbrechen, Kopfschmerz und Schwindel. Die zwei folgenden Tage fühlte sich der Knabe etwas besser; am 29. Nachmittags trat plötzlich beiderseitige Taubheit auf. Am 1. October suchte Pat. das Ambulatorium der Klinik Politzer auf, woselbst folgender Befund constatirt wurde: Der Knabe ist seinem Alter entsprechend gross; Schädel rhachitisch. Am rechten Scheitelbeine eine nach vorne bis an die Coronarnaht, median bis an die Sagittalnaht, nach aussen bis etwas über das Tuber parietale und nach hinten bis zur Lambdanaht sich erstreckende, 2—3 cm hohe, von normalen Weichtheilen bedeckte, deutlich fluctuirende, schmerzlose Geschwulst. Die Zacken der Lambdanaht sehr gut durchzufühlen, darüber ein dreieckiges Stück des unteren Endes des Os parietale in einer Ausdehnung von über 2 cm Länge und an der Basis 1 cm Breite, etwa  $\frac{1}{2}$  cm tief eingedrückt. Die Haut des rechten Warzenfortsatzes leicht grün verfärbt.

Seitens des Nervensystems keine Abnormitäten nachweisbar, innere Organe normal (im Urin kein Zucker, kein Albumen), Augenhintergrund und Schärfe normal (geringer Nystagmus horizontalis seit längerer Zeit). Ohrmuschel und Gehörgang normal, Trommelfell retrahirt, keine

Zeichen von Verletzung. Complete Taubheit, auch für Pfeife und Trompete, hört keine Stimmgabeln; deutliches Schwanken bei Umdrehen mit geschlossenen Augen. Die mittelst Pravaz'scher Spritze vorgenommene Probepunction der fluctuirenden Geschwulst am Scheitel ergab eine hellrothe, dünne, blutige Flüssigkeit.

Der weitere Verlauf der Erscheinungen war der, dass zunächst der Schwindel in einigen Tagen ganz schwand und dass die fluctuirende Geschwulst sich spontan vollkommen resorbirte; die infrangirte Stelle am Scheitelbein war am 8. October nicht mehr abgrenzbar. Am linken Ohre besserte sich die Taubheit nur sehr wenig (Pat. hat kein Vocalgehör), am rechten Ohre wurden schon am 2. October Vocale und einzelne Worte auf eine Distanz von  $\frac{1}{4}$  m deutlich verstanden, am 4. der Ton einer Pfeife und Trompete durch die Länge des ganzen Zimmers richtig gehört. Jetzt besteht r. Hörvermögen für einzelne Worte bis  $\frac{2}{3}$  m, die Stimmgabel wird vom Knochen überall nach r. lateralisirt. Perceptionsdauer für hohe und tiefe Töne hochgradig herabgesetzt. Die Therapie bestand in Jodnatrium intern, Pilocarpininjectionen, Strychnininjectionen.

Es war demnach bei dem Patienten eine Infractio des rechten Scheitelbeines mit Haematocele (Meningocele spuria?) und complete beiderseitige Taubheit mit Schwindelerscheinungen vorhanden.

Dr. Kaufmann erörtert nun ausführlich die Frage nach dem Sitze des Krankheitsherdes und glaubt eine centrale Affection (Schläfclappen-, Acusticusbahnen: innere Capsel, Corpora geniculata, Vierhügel), sowie eine beiderseitige Affection in der Medulla oblongata, ferner auch eine Fractur der Schädelbasis mit Verletzung beider Schläfebeine für diesen Fall ausschliessen zu können. Seiner Ansicht nach ist der Sitz der Erkrankung in beiden Labyrinth anzunehmen und entweder eine traumatische Läsion der Labyrinth, eventuell sogenannte Comotio labyrinthica, oder eine in Folge einer Gehirnerschütterung aufgetretene Labyrinthaffection vorhanden.

Dr. Kaufmann weist auf die Versuche über Gehirnerschütterung hin (Ferrari, Duret, Gussenbauer), aus denen hervorgeht, dass durch die Compression des elastischen Schädels eine plötzliche Drucksteigerung hervorgerufen wird, welche den ganzen Inhalt des Endocraniums betrifft, und wobei der Liquor cerebrospinalis den erhaltenen Bewegungsimpuls als Welle fortzuleiten im Stande ist. Dieser Wellenstoss pflanzt sich nach allen Richtungen fort, und wird sich besonders in jenen Regionen geltend machen, wo sich die grössten Ansammlungen der Cerebrospinalflüssigkeit ergeben müssen (z. B. auch an der Schädelbasis). Diese plötzliche Drucksteigerung müsste sich bei der nachgewiesenen Communication der Subarachnoidealräume mit den perilymphatischen Räumen auch auf diese übertragen. Durch die elastischen Verschlüsse dieser Räume gegen die Endolymphe wird auch diese plötzlich unter höheren Druck versetzt, und es könnte dabei in den Wandungen dieser Räume ebenso zu kleinen Blutungen kommen, wie sie von Duret an den Wandungen der grösseren Liquorbecken bei Comotio cerebri nachgewiesen wurden (Auftreten von capillären Zerreissungen und sonstigen Schädigungen an Stellen, welche von der Einwirkungsstelle des Trauma weitab liegen).

Zur Erklärung der erst drei Tage nach dem Trauma aufgetretenen Taubheit glaubte Dr. Kaufmann die Ansichten Bollinger's, Schmau's und Michel's über die sogenannte traumatische Spätapoplexie verwerten zu dürfen (traumatische Degeneration, Erweichungsnecrose, secundäre Blutungen).

Dr. Kaufmann erwähnt dann die in der Literatur verzeichneten analogen Fälle von Urbantschitsch, Politzer, Schwartz etc., die anatomischen Untersuchungen Habermann's, sowie die Experimente Ostmann's, und glaubt, dass erst weitere physiologische und experimentelle Untersuchungen eine Aufklärung dieser Fälle ermöglichen werden.

#### Discussion:

Prof. Gruber meint, dass eine Fissur der Basis cranii nicht auszuschliessen ist, wenn auch das Trommelfell intact ist. Eine Blutung in das Labyrinth kann auch dabei erst einige Tage nach dem Trauma auftreten. In diesem Falle spreche allerdings dagegen, dass Pat. anfangs, zu hören.

Prof. Politzer schliesst sich der Ansicht Gruber's an, doch könnte man auch annehmen, dass durch die Erschütterung der Schädelknochen selbst eine Blutung in das Labyrinth entstanden sei.

Dr. Kaufmann: Wenn auch aus der Literatur bekannt sei, dass Schädelbasisfractur ohne schwere Symptome verlaufen könne, so spreche bei diesem Kranken das Fehlen aller charakteristischen Symptome, ferner die Richtung der Gewalteinwirkung, das späte Auftreten der Taubheit, die Besserung der Erscheinungen gegen die Annahme einer Schädelbasisfractur.

Prof. Gruber erinnert demgegenüber an einen in der Gesellschaft der Aerzte seiner Zeit von Prof. Weinlechner vorgestellten Fall von Fractura baseos cranii, bei welchem die Symptome so leicht erschienen, dass Pat. aus dem Spitale entlassen werden sollte, am nächsten Tage trat aber Exitus letalis auf. Er möchte auch in diesem Falle die Prognose noch nicht günstig stellen.

5) Doc. Dr. Pollak weist auf die Schwierigkeit hin, in grossen Ambulatorien die Catheter gut zu desinficiren und die Uebertragung von Infectionskrankheiten zu verhüten. Er hat zur Vermeidung dieser Uebelstände von Reiner in Wien einen geeigneten Behälter anfertigen lassen, in welchen die Catheter, durch eine mit Nummern versehene verlöcherter Kautschukplatte durchgeschoben, für die einzelnen Kranken reservirt, in antiseptischen Flüssigkeiten aufbewahrt werden.

6) Dr. Daniel Kaufmann: Demonstration von Präparaten. I. Otitis med. suppur. chron. Pyämische Erscheinungen. Radicaloperation, Eröffnung eines Extraduralabscesses — 15 Tage später Hirndrucksymptome, Operation eines rechtsseitigen Temporallappenabscesses. Thrombophlebitis. Meningitis.

Das Präparat stammt von einem 19jährigen Manne her, der in seiner Kindheit Masern und Lungenentzündung überstanden hatte. Die Ursache und die Zeit des Beginnes der Ohrerkrankung wusste er nicht anzugeben, aber es bestand seit Jahren Schwerhörigkeit und Ausfluss aus beiden Ohren. Mitte August d. J. wurde er von einem

heftigen Schüttelfrost befallen, nachher intensiver Stirnkopfschmerz und starke Schmerzen in und hinter dem rechten Ohre. Gleichzeitig trat Schwindel und Erbrechen auf. Auf Anrathen eines Arztes, der Polypen im Ohre constatirte, begab sich der Kranke behufs Operation nach Wien. Auf der Fahrt wurde er wieder von einem Schüttelfrost befallen und litt an starkem Kopfschmerz. Ende August erschien er im Ambulatorium der Klinik Politzer, woselbst beiderseits Otitis media suppurativa chronica cum destructione membr. tympani, Schwellung und Granulationsbildung an der Paukenschleimhaut, übelriechende Eiterung, Herabsetzung der Hörweite für laute Sprache beiderseits auf 1—2 m constatirt wurde. Seitens des Warzenfortsatzes keine Erscheinungen. In Folge Sperrung der Ohrenklinik musste der Patient zunächst auf eine interne Abtheilung (Prof. Drasche) aufgenommen werden. Es bestand Temperatursteigerung bis 39,8 ohne Schüttelfrost, Augenhintergrund normal, in den inneren Organen keine Erkrankung nachweisbar, Sensorium stets frei, jedoch heftige Kopfschmerzen und Schwindel, geringe Druckempfindlichkeit unterhalb der Spitze des rechten Warzenfortsatzes. Am 3. September wurde nun die Radicaloperation mit Freilegung des Sinus vorgenommen. Weichtheile und Corticalis des Proc. mastoid. normal. In geringer Tiefe und kaum  $\frac{3}{4}$  cm hinter dem Meatus lag schon der Sinus frei. Knapp neben demselben zeigt sich nun dickflüssiger, nicht übelriechender Eiter, der unter höherem Druck in einer Menge von mehr als einem Kaffeelöffel von vorne oben hervorstürzt. Mit der Sonde gelangt man durch das in fast 1 cm grosser Ausdehnung fehlende Tegmen mastoid. in eine subdural gelegene, nussgross erscheinende glattwandige Höhle. Von der Wundöffnung aus war die Dura nicht sichtbar. Freilegung des Sinus in seinem ganzen Verlauf durch den Proc. mastoid., die Wand nur an einer kleinen Stelle seines obersten Abschnittes schmutzig graugrün belegt, sonst überall normal. Der Sinus wurde nicht eröffnet. Hierauf Ausführung der Radicaloperation, Antrum, oberer Trommelhöhlenraum und Mittelohr vollgefüllt mit schmutzig grauweissen durchfeuchteten Epidermis- (Cholesteatom-)massen, hinter welchen weiche Granulationen den Knochenwänden anhaften. Gehörknöchelchen nicht vorhanden. Spaltung der membranösen Gehörgangswand, Naht, Jodoform-Verband. Die nächsten Tage war Pat. afebril, klagte nur über starke Kopfschmerzen, beim ersten Verbandwechsel am fünften Tage zeigte sich die Wunde normal, ebenso bei den folgenden Verbänden, sehr wenig Secret. Am 14. erbrach der Kranke wiederholt, am 18. September trat plötzlich Temperatursteigerung, 38,2, und Benommenheit des Sensoriums auf. Pulsverlangsamung (54), leichte Ptosis. Sehr geringe Pupillenreaction. Augenhintergrund normal. Keine Nackensteifheit. Fehlen des Patellarreflexes. Der Kranke wurde nun behufs neuerlicher Operation (Extradural-Hirnacces?) auf die Klinik des Professor Albert transferirt und in leichter Aethernarcose operirt (Dr. Ewald). Bogenförmige Verlängerung der bestehenden Schnittwunde nach oben, 3—4 cm über der Anheftung der Ohrmuschel, daselbst wird der Knochen an der oberen Grenze durchgemeisselt, nach unten umgeklappt, und die Dura des rechten Temporallappens an der lateralen und basalen Fläche freigelegt. Deutliche Pulsation,

eine kleine Stelle an der lateralen Fläche erscheint wegen ihrer bläulichen Verfärbung suspect. Dasselbst wird die Dura incidirt, wonach sich Gehirnmasse vordrängt. Es wird nun ein Scalpell in den Temporallappen bis etwa 3 cm Tiefe und in der Richtung nach vorne vorgeschoben. An der Spitze des Messers klebt dicker Eiter, der sich aber trotz breiter Incision nicht entleert. In den Stichcanal wird nun eine dicke Cantile an einer etwa 5 cm fassenden Spritze vorgeschoben und aus der Tiefe von 3 cm durch Aspiration missfarbig grünlicher, dicker, höchst übelriechender Eiter entleert. Der Stichcanal wird sodann durch eine Kornzange offen gehalten, wobei sich noch circa 10 ccm Eiters entleeren. Einführung von Jodoformgaze in die Abscesshöhle, Hautnaht. Verband. Sofort nach der Operation Puls 70, Sensorium freier, Nachmittags antwortet Pat. auf Anrufe, verlangt Wasser, ist aber sehr unruhig. 19. IX. Temperatur 39,6. Grosse Unruhe. Verbandwechsel. Hirnprolaps, der prolabirte Theil ist etwa hühnereigröss. Nachmittags muss der Verband wieder gewechselt werden, da der Kranke sehr unruhig war und den Verband herabriss. Bei Abnahme des Verbandes zeigen sich zwei Hirnstücke, von fast Hühnereigrösse, lose im Verbande liegend. Abends T. 39,8. 20. IX. Bewusstlosigkeit, Ptosis r., Unruhe. Trismus. Pupillen ungleich (l. weiter), nicht reagirend, Sehnenreflexe fehlen. Puls 160. Temp. 40. 10 Uhr Abends Exitus.

Obductionsdiagnose: Abscessus cerebri ichorosus lobi temporalis dextri cum perforatione in ventricul. lateral. dextr. e thrombophlebitide purulenta ichorosa sinus sigmoid. dextr. subsequente meningit. purulenta. diffusa.

7) Dr. D. Kaufmann demonstrirt ein Präparat einer Missbildung beider Ohren, Missbildung beider Ohrmuscheln, Fehlen der Gehörgänge, der Trommelfelle, Missbildung der Gehörknöchelchen.

(Der Fall wird nach genauerer histologischer Untersuchung seiner Zeit ausführlicher publicirt.)

8) Dr. Gustav Brühl spricht über eine Injectionsmethode des Felsenbeins mit metallischem Quecksilber. Die in 2—10 proc. Salzsäure entkalkten und entwässerten Schläfenbeine von Neugeborenen, Erwachsenen und Thieren werden nach Verschluss der vorhandenen Oeffnungen mit Schwamm durch die Fenestra ovalis mittelst einer Pravazspritze mit Quecksilber injicirt; auch der Canalis Fallopiæ kann so gefüllt werden. Um den Knochen durchsichtig zu machen, benutzt Vortragender die von Katz angegebene Methode (A. f. O., Bd. XXXIV), etwas modificirt, indem er die Präparate in Xylol aufhängt. — Mittelst der Injection fand er den Cubikinhalte des inneren Ohres beim Neugeborenen ca. 120 mm<sup>3</sup>, beim Erwachsenen 210 mm<sup>3</sup>. Photographien dieser und unentkalkter Präparate mit Röntgen geben gute Bilder des knöchernen Labyrinthes. Vortragender demonstrirt eine Reihe derartiger Bilder und Präparate von Neugeborenen, Erwachsenen, Affen und Hunden, an denen alle Einzelheiten des knöchernen Labyrinthes überaus deutlich erkennbar sind und schliesst seine Demonstration mit seinem Dank an Prof. Politzer, Dr. Tandler, Dr. Buber und Püch für die Unterstützung bei seinen Versuchen.

## Sitzungsbericht der New-Yorker Academy of Medicine.

### Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Sitzung vom 23. October 1895.

Vorsitzender: Dr. D. Bryson Delavan.

Dr. Delavan: Demonstration neuer Beleuchtungsapparate, Phantome, Reflectoren, deren Rückseite aus Aluminium gearbeitet ist, und einer Anzahl neuer Instrumente für Kehlkopf, Trachea und Nase.

Dr. W. Gleitsmann: Demonstration des Kirstein'schen Autoscops, der electrischen Säge und des electrischen Masseur von M. Schmidt, Kehlkopfmesser und Curetten, eines Grünwald'schen Bestecks für die Nebenhöhlenoperationen.

#### Ein typisches, syphilitisches Neoplasma oder Sarcom des Larynx.

Dr. W. F. Chappel stellt einen 38jährigen Mann vor, bei dem vor zwei Jahren ein Neoplasma auf der rechten Seite des Larynx und der Epiglottis bestand, welches unter grossen Dosen Jodkali bis auf eine geringe Verdickung verschwand. Einen Monat nach der Entlassung war die Epiglottis wieder gänzlich infiltrirt, so dass sie schliesslich (Juni 1895) entfernt wurde. Späterhin hat sich ein blumenkohlartiges Gewächs entwickelt, welches den ganzen Kehlkopfeingang umgiebt, mit Infiltration der Aryknorpel und aryepiglottischen Falten. Grosse Dosen Jodkali (mehr als 30 Gr. innerhalb 24 Stunden) hatten keinen Erfolg, obwohl drei Pathologen den Tumor für syphilitischer Natur erklärten. Die Geschwulst sieht wie ein Sarcom aus und es fragt sich, ob hier einer jener Fälle vorliegt, in denen sich ein syphilitisches Neoplasma in ein malignes umgewandelt hat.

Vorsitzender Dr. Delavan eröffnet das neue Sitzungsjahr mit einer Ansprache und hält den im vergangenen Jahr verstorbenen Collegen Dr. Jarvis in New-York und Prof. Hans Wilhelm Meyer in Kopenhagen einen warmen Nachruf.

#### Die Verbiegung der knorpeligen Nasenscheidewand. Behandlung derselben.

Dr. Emil Meyer: Nach einigen Bemerkungen über Vorkommen und Folgezustände der Septumdeviationen, von denen eine Beobachtung von Asthma mit maniakalischen Anfällen hervorzuheben ist, die nach Beseitigung der Deviation schwanden, schildert M. die sog. Asch'sche Operation, die er in mehr als 20 Fällen erprobt hat. Nach sorgfältiger Reinigung der Nase, Ausschluss resp. Beseitigung von Verwachsungen und adenoiden Vegetationen, wird die Convexität der Deviation mittelst der Knorpelscheere durch 2 auf einander möglichst senkrecht stehende Schnitte kreuzförmig eingeschnitten, dann mit dem Finger die Segmente in die Concavität hineingedrückt, wobei man darauf bedacht sein muss, sie auch wirklich abzurechen. Compression und Blutstillung durch eine geeignete Nasenzange. Nach Aufhören der Blutung und Entfernung der Gerinnsel wird eine abgepasste, gefensterter Hohl-schiene von vulcanisirtem Kautschuk eingelegt, ein ähnlicher kleinerer



Tubus in die andere Nase, um zur Vermeidung von Nachblutungen einen Gegendruck auszuüben. Die Nachbehandlung besteht in täglichem Wechsel der Schienen und Reinigung der Nase mittelst Spray. Patient liegt am besten die ersten Tage zu Bett. Etwa 5 Wochen hindurch werden die Schienen beständig getragen, dann noch eine Woche nur des Nachts. Der Erfolg ist ein vollständiger.

Vorsitzender Dr. Delavan hat ebenfalls gute Erfolge mit dieser Methode gehabt.

Dr. Morris J. Asch hebt die Leichtigkeit und Harmlosigkeit der Operation hervor. Etwaige grössere Blutungen bekämpft er mit einem stets bereitgehaltenen, eiskalten Spray. Einige Male hat er stecknadelkopfgrosse Perforationen nach der Operation beobachtet, die aber ohne Bedeutung waren.

Dr. Jonathan Wright hat nicht so günstige Erfolge gehabt: namentlich wurden ihm die Schienen häufig durch Zurückschnellen des Septums herausgedrängt. Er hat deshalb längere (2—3 Zoll) Tuben benutzt.

Dr. W. K. Simpson hält die Asch'sche Operation für sehr zweckmässig. Er zieht die flachen Meyer'schen Schienen den ursprünglich von Asch angegebenen vor, weil sie den Druck über das ganze Septum verteilen und besser sitzen.

Dr. W. C. Philippi glaubt, dass die seitlichen Fenster der Schiene zu übermässiger Granulationsbildung oder Ulcerationen Veranlassung geben könnten. Die Nachbehandlung sei ebenso wichtig, wie die Operation selbst.

Dr. T. Passmon Behrens hat üppige Granulationsentwicklung beobachtet. Er zieht gefensterter Korkschiene vor.

Dr. R. C. Chyles macht darauf aufmerksam, dass es manchmal schwierig sei, die oberen Segmente vom unteren Rande der perpendicularen Siebbeinplatte loszubrechen. Er hat einige Male Perforationen beobachtet.

Dr. Asch führt die schlechten Erfahrungen, die Dr. Wright mit den Schienen gemacht habe, darauf zurück, dass die Operation nicht in der von ihm angegebenen Weise gemacht worden sei. Würden die Segmente, was sehr wesentlich, wirklich abgebrochen, so könne von einem Zurückschnellen des Septums und Heraustreiben der Tube nicht die Rede sein.

Dr. Jon. Wright hat die Tube nicht nur durch das Zurückschnellen des Septums, sondern auch durch die reactive Schwellung heraustreiben sehen.

Dr. Meyer hebt hervor, dass die Schiene (oder Tube) für jeden einzelnen Fall passend gewählt werden müsste und dann auch gut sitze. Kautschuk hält er für aseptischer als Kork. Die Fenster sollen nicht zur Drainage, sondern zur Befestigung der Schiene in ihrer Lage dienen. Erhebliche Granulationsbildung hat er niemals gesehen.

Vorsitzender Dr. Delavan regt zur Veranstaltung von Sammlungen an für das Denkmal des verstorbenen Prof. Meyer in Kopenhagen. Es wird ein Comité gewählt.

## Zur Perceptionsfähigkeit des normalen menschlichen Ohres.

(Erwiderung auf die „Bemerkungen“<sup>1)</sup> des Hrn. Dr. Denker zu meinem Aufsätze „Otologische Mittheilungen“ in der Deutschen med. Wochenschr. 1896, No. 37.)

Von

Dr. Ludwig Jankau.

In meinem Aufsätze „Otologische Mittheilungen“ habe ich mich dahin geäußert, dass die Angaben in den Lehrbüchern, wonach Flüstersprache vom normal hörenden Menschen auf 20—25 Mtr. gehört werde, nicht richtig sei. Wenn ich in einem Lehrbuche kurz lese, dass die Flüstersprache auf 20—25 Mtr. gehört werde, so nehme ich an, dass dies das Mittel der Ergebnisse ist. Dass dies jedoch nicht so ist, wollte ich mit meiner vorläufigen Mittheilung „feststellen“.

Gegen diese Mittheilungen zieht nun Herr Denker zu Felde und glaubt besonders auch, dass es angebracht gewesen wäre, meine Behauptungen an derselben Stelle näher zu begründen und zu beweisen.

Herr Denker führt in erster Linie seine Ergebnisse bezüglich der Perceptionsfähigkeit normaler Ohren an, welche er bei 2500 Gehörorganen (Schüler aus Gymnasien, Realgymnasien, Fach- und Gewerbeschule und Schülerinnen aus der höheren Mädchenschule) erhalten hat. „Von 2500 Gehörorganen konnten 1134 Flüsterzahlen auf eine Entfernung von 20—25 Mtr. wahrnehmen und etwa  $\frac{2}{3}$ , also 1600, hatten eine Perceptionsfähigkeit von 15 m und mehr für Flüsterzahlen.“ „Aus dem Angeführten,“ so fährt Herr Denker an anderer Stelle fort, „geht hervor, dass durch meine Untersuchungen die „Feststellung“ des Herrn Jankau bezüglich der Hörweite des normalen menschlichen Gehörorgans für die Flüstersprache keine Bestätigung findet“.

Aus dem Angeführten des Herrn Denker geht für mich in erster Linie hervor, dass thatsächlich Flüstersprache vom normal hörenden Ohr nicht, wie es in den Lehrbüchern heisst, 20—25 Mtr. gehört wird, sondern von  $\frac{2}{3}$  15 Mtr. und mehr, von 33 pCt. 20—25 Mtr., d. i. durchschnittlich 17—20 Mtr. Herr Denker beweist also zunächst, auf was ich selbst hinweisen wollte, durch seine Untersuchungen, dass ein Durchschnittshören von 20—25 Mtr. für Flüstersprache (Zahlen) zu hoch ist. Immerhin sind seine Zahlenergebnisse höher als die meinen. Und worauf ist dies zurückzuführen, d. h. wodurch entstehen zwischen unseren Untersuchungen Differenzen?

Wie oben erwähnt, machte Herr Denker seine Untersuchungen an Schülern. Diese scheinen mir, um es gleich zu sagen, durchaus ungeeignet, um die für die Functionsprüfung des Ohres und die davon abhängigen diagnostischen Merkmale wichtigen Daten zu geben. — Wir müssen doch ein derartiges Untersuchungsmaterial aus dem Publikum wählen, das die Sprechstunden der Ohrenärzte am meisten ausmacht, d. h. aus den verschiedensten Ständen, und es ist schon

• <sup>1)</sup> Siehe diese Monatsschrift 1896, October.

a priori anzunehmen, dass Schüler „im Alter von 9—25 Jahren“ mit normalem Gehörapparat im Durchschnitt eine höhere Perceptionsfähigkeit ergeben, wie normaliter das gemischte Material in einer Poliklinik. Aber nur Letzteres kann für den diagnosticirenden Arzt in Betracht kommen. Daher kommt es, dass erwähnte Differenzen zwischen meinen Ergebnissen und denen des Herrn Denker sich ergaben.

Ich habe durchaus keine Veranlassung, an den Resultaten des Herrn Denker zu zweifeln, — dieselben haben jedoch nur Giltigkeit für Schüler; wird Herr Denker einmal seine Untersuchungen mit einem von mir gewählten Untersuchungsmaterial machen, so werden sich seine Ziffern noch weiter den meinigen nähern.

Ganz abgesehen davon, dass bei Schülern, Gymnasiasten wie Realgymnasiasten wenigstens (bei anderen Schülern wird es gerade so sein) wahrlich nicht am wenigsten für „Flüsterzahlen“, wie überhaupt für Flüstern, ganz besonders die Perceptionsfähigkeit oft geschärft ist, so kommt es bei den Hörprüfungen sehr viel auf die Intelligenz des Untersuchten an. Mir hat es sich wenigstens gezeigt, und darauf wurde ja schon so oft hingewiesen, dass ein intelligenter Mensch, nachdem er einmal in die Hörprüfung für Flüsterzahlen einen Einblick genommen hat, d. h. nachdem ihm nur zwei bis drei Zahlen erst vorgesprochen sind, viel leichter — kraft seiner Compositionsfähigkeit — percipirt, wie ein weniger intelligenter Mensch. Und unter Schülern höherer Lehranstalten ist doch ein viel höherer Procentsatz Intelligenter, wie unter dem Publikum überhaupt. Da wollte ich mit meiner Angabe für die Durchschnittszahl normal Hörender eingreifen: ich wollte eine Entfernung bestimmen, das die Durchschnittsperceptionsfähigkeit eines „gemischten“ erwachsenen Publikums ausmacht, also eine Zahl, mit der wir bei unseren Diagnosen rechnen sollen.

Wenn ich es heute unternehmen wollte, analog den Untersuchungen des Herrn Denker, 2500 Gehörorgane von einer gewissen Menschenklasse auf ihre Perceptionsfähigkeit zu untersuchen, so glaube ich aus den Resultaten nicht berechtigt zu sein, auf eine mittlere Hörfähigkeit des normalen Menschen zu schliessen. Und Schüler sind eben in dieser Beziehung eine Menschenklasse kraft ihrer gleichartigen Beschäftigung.

Wir erinnern hier an die Worte Gradenigo's, welcher sagt:<sup>2)</sup> „Es ist nach meiner Ansicht nichts schädlicher gewesen und nichts verursacht soviel Confusion, als die Gewohnheit, die einzelnen Methoden der functionellen Hörprüfung an einer mehr oder minder grossen Zahl Kranker vorzunehmen, welche zufällig oder auf Grund aprioristischer oder einseitiger Kriterien herausgesucht wurden, um dann die in dieser Weise erhaltenen Resultate procentuarisch zusammenzustellen.“

Dasselbe gilt aber für die functionelle Hörprüfung normaler Ohren. Herr Denker wird somit im Stande sein, zu ersehen, in welchen

<sup>2)</sup> Krankheiten des Labyrinths und des Nervus acusticus. Handb. d. Ohrenheilkunde II, pag. 387. Leipzig 1893.

Grenzen meine anderweitig in Aussicht gestellten Details sich bewegen werden, und wenn Herr Denker meint, der Leser (meiner Mittheilungen nämlich) müsse „sich daher damit begnügen, die Achtung zu bewundern“, die ich vor der Zuverlässigkeit meiner Prüfungsergebnisse gegenüber den Resultaten anderer Autoren zeige, so kann ich wohl sagen, der Leser muss das durch nichts berechnigte Vorgehen bewundern, nach welchem Herr Dr. Denker die Perceptionsfähigkeit von 2500 Schülern als die Durchschnittshörfähigkeit für das normale Ohr des Menschen überhaupt hinstellt.

Und nun noch einige kurze Worte zu den Bemerkungen des Herrn Dr. Denker über das von mir (an selber Stelle) beschriebene Löffelchen zum Entfernen von Cerumen. Ich schrieb:<sup>3)</sup> Bei den vielfachen Verletzungen, die beim Herausholen der im äusseren Gehörgang sich mehr oder minder ansammelnden Cerumenmassen durch den Laien am äusseren Gehörgang, wie am Trommelfell verursacht werden, schien es gewiss schon vielen Aerzten wünschenswerth, ein Instrument zu besitzen, das zum Entfernen von Cerumen dem Laien in die Hand gegeben werden kann, ohne dass er sich beim Gebrauch desselben verletzt.

Aus diesen Worten geht doch ganz klar hervor, dass ich das Instrument durch den Arzt dem Laien übergeben wissen will; dass also obturierende oder überhaupt alle grösseren Ceruminalanhäufungen hier gar nicht in Betracht kommen; denn diese spült der Arzt ja per se aus. Herr Dr. Denker hatte es gar nicht nöthig, mich an die schönen und allgemein anerkannten Worte Kirchner's zu erinnern. Zugeben muss aber doch auch Herr Denker, dass es keinem Menschen einfallen wird, lediglich wegen Reinigung seines äusseren Gehörganges, so lange er, was meistens erst bei Obturation vorkommt, keine Beschwerden hat, zum Specialarzte zu laufen — bei uns thut man dies wenigstens bis jetzt noch nicht —, dass aber in jedem Gehörgang sich Ceruminalmassen mehr oder weniger stets ansammeln, und dass der Laie, und mit Recht, gerade wie schliesslich die Specialistin diese das bekannte „Kitzeln“ hervorrufenden Ohrschmalzanhäufungen allabendlich zu entfernen suchen. Und da ist es immer noch rathsamer, einem Laien für diesen Fall minimaler Anhäufung von Cerumenmassen ein unschädliches Löffelchen in die Hand zu geben, wie ihn die verschiedenartigen langen und spitzen Instrumente anwenden zu lassen.

Mein Instrument gar zur Extraction von Ceruminalpfröpfen zu empfehlen, ist mir doch nie und nimmer eingefallen. Wenn Herr Denker das Instrument sieht, wird er übrigens rasch herausfinden, dass es für diesen Zweck durchaus ungeeignet wäre. — Wir haben wenigstens auch noch nie das Bedürfniss gehabt, für Cerumenpfröpfe ein Instrument zur Extraction zu besitzen. Die Spritze hat bis jetzt stets genügt und wird es auch weiterhin thun.

Dass aber jeder Mensch das Bedürfniss hat — abgesehen von denen, die an Secretionsanomalien der Gehörgangsdriisen hier an Herabsetzung resp. Aufhebung leiden —, seinen Gehörgang zu reinigen, ist kaum abzuleugnen.

<sup>3)</sup> Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 37.

## II. Referate.

### a) Otologische:

**Ueber die pyämische Allgemeininfektion nach Ohreiterungen.** Von Dr. O. Brieger in Breslau. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXIX, 1. u. 2. Heft.)

Aus der auf reicher eigener Erfahrung beruhenden interessanten Arbeit können hier nur einige Punkte hervorgehoben werden, um so dringlicher aber sei dieselbe einem eingehenden Studium empfohlen. Zunächst bespricht Verf. die sogenannte Dermatomyositis (cf. diese Monatsschrift 1894, pag. 154), welche er als eine besondere Form toxischer Allgemeinerkrankung nach chronischen Mittelohreiterungen von dem Gebiete der otogenen Pyämie abscheidet. Bei letzterer unterscheidet er zwischen der Pyämie nach Sinusthrombose und jener Form der Pyämie, welche durch Phlebitis der im erkrankten Schläfenbeine gelegenen Knochenvenen bedingt ist. Jedoch brauche bei der otitischen Pyämie es sich nicht immer um eine Einschleppung inficirter Thrombentheiligen zu handeln, insofern ein directer Uebertritt der Infections-erreger in die Blutbahn auch ohne das Bindeglied phlebitischer Prozesse erfolgen könne; mit dieser Annahme sei auch ein besseres Verständniss der Thatsache gegeben, dass es bei der otitischen Pyämie ohne Sinusphlebitis bei relativ grosser Häufigkeit metastatischer Gelenk- und Muskelaffectionen so selten oder nie zu Lungenmetastasen komme. Bezüglich der Diagnose warnt B. vor einer voreiligen Annahme einer osteophlebitischen Pyämie, insofern besonders bei acuten Mittelohrentzündungen durch erhebliche Temperatursteigerungen mit Schüttelfrösten, die aber gleichwohl lediglich Symptome der Allgemeininfektion sein könnten, Pyämie leicht vorgetäuscht werde. Die Folge derartigen diagnostischen Irrthums könnte sehr leicht ein unzeitiges energisches operatives Vorgehen in den ersten Krankheitstagen sein, von welchem B. jedoch, wenn nicht völlig ausgeprägte Erscheinungen einer Warzenfortsatzentzündung vorliegen, abräth, weil er wiederholt hierdurch die subjectiven Symptome am Knochen zwar gemildert, die Allgemeinerscheinungen aber in grösserer Heftigkeit auftreten sah; aber auch für den Fall, dass es sich bereits um osteophlebitische Pyämie handle, könne bei der mehr benignen Natur derselben die Operation bis zu dem Zeitpunkte verschoben werden, wo dieselbe durch den localen Befund unbedingt indicirt erscheine. Bei der Dermatomyositis dagegen bilde die möglichst frühzeitige Operation behufs Desinfection der Mittelohrräume, auch wenn zwingende locale Symptome fehlten, noch die einzige Aussicht auf Heilung. — Bei der Thrombophlebitis des Sinus transversus bespricht B. sehr eingehend die zur richtigen Diagnosenstellung verwertbaren Symptome. Während für die klinische Diagnose unter Umständen schon das Auftreten pyämischer Allgemeinerscheinungen genüge, um die Freilegung des Sinus behufs Feststellung der Diagnose zu rechtfertigen, fordert B. für eine unantastbare, für die Statistik verwertbare Diagnose den Nachweis des für Pyämie charakteristischen Temperaturverlaufs, den Bestand zweifelloser Metastasen, sowie schliess-

lich das positive Ergebniss der directen Exploration des Sinusinhalts. Als wichtiges Hilfsmittel für die differenzielle Diagnose zwischen Typhus resp. Malaria und der Pyämie nach Sinusthrombose betont B. die bacteriologische Untersuchung, und zwar am besten des dem Sinus entnommenen Blutes durch Culturen und Impfung, doch ist bezüglich des Typhus nur der Nachweis des Typhusbacillus entscheidend. Streptococci sowie Staphylococci sind im Blute bei otogener Pyämie ebenso wie bei Typhus gefunden worden. — Den Nachweis einer Neuritis optica hält B. nur in beschränktem Maasse für die Diagnose der Sinusthrombose und nur in Verbindung mit anderen einwandfreien Symptomen verwertbar. Auch dem Griesinger'schen Symptom — umschriebene harte Infiltration, vom hinteren Rande des Warzenfortsatzes nach hinten sich erstreckend —, sowie überhaupt den localen, mit Thrombose der Emissarien in Zusammenhang gebrachten Schwellungen in der Hinterhaupts- und Nackengegend legt B. keinen ausschlaggebenden diagnostischen Werth bei, da sie auch bei uncomplicirten Eiterungen im Warzenfortsatze, besonders bei der Bezold'schen Mastoiditis, oft genug vorkommen. Da ferner eine Thrombose der Jugularis durch Eitersenkungen und schmerzhaft geschwellte Halslymphdrüsen, welche einen derben, druckempfindlichen Strang in der seitlichen Halsgegend bedingen, vorgetäuscht werden kann, so ist auch dieses Symptom von nur beschränktem Werthe. Demnach bleibt nur der directe Nachweis der Sinusphlebitis durch die explorative Freilegung des Sinus transversus behufs einwandfreier Diagnose übrig; doch ist von der Inspection des freigelegten Sinus allein meist noch kein Aufschluss zu erwarten, es muss der Sinusinhalt untersucht werden, zu welchem Zwecke B. der Incision vor der einfachen Punction im Allgemeinen den Vorzug giebt. Bei Besprechung der Therapie betont Verf. auch seinerseits die Möglichkeit, durch Ausschaltung des primären Eiterherdes und Entleerung des den Sinus im gegebenen Falle direct bespülenden Eiters eine Heilung der Sinusthrombose erzielen zu können und schliesst hieran die Mahnung, in Anbetracht dieser Thatsache sich eines allzu energischen operativen Vorgehens zu enthalten und nicht etwa „ohne ganz stringente Anhaltspunkte für Thrombose des Sinus nach Entleerung des extraduralen Abscesses ohne Aufenthalt direct gegen den Sinus vorzugehen oder gar von vornherein die Jugularis zu unterbinden.“ Bei nachgewiesener Thrombose hingegen empfehle sich breite Eröffnung durch Excision der Sinuswand und Ausräumung des Inhalts, auch im Allgemeinen bei anscheinend einfacher Thrombose, d. h. wenn eitrige Einschmelzung an dem freigelegten Thrombus noch nicht erkennbar ist. Die Veränderungen, welche nach Excision der äusseren Sinuswand und Ausräumung des Thrombus im Sinus vor sich gehen, hatte Verf. Gelegenheit, in einem längere Zeit nach der Operation zur Section gekommenen Falle zu studiren; der entleerte Abschnitt hatte sich vollständig durch Granulationen central- wie peripherwärts geschlossen, welche von der stehengebliebenen Sinuswand ausgegangen waren. — Ausführlich und in mancher Beziehung von den Ansichten anderer Autoren abweichend behandelt B. die Indicationen zur Jugularisunterbindung; dabei spricht er sich gegen die schematische Einführung derselben als eines integrierenden Theils der operativen Therapie bei Sinus

phlebitis aus; einmal werde die Absicht, durch die Unterbindung die Hauptbahn für die Verschleppung der Thrombentheilchen zu versperren, abgesehen davon, dass der Sinusthrombus gewöhnlich central und peripher soliden Abschluss hat, bei der grossen Zahl collateralen Bahnen nicht immer erreicht; auch sei die Unterbindung nicht immer gefahrlos, indem durch dieselbe die Gefahr rückläufiger Embolien entstehe. Bei Pyämie ohne Sinusphlebitis sei die Unterbindung besonders nutzlos, ja sogar fehlerhaft, indem der durch die Unterbindung der Jugularis sich bildende Thrombus gerade hier leicht inficirt werden könne. Berechtigt dagegen sei die Unterbindung, wenn „sich die Thrombose nach abwärts nicht abgrenzen lässt und noch mehr, wenn der Zerfall des Thrombus sich schon bei der Operation in den untersten Abschnitt des Sinus erstreckt, so dass sein Verschluss durch einen herzwärts obturirenden soliden Pfropf wenig wahrscheinlich ist, oder wenn der Verlauf nach der Operation die Lösung dieses Verschlusses und die centripetale Fortsetzung der Thrombose vermuthen lässt. Sie ist von vornherein nothwendig, wenn die Thrombose sich auf die Jugularis selbst erstreckt hat.“ — Bei der Besprechung der operativen Behandlung der Thrombose des Sinus cavernosus äussert sich B. dahin, dass er die Freilegung des Sinus und eine gründliche Ausräumung des Thrombus technisch für ausserordentlich schwierig hält und dass diese Operation daher nie zu rein explorativen Zwecken, wie beim Sinus transversus, sondern nur bei absolut sicherer Diagnose und auch dann im Allgemeinen nur da zulässig sei, „wo die Heilungschancen auch durch einen unglücklichen Verlauf der Operation nicht mehr verschlechtert werden können.“ Dagegen bestehe vielleicht die Möglichkeit, dass durch das nach Eröffnung des Sinus transversus mit Gewalt und vermehrter Geschwindigkeit ausströmende Blut Gerinnsel, die den Wänden des Sinus cavernosus lose anhaften, durch den Sinus petrosus superior in den Sinus transversus fortgerissen werden können. Da die Freilegung des letzteren in den meisten Fällen von Thrombose im Zellblutleiter zu diagnostischen Zwecken indicirt sei, so empfehle es sich, die bei genügender Vorsicht unbedenkliche Incision des Sinus in obiger Absicht vorzunehmen. B. hatte zwei Mal Gelegenheit, nach Eröffnung des Sinus transversus thatsächlich einen deutlichen Rückgang der Stauungserscheinungen im Gebiete der Vena ophthalmica zu beobachten, dem er eben obige Deutung giebt. Keller.

---

**Ein Fall von Pyämie nach acuter Ohreiterung. Aufmeisselung: perisinuöser Abscess, Thrombose des Sinus transversus, Heilung.** Von Dr. Röpke in Solingen. (Zeitschrift für Ohrenheilk. XXVIII, 4.)

In der vierten Woche nach Auftreten einer acuten Eiterung auf dem angeblich immer gesund gewesenem linken Ohre Operation wegen eelatanter Pyämie. Aus dem erweiterten Emissarium mastoideum sickert etwas Eiter aus, die Sondirung ergibt in der Tiefe soliden Thrombus. Warzenfortsatz zu einer grossen, eiterhaltigen Höhle umgewandelt mit Blosslegung des verticalen Theiles des Sinus transversus; Sinuswand nicht verändert, Punction ergibt weder Blut, noch Eiter; Thrombose. In der Voraussetzung, dass es sich um einen soliden Thrombus handle,

wird der Sinus nicht eröffnet. Nach der Operation noch ein Schüttelfrost und Temperatur 39,8°, dann rasche Heilung. — Während der Erkrankung waren keinerlei Symptome aufgetreten, die auf Sinusthrombose schliessen liessen, auch bestanden keine Metastasen. R. ist daher geneigt, den Fall für osteophlebitische Pyämie zu halten und die Thrombose des Sinus von der Thrombenbildung in dem Emissarium mastoid. herzuleiten. „Wäre der Sinus von dem ihm anliegenden Eiterherde direct inficirt worden, so würde doch wahrscheinlich die Sinuswand nicht gesund und der Thrombus doch wohl eitrig zerfallen gewesen sein.“

Keller.

**Beitrag zur Casuistik der otogenen intercraniellen Complicationen.**

Von Dr. Cornel Lichtenberg, Universitätsdocent etc. in Budapest. (Wiener med. Presse 1896, No. 19.)

Ausführliche Schilderung eines Falles von Otitis media suppurativa mit Empyem der Warzenzellen, welche zu perniciosem Abscess führte und durch Operation zur Heilung gebracht wurde. Es waren im Verlaufe der Krankheit auffällige Remissionen eingetreten, in Folge deren der noch zugezogene Arzt sich gegen die vom Autor schon viel früher empfohlene Operation aussprach. Verf. hebt mit Recht hervor, dass das Hinausschieben der Operation in solchen Fällen verhängnissvoll werden kann.

**Ueber Attikelterungen im Anschlusse an eine seit 33 Jahren bestehende operirte und geheilte Otorrhoe.** (Wiener med. Wochenschrift 1896, No. 25.)

An die Krankengeschichte eines Falles, wo wegen lange bestehender Eiterung im oberen Trommelhöhlenraum Erkrankung der Gehörknöchelchen diagnosticirt wurde, führte Verf. nach galvanocaustischer Zerstörung des Trommelfells die Exenteration des Hammers aus, welcher cariös befunden wurde. Der Ambos konnte nicht gefunden werden, was Verf. vor der Operation in Aussicht stellte. Der Steigbügel wurde „kräftig mobilisirt“. Nach ungefähr 4-wöchentlicher Nachbehandlung war die Otorrhoe gänzlich geschwunden und die Hörweite von  $\frac{2}{100}$  vor der Operation auf  $\frac{30}{100}$  nach der Operation gestiegen. Die nach der Operation eingetretene Ageusie der Zungenhälfte auf der operirten Seite, ebenso die Trockenheit des Mundes und der Lippen, Alles Folgen der Durchtrennung der Chorda tymp., begannen sich am 7. Tage nach der Operation zu bessern und schwanden am 25. Tage vollkommen.

**Sulla tecnica operatoria degli accessi acuti intramastoidel in rapporto colla loro patologia.** Von Dr. Addeo Toti. (Separatdruck aus der Clinica moderna No 3, 1895.)

Anknüpfend an einen Artikel, der von Chiucini im italienischen Archiv für Ohrenheilkunde erschienen ist, worin mitgetheilt wird, dass an der Ohrenklinik in Rom binnen 3 Monaten bei Mastoidoperationen der Sinus lateralis beim Auskratzen mittelst scharfen Löffels 4 Mal



unfreiwillig eröffnet wurde, ohne Schaden gemacht zu haben, unternimmt es Verf. zu beweisen, dass die Auskratzung bei acuten Empyemen der Warzenhöhle nicht nur überflüssig und gefährlich ist, sondern dass dieser Missbrauch auch jenen strengen und sicheren wissenschaftlichen Indicationen widerspricht, welche einerseits die allgemeine Pathologie, andererseits die specielle Pathologie und die klinische Chirurgie darbieten.

Der ätiologische Factor einer Eiterung besteht gewöhnlich darin, dass sich specielle Bacterien etabliren und sich vermehren; das Resultat dieser Vermehrung ist, dass ein spezifisches Virus producirt wird, dessen caustische Action die nachbarlichen Wände und Gewebe zerstört und necrotisirt, die ferneren jedoch schützt und reparirt, gerade durch die cellulare Barriere jener pyogenen Membran, die gewöhnlich unbarmherzig weggeschabt wird, und die eigentlich dazu berufen ist, sich dem Vordringen der pathogenen Bacterien kräftig zu widersetzen, dieselben durch phagocyte Zellen des gesunden Gewebes zu zerstören und das günstige Terrain für eine künftige Vernarbung vorzubereiten.

Der technische Vorschlag des Verf.'s, wie man bei acuten Empyemen des Warzenknochens operiren soll, besteht darin, dass ausser „Wilde“ höchstens noch die Corticalis weggemeisselt werde, da die zahlreichen Zellen des Knochens auch ohne sie die Entzündungsproducte resorbiren und die andere Hälfte des Heilungsweges schon die Natur versorgt, da Naturheilungen häufig vorzukommen pflegen.

Lichtenberg.

### **Resoconto statistico-clinico dal 1° gennai. 1895 al 30 giugno 1896.**

Von Prof. Gradenigo. (Archivio italiano di Otologia etc. 1896.)

Die unter Leitung Gradenigo's stehende oto-rhino-laryngologische Klinik des Spitals Maggiore di S. Giovanni in Turin functionirt seit Januar 1895. Verf. berichtet über die ersten 18 Monate seiner Thätigkeit daselbst. Die Zahl der Patienten war 1315: davon 1031 ambulante, 284 liegende; Männer 840 (63,8 pCt.), Frauen 475 (36,1 pCt.). Es sind 2424 pathologische Formen vorgekommen, darunter 1711 (70,5 pCt.) Ohrenkrankheiten: 440 (18,4 pCt.) Erkrankungen der Nase und der Nasenrachenhöhle; 273 (11 pCt.) Krankheiten des Rachens und des Kehlkopfes. Von den Krankheiten des Ohres sind folgende bemerkenswerth: Angeborener Mangel der Muschel 4 Mal, seröse Perichondritis der Muschel 5 Mal, Sarcom des Warzenknochens 2 Mal, traumatische Ruptur des Trommelfelles 11 Mal, mit Hämatotympanon, Otitis interna traumatica mit multipler Paralyse von Cerebralnerven 6 Mal. Mastoidoperationen bei acuten und chronischen Fällen wurden 136 Mal gemacht, 48 in acuten und 88 bei chronischen Fällen, darunter 19 Mal intracranielle Complicationen. Labyrinthnecrose 3 Mal, Mastoidalgie 3 Mal. Projectil im Schläfenbein 1 Mal, der dadurch hervorhebenswerth ist, weil Exostose der hinteren Gehörgangswand vorgetauscht war, und wie unverlässlich die anamnesticen Daten der Patienten sind. Carcinom der Trommelhöhle 1 Mal, Carcinom des Warzenfortsatzes 1 Mal, parotitische Otitis interna 1 Mal, Otitis interna ex leucæmia, Otitis interna ex syphil. hereditaria 11 Mal, Otitis interna

ex syphil. acquisita 16 Mal, psychische Taubheit 2 Mal, hysterische Taubheit 4 Mal, endocranielles Neoplasma 4 Mal.

Die kurze Krankengeschichte einer hysterischen Taubheit lautet wörtlich: Bei einem Mädchen, welches verschiedene Symptome von Hysterie darbot, brachte eine Otitis media purulenta bilateralis von mässiger Heftigkeit complete Taubheit hervor, welche nach Abheilung der Trommelhöhlenerkrankung rasch verschwand. Verf. behält sich vor, die interessanten und lehrreichen Fälle ausführlich mitzutheilen.

Lichtenberg.

### b) Rhinologische:

**Tuberculöse adenoide Vegetationen.** (Les végétations adénoïdes tuberculeuses.) Von Dr. Lermoyez. (Presse médicale und Revue de laryngologie 1896, No. 22.)

Auf 16 Fälle kommen ein Mal tuberculöse Vegetationen vor. Aeusserlich sieht man es nicht, aber im Innern findet man die Riesenzellen, seltener den Koch'schen Bacillus. Die Operation ist dennoch angezeigt.

Dr. P. K.

**Ueber Ozaena, ihre Genese und ihre Behandlung mittelst interstitieller Electrolyse.** (L'ozaène, sa gènesè et son traitement par l'électrolyse interstitielle.) Von Dr. Bayer. (Revue de laryngol. 1896, No. 22.)

Verf. kommt am Schlusse seiner gediegenen Arbeit zu folgenden Grundsätzen: A. Die Ozaena ist eine Trophoneurose, welche besteht: 1) in einer Anomalie der Secretion der Nasenschleimhaut: das Secret dient als Cultur einem der Ozaena eigenthümlichen Microben, welcher auch den charakteristischen Geruch verursacht; 2) in einer Verminderung der Ernährung der Mucosa, welche Verminderung zur Atrophie führt; 3) in einer oft hypertrophischen Rhinitis, hervorgebracht und unterhalten durch die Producte der Krankheit, welche die Rolle von Fremdkörpern spielen. B. Die beste und fast specifische Behandlung ist die interstitielle Electrolyse: nur ist selbe nicht gefahrlos.

Dr. P. K.

**Beitrag zur Behandlung der Nasen- und Rachenkrankheiten.** Von Dr. M. Ertler. (Wiener medicinische Presse No. 31, 1896.)

Der Autor berichtet über therapeutische Versuche mit Ichthyol bei Ozaena, welche im Ambulatorium des Docenten Grossmann im k. k. Wiener allgemeinen Krankenhause angestellt wurden. Bei hochgradigen Fällen von Ozaena werden die Borken durch Ausspülung mit lauwarmem Wasser entfernt, dann werden durch die Nasenhöhle 2-3 grosse Spritzen einer 2-5 proc. wässrigen Ichthyollösung durchgespritzt und schliesslich die Nase und das Cavum pharyngonasale mit Wattebäuschchen, welche an der Spitze einer Sonde angebracht und mit einer 25-30 proc. wässrigen Ichthyollösung getränkt sind, gepinselt.

Wenn der Kranke genöthigt ist, die Ausspülungen zu Hause selbst vorzunehmen, wird verordnet, eine 2—3 proc. Lösung 2mal täglich mit dem Nasenschiffchen durchzugießen. Unter dieser consequent durchgeführten Behandlung soll der Foetor, die Borkenbildung, sowie jede stärkere Secretion schwinden, die Mucosa soll sich erholen und alle subjective Beschwerden sollen weichen.

Auch bei Pharyngitis sicca und Kehlkopfcatarrhen sind die Erfolge günstig. Alt.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Fehlerhafte Entwicklung eines Weisheitszahnes.** (Evolution vicieuse de la dent de sagesse) Von Dr. Moty. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 14)

September 1895 wurde bei einem sonst kräftigen Soldaten ein Abscess am linken Unterkiefer aufgeschnitten und nur wenig Eiter entleert. Am 2. Februar 1896 wurde die noch bleibende Fistel sondirt: die Sonde ging 5 cm tief auf eine entblösste Zahnwurzel, welche die des linken unteren Weisheitszahnes war, inwendig im Munde schienen alle Zähne, auch der betreffende Weisheitszahn, bei Inspection und Percussion gesund. Die Zahnextraction ging wegen schlechter Beleuchtung in der Weise von Statten, dass irrthümlicher Weise der zweite Backenzahn ausgezogen wurde: derselbe wurde schnell wieder eingesetzt und heilte gut an: der nun extrahirte Weisheitszahn zeigte seine vordere Wurzel krank. Die Diagnose solcher Zahnwurzelerkrankungen bei unversehrter Zahnkrone ist schwer, besonders, wenn keine sonstige Allgemeinerkrankung besteht. Auch die Bildung solcher, trotz ihres grossen Volumens wenig Eiter gebenden Abscesse ist schwer zu erklären. Dr. P. K.

**Totale Exstirpation der Epiglottis durch die Pharyngotomia infrahyoidea.** (De l'extirpation totale de l'épiglotte par la pharyngotomie soushyoïdienne.) Von Dr. Rosenbaum. (Archiv für klin. Chirurgie und Semaine médicale 1896, No. 19.)

Die Operation wurde wegen Carcinom der Epiglottis ausgeführt. Prophylactische Tracheotomie; nach drei Tagen Pharyngotomie durch quere Durchtrennung des unteren Randes des Zungenbeines und der Weichtheile; die Epiglottis konnte durch die Wunde hervorgezogen und amputirt werden. Schliessen der Wunde, Sondenernährung während drei Wochen. Heilung. Wenn Verf. aber behauptet, dieselbe sei erst drei Mal vor seinem Falle durch Burow, Schulten und Krönlein ausgeführt worden, so besteht ein Irrthum: die Operation wurde von Malgaigne zuerst vorgeschlagen und gemacht, nachher machte Langenbeck selbe zu verschiedenen Malen. (Der Referent.) Dr. P. K.

**Ueber Verengerungen des Pharynxeinganges: ihre Pathogenese und ihre Behandlung.** (Des rétrécissements de l'isthme du pharynx; leur pathogénie et leur traitement.) Von Dr. Brindel (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 18 und 19.)

Am Schlusse seiner genau durchgeführten Arbeit, welche in ihren Einzelheiten durchgelesen zu werden verdient, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) die Verengerungen des Isthmus faucium haben nicht eine einzige Ursache, wie z. B. die Verwachsungen nach Zerreiſung des Gaumensegels; 2) der Isthmus ist als ein wirklicher Sphincter anzusehen: die Verwandlung seiner einzelnen Theile in fibröses Gewebe genügt, ohne dass Ulcerationen bestehen, eine Stenose hervorzurufen; 3) die durch Geschwüre gebildete Verengung geht von Statten, indem die hinteren Pfeiler langsam von aussen nach innen durch Narbenbildung mit der hinteren Pharynxwand verwachsen: 4) die Verwachsung der hinteren Pfeiler und des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand hat nicht willkürlich statt, sondern meistens durch Muskeltonus; die pathologische Verschliessung ahmt so zu sagen die physiologische nach; 5) letztere Theorie findet ihre Bestätigung in den schlechten Resultaten, welche die chirurgische Intervention aufzuweisen hat; 6) die mechanische, langsam fortschreitende Dilatation ist die beste Behandlungsmethode.

Dr. P. K.

**Schwere Verletzung der oberen linken Zungenbelgegend, Zerreiſung der Vena jugularis interna; Durchschneiden der Arteriae thyroidea superior und lingualis.** (Plaie grave de la région sushyoïdienne latérale gauche, déchirure de la veine jugulaire interne; section du tronc de l'artère thyroïdienne supérieure et de la linguale.) Von Dr. Tissot. (Dauphine med. und Revue de laryngol. 1896, No. 26.)

Ein Arbeiter fiel auf eine Glasplatte, welche er in den Händen trug. Verf. bemerkt, wie gutartig heute die Ligatur der Vena jugularis interna verläuft. Die eintretende Blutung ist auch nicht so furchtbar, wenn, wie es gewöhnlich geschieht, der Patient den Kopf instinetmässig bückt. Auch ist der Luffeintritt bei Weitem nicht die Regel.

Dr. P. K.

**Ueber Cigarrettenrauchen.** (Habitude de la cigarette) Von Dr. Mulhall. (Société américaine de laryngologie und Revue de laryngologie 1896, No. 10.)

Cigarrettenraucher geniessen durch das Inhaliren des Tabakrauches mehr als Cigarren- und Pfeifenraucher; der Rauch geht nur bis zur ersten Theilungsstelle der Bronchien und reizt auf eine angenehme Weise die Laryngeal- und Trachealausläufer des Vagus. Bei diesem sogenannten Rauchverschlucken ist die Nicotinabsorption drei Mal stärker, als beim Nichtverschlucken. Drei Cigarretten sind in Bezug auf Nicotinhalt einer Cigarre gleichzustellen. Cigarretten sind schädlich, namentlich im Kindesalter, weil selbe Anfangs nicht, wie die Cigarren, das bekannte Uebelsein hervorrufen.

Dr. P. K.

**Fall von Oesophagotrachealfistel.** (Un cas de fistule oesophago-trachéale.) Von Dr. J. Garel. (Revue de laryngol. 1896, No. 26.)

Kommt gewöhnlich bei Krebs vor; hier aber bei einer jungen Frau in Folge eines Abscesses; die Fistel hatte sich links in der Tiefe nahe der Theilungsstelle der Trachea gebildet: interessant ist, dass selbe nur mittelst der Killian'schen Methode gesehen werden konnte. Bei jedem Schluckversuch, selbst wenn nur Speichel geschluckt wurde, traten Erstickungsanfälle mit Auswurf der Ingesta und Husten ein. Mit der Zeit trat insofern Besserung ein, dass feste Speisen ohne Anfall geschluckt werden konnten. Auffallend war, dass bei alledem keine Infection des Athmungsapparates eingetreten ist. Die Behandlung blieb, abgesehen von der Sondenernährung, expectativ.

Dr. P. K.

## Nicolaus Rüdinger

† am 25. August 1896 in Tutzing am Starnberger See.

Ein Leben, der Wissenschaft geweiht, von rastloser Arbeit erfüllt, fand jähren Abschluss durch Nicolaus Rüdinger's frühzeitigen Tod. Pietätvoll gedenkt des berühmten Anatomen, der mehr als ein Vierteljahrhundert an einer der hervorragendsten Hochschulen Deutschlands als akademischer Lehrer wirkte, die Legion seiner zahlreichen Schüler. Auch uns geziemt es, an dieser Stelle Rüdinger's zu gedenken, des Mitbegründers und treuesten Mitarbeiters unserer Monatsschrift.

Rüdinger entstammte einer kleinen Grundbesitzerfamilie aus Erbes-Büdesheim in Rheinhessen, wo er als das jüngste von 12 Kindern im Jahre 1832 geboren wurde. Frühzeitig verlor er seinen Vater. Ein Freund seiner Familie, der Pfarrer Böhm in Büdesheim, wurde ihm ein eifriger Beschützer, leitete seine Erziehung und unterwies ihn bis zu seinem 18. Lebensjahre in den humanistischen Fächern. Wohl war es Rüdinger's sehnlichster Wunsch, ein Gymnasium zu besuchen und so auf dem gewöhnlichen Wege dem ersuchten Studium der Medicin zuzustreben. allein der Kampf um's Dasein war ihm schon in jungen Jahren aufgedrängt und störte seine Pläne. Im Jahre 1850 übersiedelte er nach Heidelberg, wo er medicinische Vorlesungen besuchte und sich nach Erlangung einer kleinen Erbschaft dem Studium der Anatomie unter Arnold und Henle widmen konnte. 1854 ging er nach Giessen und wurde hier Bischoff's Privatassistent. 1855 wurde er zum Doctor med. ext. promovirt und folgte Bischoff nach München als Prosector. Hier schuf Rüdinger Meisterwerke anatomischer Präparirkunst, legte eine neue anatomische Sammlung an und begann seine ersten Arbeiten zu veröffent-

lichen. Mitten in rastloser Thätigkeit als Prosector legte er 1859 am Darmstädter Gymnasium das Maturitätsexamen ab. 1860 wurde er Adjunct der anatomischen Anstalt, 1868 Ehrenprofessor, 1870 ausserordentlicher Professor, 1881 ordentlicher Professor und Conservator des anatomischen Institutes.

Rüdinger's Verdienste als Lehrer und Forscher zu würdigen, ist hier nicht der geeignete Ort, es sei nur darauf hingewiesen, dass sein eifrigstes Bestreben darauf gerichtet war, seine wissenschaftlichen Forschungen in innigsten Contact mit den Bedürfnissen der Practiker zu bringen. So sehen wir ihn immer wieder zu seinem Lieblingsthema, dem Studium des Gehörorgans, zurückkehren, ein Gebiet, auf welchem er sich als Anatom und Embryologe unvergängliche Verdienste erworben hat.

Unsere Fachwissenschaft verdankt Rüdinger folgende Arbeiten:

Atlas des Gehörorgans (München 1867—1870).

Beiträge zur Histologie des Gehörorgans (München 1870).

Beiträge zur Anatomie des Gehörorgans, der venösen Blutbahnen der Schädelhöhle, sowie der überzähligen Finger (München 1875).

Die Nerven und das Epithel in den Ampullen und Säckchen des häutigen Labyrinths und über eigenthümliche Zellen bei *Salmo hucho* (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1870).

Ueber die Venen im carotischen Canale des Schläfebeins (ibid. 1871).

Die Artikel „Ohrtrompete“ und „häutiges Labyrinth“ (in Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben, erschienen 1872).

Ueber das Ambos-Steigbügelgelenk (ibidem 1871).

Ueber die Gelenke der Gehörknöchelchen (ibidem 1873).

Aquaeductus vestibuli des Menschen und des *Phylloctylus europ.* (Zeitschrift für Anatomie und Entwicklung 1877).

Entwicklung der häutigen Bogengänge des inneren Ohres (Abhandlungen der Münchener Academie 1888).

Rüdinger trat durch seine Arbeiten auch zu anderen Fächern der practischen Medicin in nahe Beziehung und veröffentlichte die Resultate seiner microscopischen, embryologischen, vergleichend anatomischen und topographisch-anatomischen Forschungen in einer grossen Zahl von Publicationen, die seinen Namen weit über die Grenzen Deutschlands bekannt und berühmt machten.

Unserer Monatsschrift, der Rüdinger als Mitbegründer und Herausgeber angehörte, widmete er stets wärmste Fürsorge. Zahlreiche Arbeiten von ihm und seinen Schülern, die Gehörorgan, Kehlkopf und Rachen betrafen, erschienen in dieser Monatsschrift, für deren Bestand und Ausgestaltung sich Rüdinger jeder Zeit mit seinem ganzen Einflusse und seinem ganzen Können einsetzte. Dankbar und pietätvoll wollen wir sein Andenken wahren!

## Berichtigung.

In der Arbeit von Przedborski über die acuten infectiösen phlegmonösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes findet sich Seite 367 ein Passus, der den Eindruck hervorruft, als ob das an jener Stelle angezogene Citat von Semon die einzige in der Literatur niedergelegte Bemerkung wäre, die, im Gegensatz zu Massei, eine Zusammengehörigkeit der verschiedenen infectiösen Entzündungen der oberen Luftwege — Erysipel, Phlegmone, Angina Ludovici — als wahrscheinlich hinstellt. Demgegenüber glaube ich darauf hinweisen zu sollen, dass dieser Standpunkt nicht nur in jener kurzen, gelegentlich einer Discussion gefallenen Aeusserung vertreten wird, sondern dass derselbe seitdem in mehreren ausführlichen Arbeiten, die dem Verf. entgangen zu scheinen, aufs Nachdrücklichste vertheidigt wird. In diesem Sinne sind zu verstehen die Arbeiten von Lunin (Erysipelas laryngis, St. Petersburger med. Wochenschrift 1894, No. 1), von Kuttner (Larynx-ödem und submucöse Laryngitis, Georg Reimer, Berlin 1895 und Virchow's Archiv 1895, Heft 1), von Semon (Ueber die wahrscheinliche Identität u. s. w., British medical Journal, 27. April und 18. Mai 1895) u. a. m.

A. Kuttner.

## Notizen.

Herr Prof. Dr. A. Barth ist der Berufung nach Leipzig gefolgt und übernimmt daselbst die Leitung der Universitäts-Poliklinik für Ohrenkrankheiten.

Die

### American Laryngological, Rhinological and Otolological Society

hat, da es nicht möglich war, in den Jahressitzungen die angekündigten Vorträge zu erschöpfen, 4 Sectionen gebildet, deren jede die Aufgabe hat, ausser den allgemeinen Jahressitzungen auch Sitzungen für die Sectionsmitglieder zu veranstalten.

Die Sitzungen der südlichen Section werden am 3. und 4. März 1897 in New-Orleans abgehalten. Den Vorsitz wird Herr Dr. H. Scheppegrell führen. Vorträge, sowie Gesuche um Aufnahme in die Gesellschaft sind zu richten an Herrn Dr. Rob. C. Myles, 46 West 38<sup>th</sup> St. New-Orleans, oder an Herrn Dr. W. Scheppegrell, Medical Building, New-Orleans, La.

---

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

---

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.  
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.

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

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

## Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

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

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. E. Baumgarten (Budapest), Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofer (Frag), Docent Dr. Gempertz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (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. Schapringer (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

Herausgegeben von

**Dr. JOS. GRUBER**

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

**Dr. v. SCHRÖTTER**

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

---

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.  
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

---

**Jahrg. XXX.**

**Berlin, December 1896.**

**No. 12.**

---

## An unsere Leser!

Mit der vorliegenden Nummer beschliesst die Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf-, Nasen- und Rachen-Krankheiten ihren XXX. Jahrgang.

Von kleinen Anfängen ist unsere Monatsschrift zu einer Entwicklung gelangt, welche sie in die Reihe der meist verbreiteten Fachjournale stellt.

Diesen schönen Erfolg verdankt sie zumeist der grossen Schaar ihrer auserlesenen Mitarbeiter, und es drängt uns, diesen Herren auf diesem Wege unseren besonderen Dank auszusprechen, sie aber auch gleich zu bitten, uns noch ferner ihre schätzbare Unterstützung zukommen zu lassen.

Aber auch die Herausgeber und die Administration haben weder Anstrengung noch Kosten gescheut, um ihrem Programme gemäss die Ohrenheilkunde, sowie die Kenntniss des Wesens und der Behandlung der Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten



zu fördern und die Ergebnisse der Forschung in den weitesten Kreisen bekannt zu machen.

Dankerfüllt und pietätvoll gedenken wir hierbei unserer durch den Tod entrissenen Collegen, welche bis zu ihrem Lebensende ihre besten Kräfte unserem Unternehmen widmeten.

Die durch das Ableben dieser unvergesslichen Männer entstandene Vacanz zu ersetzen, haben wir uns zwei hervorragende Männer der Wissenschaft, die Herren

Prof. Dr. Philipp Schech in München und

Prof. Dr. Emil Zuckerkandl in Wien

beigesellt.

Diese Herren werden vom 1. Januar 1897 an mit uns als Herausgeber dieser Monatsschrift erscheinen und in ihrer literarischen Thätigkeit bestrebt sein, unsere Zwecke zu fördern.

Wien, im December 1896.

Prof. Dr. Jos. Gruber.

Prof. Dr. Leop. von Schrötter.

## I. Originalien.

### Zur Casuistik der Labyrinthnecrose. Exfoliation der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhoftheiles.

Mitgetheilt

von Dr. L. Guranowski, Warschau.

(Vortrag, gehalten in der otologischen Section der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M.)

Mit einer Tafel.

M. H.! Zu den relativ seltenen Folgen der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung gehören necrotische Exfoliationen einzelner Labyrinththeile. Seitdem im Jahre 1864 Toynbee im ersten Bande des Archivs für Ohrenheilkunde sechs Krankengeschichten von Exfoliation der Labyrinththeile beschrieben hat, ist die Zahl der am Lebenden beobachteten Fälle eine ziemlich grosse geworden. Im Jahre 1875 hat Böters in seiner Inaugural-Dissertation über 16 Fälle von Labyrinth-Necrose berichtet und im Jahre 1886 konnte Bezold in seiner Arbeit unter dem Titel „Labyrinthnecrose und Paralyse des Nervus facialis“ schon über eine 46 Fälle umfassende Statistik verfügen. Seit dem Jahre 1886, also seit der Publication der Bezold'schen Arbeit, finden wir in der Literatur noch neue 18 Fälle von Exfoliation necrotischer Labyrinththeile, also zusammen sind es 64 Fälle.

In den meisten Fällen handelte es sich um Elimination der Schnecke, und wenn auch hier und da Exfoliation der Bogengänge erwähnt wird, so waren es meistens Sequester der Felsenbeinpyramide, in der ein Bogengang oder auch alle Bogengänge in dem Sequester enthalten waren.

Eine isolirte totale Elimination der knöchernen Bogengänge mit einem Theile des Vorhofs ist meines Wissens nicht beobachtet worden.

Der Fall, den ich während eines Jahres in meiner Privatklinik zu beobachten Gelegenheit hatte, ist folgender:

E. M., ein 2½ Jahre altes Mädchen, wurde mir am 15. Juni 1895 zum ersten Mal in meiner Sprechstunde vorgestellt.

Von der Mutter des Kindes habe ich erfahren, dass die kleine Patientin in ihrem neunten Lebensmonate Scharlach durchgemacht hat. Der Verlauf der Krankheit soll ein recht schwerer gewesen sein, auch soll sie eine diphtheritische Halsentzündung gehabt haben. In der dritten Krankheitswoche bekam Patientin eine linksseitige eitrige Mittelohrentzündung. Die Eiterung aus dem Ohre war sehr profus und nach Verlauf von einigen Wochen traten Schmerzen im linken Warzenfortsatz auf. Es bildete sich in kurzer Zeit ein grosser Abscess hinter dem Ohre, der von einem Chirurgen eröffnet wurde. Seit der Zeit besteht die Ohreiterung und eine Fistel am Proc. mastoideus.

Bei der an demselben Tage vorgenommenen Untersuchung habe ich Folgendes constatirt: Hinter der linken Ohrmuschel sieht man auf der Höhe des oberen Meatusrandes, entsprechend der Lage des Antrum mastoideum, eine Fistelöffnung, aus der spärlicher dünnflüssiger Eiter herausfließt. Die Ränder der Fistelöffnung sind unterminirt, die Umgebung durch Maceration excoriirt. Beim Druck auf den Processus mastoideus empfindet die Kranke Schmerzen und der dabei hervortretende Eiter ist blutig tingirt. Die retroauriculären Lymphdrüsen unbedeutend vergrößert, nicht schmerzhaft.

Im äusseren Gehörgang sieht man polypöse Wucherungen, welche aus der Tiefe hervortreten und die Oeffnung des Meatus auditorius ext. fast vollständig verlegen. Bei der Untersuchung mit der Sonde fühlen sich die Wucherungen hart an und scheinen aus der hinteren und oberen Gegend der Paukenhöhle resp. vom Atticus und Antrum mastoideum zu entspringen. Beim Sondiren der Fistel gelangt man in eine Höhle, welche mit weichen Granulationen erfüllt erscheint, und in der Tiefe stösst man auf cariösen Knochen. Bei der Untersuchung der inneren Organe des Kindes konnte nichts Abnormes constatirt werden.

Gehörprüfungen führten zu keinem Resultate, was bei dem jugendlichen Alter der Patientin vorauszusetzen war.

Die Diagnose lautete im gegebenen Falle: Otitis media supp. chronica aur. sinistr. Caries cavi tympani et proc. mastoidei.

Ich schlug der Mutter des Kindes sofort eine radicale Operation vor, sie ging aber darauf nicht ein.

Ich war also gezwungen, die Granulationen theils mit der Wilde-schen Schlinge, theils mit der Hartmann'schen Curette zu entfernen. Dies geschah auch in mehreren Sitzungen. Die Granulationen wucherten aber immer von Neuem aus der Tiefe. Als nach Verlauf von einigen Wochen die Höhle soweit gereinigt wurde, dass man eine Einsicht in die tiefer gelegenen Abschnitte bekommen konnte, da constatirte ich, dass der Hammer vollständig in Granulationen gehüllt und wahrscheinlich carios war. Derselbe liess sich auch leicht entfernen, und war das Köpfchen durch Caries ausgegagt. Eine Woche darauf trat Paralyse des linken Facialis auf.

Nach einigen Tagen entschloss sich die Mutter für die radicale Operation, welche auch am 20. November 1895 von mir ausgeführt wurde.

Es wurde die Fistelöffnung am Processus mastoideus erweitert, der Knochen, soweit sich derselbe erkrankt zeigte, ausgemeisselt und die Granulationen und käsigen Massen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Jodoformgazetamponade. Während dreier Monate wurde der Verband jeden zweiten Tag gewechselt und schliesslich die Wunde am Processus mastoideus zur Heilung gebracht. In der Paukenhöhle bestand blos minimale Eiterung. — Es wurde das Kind aus der Behandlung auf dringenden Wunsch der Mutter entlassen, ihr aber die Unterweisung gegeben, die Kranke zur Controle ihres Zustandes ein Mal wöchentlich in die Klinik zu bringen.

Aber erst nach Verlauf von sechs Monaten sah ich das Kind wieder. Bei der Untersuchung constatirte ich ein Persistiren der Eiterung, ein Aufschliessen neuer Granulationen und in der Tiefe einen beweglichen Sequester. Die Wunde am Processus mastoideus gut geheilt. Ich versuchte den Sequester mit der Pincette zu fassen und herauszuziehen. Dies gelang mir aber nicht, der Sequester erwies sich zu gross und liess sich durch den äusseren Gehörgang nicht herausholen. Ich beschloss also, die Kranke zu chloroformiren, die Narbe hinter der Ohrmuschel zu öffnen und durch Ablösen der Ohrmuschel und des Gehörganges den Sequester von hinten herauszuholen. Die Operation habe ich am 25. Juli d. J. ausgeführt. Zuerst nahm ich eine kleine Knochenspanne heraus, welche sich als ein Theil des Paukenringes erwies, und dann entfernte ich einen grösseren Sequester, welcher vollständig in Granulationen eingebettet war. Die noch vorhandenen Granulationen wurden mit dem scharfen Löffel entfernt.

Der Verlauf nach der Operation war ein in jeder Hinsicht günstiger, die Wunde heilte sehr rasch, so dass nach Verlauf von drei Wochen eine vollständige Vernarbung eintrat. Das Ohr ist seit der Zeit trocken geblieben.

Im Monat August sah ich die kleine Patientin zum letzten Mal und konnte mich überzeugen, dass die Heilung eine vollständige ist, nur ist die Paralyse des Facialis stationär geblieben. Coordinationsstörungen sind während des ganzen Verlaufes der Krankheit nicht bemerkt worden.

Der entfernte Sequester stellt ein vorzügliches Präparat der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhoftheiles dar.

Die knöcherne Kapsel der Bogengänge ist so vorzüglich aus dem Felsenbein herauspräparirt, dass man nirgends Spuren der Spongiosa sieht. Nirgends sind auch pathologische Oeffnungen zu sehen (Fig. 1). Auf Figur 2 zeigen die fünf Striche die Lage der fünf Oeffnungen im Vorhof, also die fünf Mündungen der Bogengänge. Fig. 3 und Fig. 4 illustriren die zuerst entfernte Knochenspanne, und zwar den hinteren und oberen Theil des Paukenringes. Auf Figur 4 ist die auf der inneren Fläche verlaufende Rinne sehr deutlich sichtbar.

Zum Schluss möchte ich die Seltenheit einer totalen Elimination der knöchernen Bogengänge betonen, ja sogar behaupten, dass ein Präparat, wie das von mir gewonnene, zu den grössten Seltenheiten

Fig. 1.



Fig. 2.

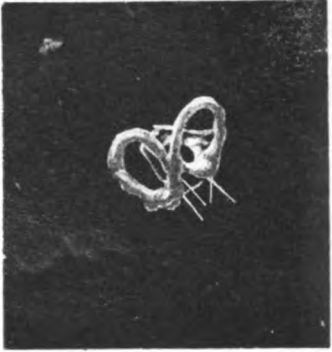


Fig. 3.



Fig. 4.





gehört. Sowohl in der von Bezold zusammengestellten Statistik (46 Fälle), wie auch zwischen den später publicirten Fällen (18 Fälle), also zusammen zwischen den 64 bis jetzt bekannten Fällen ist kein Fall von totaler isolirter Exfoliation der knöchernen Bogengänge beschrieben. Die grösste Aehnlichkeit mit dem von mir beschriebenen Falle hätte noch der Fall von Guye<sup>1)</sup>, den er auf der 46. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden im Jahre 1873 demonstrirt hat. Es handelte sich um einen Sequester, in dem die halbirkelförmigen Canäle und die hintere Hälfte des Vorhofes zu erkennen waren. Es war also auch ein Theil des Felsenbeines mit eliminirt. Auch in dem Falle von Habermann<sup>2)</sup> war ein Theil der Pars petrosa mit den Bogengängen exfoliirt.

Es scheint also, dass der von Bötters ausgesprochene Satz: „dass das häufige Vorkommen der alleinigen Necrose der Schnecke den Beweis für die Richtigkeit der Annahme liefert, dass das runde Fenster die Brücke für die Uebertragung der eitrigen Periostitis zu dem Labyrinth abgiebt. Denn geschähe dies durch eine Fistel des äusseren halbirkelförmigen Canals oder das ovale Fenster, so müssten auch Beobachtungen von alleiniger Ausstossung der halbirkelförmigen Canäle existiren, was bekanntermaassen nicht der Fall ist“, bis jetzt seine Gültigkeit bewahrt hat und die Richtigkeit meiner Behauptung bestätigt, dass eine Exfoliation der Bogengänge zu den grössten Seltenheiten gehört.

---

Aus der k. k. Univ.-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Jos. Gruber in Wien.

## Ueber Mumpstaubheit.

Von

Dr. Ferdinand Alt, Assistent der Klinik.

Die Parotitis epidemica wird von den Internisten als eine eminent gutartige Krankheit bezeichnet, eine Thatsache, die mit den diesbezüglichen Erfahrungen der Otiater im Widerspruch steht.

Der Mumps, dessen eigentliche Ursache noch nicht erforscht ist, wird den Infectionskrankheiten zugezählt und reiht sich nach Soltmann<sup>1)</sup> den acuten Exanthenen oder besser den acuten contagiösen Schleimhautkrankheiten an. Er ist eine Allgemeinerkrankung, bei welcher die Parotitis nur eine Localisation, die wichtigste in die Augen springende Aeusserung des in das Blut und die Säftmassen aufgenommenen Giftes ist, wobei der Parotisschwellung die Bedeutung des Hautexanthems bei Scarlatina oder der Pusteln bei Variola zukommt (Leichtenstern<sup>2)</sup>).

Die Internisten glauben bei Mumps eine absolut günstige Prognose stellen zu dürfen, da nahezu in allen Fällen eine vollständige Wiederherstellung eintritt, bis auf den seltenen Ausgang in Induration oder

---

<sup>1)</sup> Guye, Arch. f. Ohrenh., Bd. XVIII.

<sup>2)</sup> Habermann, Arch. f. Ohrenh., Bd. XVIII.

den noch selteneren in Vereiterung der Parotis, von denen erstere auf unzweckmässige Behandlung, letztere auf eine accidentelle erythematöse Entzündung der Mundschleimhaut (Cruveilhier<sup>3</sup>) bezogen wird, die durch mangelhafte Reinigung der Mundhöhle bedingt ist (Steiner<sup>4</sup>).

Die Otiter werden bei Parotitis epidemica die Prognose mit grosser Vorsicht stellen, zumal ihre Fachliteratur schon eine grössere Reihe von Fällen aufweist, wo im Verlaufe der Krankheit einseitige oder doppelseitige Taubheit auftrat, die in den meisten Fällen als unheilbare bezeichnet werden muss.

Ueber die Entstehung der Affection des Gehörorganes liegen zahlreiche Anschauungen vor. Virchow<sup>5</sup>) bezeichnet die Perineuritis des Facialis und Trigemini als ätiologisches Moment für die Affection des inneren Ohres bezw. des Gehirns, indem der 2. und 3. Ast des Trigemini sowohl, als der Facialis als Conductoren der Entzündung dienen; dieser leitet die Erkrankung in das innere Ohr, jener in die Schädelhöhle zum Ganglion Gasseri, dessen Umgebung er mehrmals eitrig infiltrirt fand.

John Roosa<sup>6</sup>) glaubt, dass die Ohrerkrankung nach Mumps zuweilen durch eine directe Fortleitung der Entzündung durch den Gehörgang und das mittlere Ohr zum Labyrinth bedingt sei, will jedoch nicht in Abrede stellen, dass auch eine metastatische Entzündung vorkommen könne.

Moos<sup>7</sup>) ist der Ansicht, dass in Fällen von Parotitis Stoffe in die Blutcirculation übergehen, welche in Organen mit complicirteren Circulationsverhältnissen, namentlich mit erschwerten Abflussbedingungen des Blutes, leicht haften bleiben und da zu Störungen führen, also zum Beispiel im Hoden oder im Labyrinth.

Lemoine und Lannois<sup>8</sup>) bezeichnen die Taubheit als eine habituelle locale Manifestation, wie die Schwellung der Ohrspeicheldrüse, Orchitis, Mammitis etc.

Eloy<sup>9</sup>) rubricirt diese Taubheit unter die nervösen Störungen, die unter dem Einflusse des Infectionsgiftes entstehen.

Welcher Art die Affection des inneren Ohres, beziehungsweise des Hörnervenstammes ist, darüber fehlt mangels eines verwerthbaren Sectionsbefundes jede einwandfreie Angabe, man ist vielmehr diesbezüglich nur auf Hypothesen angewiesen. (Bruuner<sup>10</sup>) citirt einen Sectionsbefund von Toynee ohne Angabe der Arbeit, der mir nicht recht verwerthbar erscheint: Völlige Desorganisation des Nervenapparates im Labyrinth, Flüssigkeit im Vorhof und der Schnecke dunkel gefärbt.) Moos<sup>11</sup>) supponirt für heilbare Fälle ein seröses Exsudat in das Labyrinth, während er für unheilbare Fälle ein hämorrhagisches Exsudat in die Schnecke oder in den Hörnervenstamm, beziehungsweise bei rasch auftretenden Gleichgewichtsstörungen in den Vestibularapparat annimmt.

Die Taubheit tritt zu verschiedenen Zeitpunkten der Mumpserkrankung auf. Lemoine und Lannois beobachteten die Ertaubung vier Tage vor der Anschwellung der Parotis, Haslon<sup>12</sup>) am ersten Tage nach der Parotisschwellung, Bürkner<sup>13</sup>) und Gruber<sup>14</sup>) am dritten Tage, Buch<sup>15</sup>) (zweimal) am dritten oder vierten, Moos<sup>16</sup>) am vierten, Moos, Roosa (zweimal) am fünften, Seitz<sup>17</sup>), Knapp<sup>18</sup>), Roosa am

siebenten, Roosa am achten Tage. Bei den anderen Autoren findet man keine Zeitangabe.

Der Ertaubung gingen in den meisten Fällen subjective Beschwerden, Schwindel, Ohrensausen und Gleichgewichtsstörungen voraus; Erbrechen kam seltener vor, Schmerzen in der Tiefe des Ohres nur einmal, das Sensorium war stets ein ungetrübtes. Dagegen gibt es eine Reihe von Beobachtungen, wo das Fehlen subjectiver Beschwerden direct hervorgehoben wird. In einem Falle von Buck trat 10 Tage nach der Ertaubung, in einem Falle Bürkner's 4 Tage nach derselben Erbrechen, Schwindel und taumelnder Gang auf.

Die Erkrankung ist meist unheilbar; in den citirten Fällen blieben, mit Ausnahme des Falles von Moos, alle therapeutischen Bestrebungen ohne Erfolg. Dagegen kommt es im Verlaufe des Mumps recht häufig zu vorübergehenden, selbst schweren Hörstörungen, die sich ohne jede Therapie sehr rasch wieder zurückbilden, für welche, wie oben erwähnt, Moos ein seröses Exsudat in das Labyrinth supponirt.

Die Affection war häufiger eine einseitige, als eine doppelseitige, unabhängig davon, ob die Parotisanschwellung einseitig oder beiderseits bestand, und betraf das linke Ohr annähernd doppelt so oft als das rechte.

Obwohl der Mumps vornehmlich eine Kinderkrankheit ist, stellen nach der mir zugänglichen Literatur Erwachsene ein viel grösseres Contingent für die Labyrinthkrankung als Kinder, wie ja auch die Orchitis seltener Kinder als Erwachsene befällt. Von den citirten Fällen betrafen 3 Kranke unter 10 Jahren, 5 von 10—20 Jahren, 6 von 20—30 Jahren, 2 von 30—40 Jahren und 1 über 40 Jahre.

L. Connor<sup>19)</sup> sammelte die bis 1884 in der Literatur vorliegenden Fälle von plötzlich in Folge epidemischer Parotitis entstandener Taubheit und fand, dass unter den betreffenden 33 Individuen nur 9 unter 15 Jahren alt waren. Diese Ertaubung tritt viel häufiger auf, als man nach den vorliegenden Daten schliessen könnte, da viele Ohrenärzte ihre diesbezüglichen reichen Erfahrungen nicht veröffentlichten. Nach Mygind<sup>20)</sup> findet man diese Infectionskrankheit nur in der Statistik aus Sachsen mit 0,3% und in der aus Amerika mit 0,5% als Ursache der Taubstummheit angeführt. Diese niedrigen Zahlen dürften darin begründet sein, dass die Taubheit vornehmlich nur einseitig auftritt und zweitens das ätiologische Moment nicht genügend berücksichtigt sein dürfte.

Im Anschluss an diese Ausführungen theile ich eine genaue Beobachtung eines in mehrfacher Hinsicht interessanten Falles von Mumpstaubheit mit, die ich vor kurzer Zeit an der Klinik meines verehrten Chefs anzustellen Gelegenheit hatte.

Am 7. Juli d. J. wurde ein 12jähriges Mädchen auf die Klinik gebracht, mit der Angabe, es wäre vor acht Tagen an Mumps erkrankt, habe gleich am ersten Tage der Erkrankung schlecht gehört, die Hörstörungen hätten unter Ohrensausen und leichtem Schwindel rasch zugenommen, am 3. Tage wäre complete Taubheit beiderseits aufgetreten.

Die Untersuchung des Gehörorganes ergab: Trommelfell rechts normal, links destruiert (nach einer vor zwei Jahren bestandenen Eiterung). Die auf den Scheitel aufgesetzte C<sub>2</sub>-Stimmgabel wird im ganzen Kopfe verkürzt percipirt, vor beiden Ohren werden weder hohe, noch



tiefe Töne gehört. C<sub>2</sub> von beiden Warzenfortsätzen hochgradig verkürzt. Complete Taubheit für Uhr, Sprache, Hörrohr und Pfeife. Da das Kind nicht aus Wien ist, wird dem Hausarzte empfohlen, Jodkali zu verabreichen und ca. 15 Pilocarpin-Injectionen auszuführen. Die Angehörigen werden über das Wesen der Hörübungen aufgeklärt und ihnen deren Anwendung empfohlen. Allen diesen Anforderungen wurde in peinlichster Weise Genüge geleistet und das Mädchen am 8. August neuerlich auf die Klinik gebracht. Es zeigte Hörvermögen für laute Sprache links auf 30 cm, rechts für laut gerufenes U, R, A etc. in unmittelbarer Nähe des Ohres.

Am 27. October war das Hörvermögen links auf 1 m, rechts auf 30 cm für Conversations-Sprache gestiegen, der Weber war unbestimmt, der Rinne auffallenderweise beiderseits negativ mit verlängerter Kopfknochenleitung. Tiefe Töne wurden besser percipirt als hohe.

Ob die Taubheit ohne jede Therapie zurückgegangen wäre, oder aber, welches der zur Anwendung gelangten Heilmittel, Jod, Pilocarpin, Hörübungen, den Erfolg für sich in Anspruch nehmen darf, will ich dahingestellt sein lassen.

#### Literaturverzeichnis.

1) Soltmann, in Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde 1888, Bd. XV, p. 249.

2) Leichtenstern: Parotitis epidemica in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten 1877, II.

3) Cruveilhier: Anatomie pathol. du corps humain 1842.

4) Steiner: Mumps mit Facialislähmung und Parotisvereiterung. Wiener med. Blätter 1896, No. 22 und 23.

5) Virchow: Die acute Entzündung der Ohrspeicheldrüse. Ann. der Charité zu Berlin 1858.

6) Roosa: Die im Verlaufe der Mumps auftretenden Erkrankungen des Ohres. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XII.

7) Moos: Ein Fall von doppelseitiger Labyrinthaffection mit taumelndem Gang mit bleibender Vernichtung des Gehörs nach Mumps. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XI.

8) G. Lemoine und M. Lannois: De la surdit e compl ete unilat erale ou bilat erale consecutive aux oreillons. Revue de médecine, Tome III, Septembre 1883.

9) Eloy, citirt nach Eulenburg's Real-Encyclop die der gesammten Heilkunde 1888, Bd. XV.

10) Brunner: Ein Fall von completer einseitiger Taubhaut nach Mumps mit epikritischen Bemerkungen. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XI.

11) Moos: Beziehung der Allgemeinerkrankungen zu Krankheiten des Gehörorgans, in Schwartz's Handbuch der Ohrenheilkunde, Bd. I, 1892.

12) Haslon, Philad. Med. News, 24. Mars 1883.

13) Bürkner: Ein Fall von plötzlichem Verlust des Hörvermögens auf einem Ohre im Verlaufe von Mumps. Berliner klin. Wochenschrift 1883.

14) Gruber, Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1888.

15) Buck, The American Journal of Otolary, Bd. III, 1881.

16) Moos: Ein Fall von partieller Labyrinthaffection nach Mumps. Berliner klinische Wochenschrift 1884.

17) Seitz, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, XII. Jahrg.

18) Knapp: Ein Fall von doppelseitiger Taubheit, Zeitschr. für Ohrenheilkunde, Bd. XII.

19) Connor, Americ. Journ. of Medic. Sciences, October 1884.

20) Mygind: Taubstummheit. 1894.

## Ueber Tracheal-Canülen.

Vortrag,

gehalten auf der Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt a. M. 1896

von

Dr. Arthur Thost, Hamburg.

Im Laufe der letzten Jahre hatte ich Gelegenheit, eine verhältnissmässig recht grosse Anzahl von Stenosen des Kehlkopfes und der Luft-röhre zu behandeln, die sämmtlich tracheotomirt worden waren und die die Canüle zum Theil mehrere Jahre hindurch getragen hatten.

Wenn auch in diesen Fällen die Ursache zur Tracheotomie gegeben war durch eine Verengerung des Kehlkopfes in Folge einer acuten oder chronischen Entzündung der einzelnen Theile desselben, so waren doch andererseits in Folge des langen Liegenbleibens der Canüle eine Menge Veränderungen im Kehlkopf und Trachea aufgetreten, die ganz zweifellos durch die Canüle selbst bedingt waren und die in erster Linie die Entfernung der Canüle unmöglich machten.

So kam es, dass ich bei der sehr langwierigen, schwierigen Behandlung dieser Stenosen mich immer wieder fragen musste, wie und in welcher Weise die Canüle selbst hier schädlich gewirkt habe und andererseits auf Mittel sinnen musste, wie ich diese durch die Canüle gesetzten Schädigungen vermeiden könne, denn bei der sehr langwierigen Behandlung musste ja die Canüle liegen bleiben, bis die Stenose durchgängig war, und ich war gezwungen, durch verschiedene Formen und Grössen von Trachealcanülen, je nach dem einzelnen Fall, die durch die Canüle selbst bedingten Hindernisse zu überwinden.

Es handelte sich meistens um methodische Erweiterung der Stenose, die, das sei gleich hier gesagt, mir für diese Fälle in jeder Beziehung den grössten Vorzug zu verdienen scheint, die mich auch in allen Fällen zum Ziel geführt hat.

Ich habe daher bei diesen Versuchen mit einer reichen Auswahl von Canülen mich beschäftigt und habe die Ueberzeugung gewonnen, dass die bisher üblichen Canülenformen und auch die am meisten geübte Methode der Tracheotomie an recht wesentlichen Mängeln leidet, deren Zusammenstellung den Inhalt meines heutigen Vortrags bilden soll.

Ich bin zu meinem Bedauern allerdings noch nicht in der Lage, Ihnen Instrumente empfehlen zu können, die alle die erwähnten Nachteile nicht besitzen, schon, weil ich in meiner fast ausschliesslich ambulanten und poliklinischen Thätigkeit verhältnissmässig sehr selten in die Lage komme, die Tracheotomie selbst auszuführen. Die Fälle aber, die ich zur Behandlung überwiesen bekam, waren zum grossen Theil lange Zeit in Behandlung erfahrener Chirurgen gewesen, und die üblichen Versuche, das Hinderniss zu beseitigen, waren gemacht worden, ohne dass eine Heilung dadurch erreicht war.

Jeder Chirurg kennt solche Fälle, wo die Entfernung der Canüle trotz aller Versuche nicht gelingen will, und da ich vom Standpunkte des Laryngologen aus diese Fälle auf das Genaueste untersucht und beobachtet habe, auch so glücklich war, eine Heilung zu erzielen,

werden Sie erlauben, dass ich mir für eine kurze Mittheilung meiner Beobachtungen und Vorschläge Ihr Interesse erbitte.

Die einschlägigen Verhältnisse nach allen Seiten hin zu beleuchten, ist mir natürlich nicht möglich, ich muss mich auf mein Thema beschränken und will nur über die verschiedenen Trachealcantilen, ihre Vortheile und Nachtheile sprechen und auf einzelne Punkte hinweisen, die zur Abänderung der bisher üblichen Instrumente nach meiner Erfahrung maassgebend sein müssen.

Wie Sie wissen, ist die in Deutschland am meisten gebrauchte Form der Cantüle die sogenannte Lürer'sche Cantüle, ein Rohr, das ein Kreissegment bildet, mit einem festen und einem beweglichen Schild, in dem ein zweites, etwas kürzeres Rohr (der innere Theil) sich befindet. Der untere Theil des gleichmässig weiten Rohres ist glatt abgesehritten und endet mit einem mehr oder minder scharfen Rand.

Diese Biegung der starren Cantüle schon bedingt es, dass der höher liegende hintere Rand oder auch der tiefer liegende Rand, der der vorderen Trachealwand anliegt, an der zarten Schleimhaut, die die Luftröhre auskleidet, beständig reiben und drücken muss. Ganz abgesehen, dass bei Biegungen und Drehungen des Halses die starre Cantüle gelegentlich auch an den Seitenwänden scheuert, oder die vordere oder hintere Wand mit stärkerer Kraft gedrückt wird.

So entstehen denn auch sehr häufig an diesen Stellen Geschwüre, oft förmliche Schleimhauttaschen, in die der freie Rand der Cantüle genau hineinpasst, und auf den Rändern der Geschwüre schiessen Granulationen auf, die durch den beständigen Zug oft die Form von gestielten Polypen annehmen und die eine solche Grösse erreichen, dass das untere Ende der Cantüle vollständig verlegt werden kann. Entstehen durch die Cantüle Verletzungen an mehreren Seiten der Luftröhre, so kann es zu ringförmigen Verengerungen kommen, die sehr bedrohliche Erstickungserscheinungen machen können und die man nur dadurch überwinden kann, dass man eine entsprechend längere Cantüle einlegt.

Es kommt um so leichter zu solchen Veränderungen und Geschwüren auf der Schleimhaut, als es sich ja in den meisten Fällen, wo die Tracheotomie ausgeführt wird, in erster Linie bei Croup und Diphtherie, dann bei Syphilis und Tuberculose, um sehr heftige, mit starker Schwellung und starker Auflockerung einhergehende Entzündung der Schleimhaut handelt. Auch Blutungen sind in Folge dessen häufig, die direct durch Verlegung der Luftwege mit geronnenem Blut Erstickungen herbeiführen können, oder, wenn sie geringfügiger sind, durch ihr langes Fortbestehen die meist ohnehin schon schwächlichen Patienten noch blutärmer machen.

Die erwähnte Lürer'sche Cantüle mit ihrem kreisförmigen starren Rohr setzt aber nicht nur an ihrem unteren Ende Veränderungen der Schleimhaut, sondern wird auch bei jedem Hustenstoss in die Höhe geschleudert und gegen den vorderen oberen Winkel der Luftröhrenfistel gedrängt. Da nun dieser vordere obere Winkel, namentlich bei der Cricotracheotomie, gebildet wird durch den ganz oder theilweise durchschnittenen Ringknorpel, so muss sich an ihm eine ganz besonders heftige Entzündung etabliren, besonders wenn man auch hier wieder

in Rechnung zieht, dass die hier durchtrennte Schleimhaut bei den erwähnten Infectionskrankheiten in heftiger Entzündung sich befindet und durch das darüber fließende, allerlei Infectionsträger mit sich führende Secret in Entzündung erhalten wird. Der vordere obere Winkel der Luftröhrenfistel ist überhaupt, wenn ich so sagen darf, der gefährlichste Punkt bei der ganzen Nachbehandlung Tracheotomirter, denn er liegt direct unter dem engsten Punkt des ganzen Trachealrohrs, unterhalb der vorderen Commissur, wo die ganzen Muskelmassen, die den Stimmbandapparat bilden und bewegen, in das Trachealrohr beiderseitig eingelegt sind, wo die straffen, sehnigen Stimmbänder fest mit dem Knorpel verwachsen sind und wo der einzige Knorpel im Verlauf der ganzen oberen Luftwege, der einen geschlossenen, starren, nach keiner Seite eine Ausbiegung gestattenden Ring bildet, sich befindet. Auch der Umstand, dass in diesem Larynxabschnitt die Schleimhaut nur locker angeheftet ist, fällt hierbei in's Gewicht.

Hier im subglottischen Raum localisirt sich jede Entzündung, wegen der hier mächtigsten Gebilde des ganzen Kehlkopfes, am heftigsten; hier staut sich alles aus Lungen und Luftröhre kommende Secret, bevor es die enge Glottis passirt. Es wird also dicht oberhalb der Canüle die Schleimhaut auch durch die Entzündung am heftigsten ergriffen und am stärksten verdickt sein.

Bei der Eröffnung der Luftröhre mit einem linearen feinen Schnitt wird diese verdickte Schleimhaut durch die eingeführte Canüle nach innen gedrängt und legt sich als dicke Längsfalte an beiden seitlichen Wänden der Canüle an.

Diese Seitenwülste der Schleimhaut sind es denn auch, die man bei Jedem, der längere Zeit Canüle getragen hat, wie ein Paar Gardinen vor einem runden Fenster in der Tiefe der Fistel erkennt, und die vor Allem mit die Bildung eines Hindernisses bei der Entfernung der Canüle verschulden.

Es wird aber bei der Einführung der Canüle in das entzündete Kehlkopfröhr nicht nur die Schleimhaut zur Seite geschoben und trägt so zur Verengerung des Lumens bei, auch die zarten Knorpelenden werden nur zu häufig nach innen gebogen, wie das bei einer grossen Anzahl von Sectionsbefunden erwähnt wird. Es entsteht so bei jeder Tracheotomie an der Innenseite der Luftfistel durch die eingeführte Canüle eine Verengerung durch die nach innen resp. zur Seite gedrängten Schleimhaut- und Knorpeltheile. Wenn man sich ein grobes Bild von den Vorgängen machen will, führe man nur einfach seinen Finger durch ein enges Knopfloch; es schiebt sich dann der Stoff, ähnlich wie in der Trachea die Schleimhaut, vor dem eingeführten Finger her und biegt sich nach innen.

Ausser dieser an der Vorderseite gelegenen Verengerung des Lumens finden wir aber regelmässig eine Verengerung an der Rückwand, die dadurch entsteht, dass oberhalb der Canüle an einer Stelle der Schleimhaut, die durch die im Bogen nach abwärts gehende Canüle garnicht erreicht werden kann, die Rückwand sich ganz beträchtlich vorwölbt.

Man hat sich die Entstehung dieser als Sporn in den meisten Fällen von Trachealstenosen beschriebenen Vorwölbungen lange Zeit

nicht recht erklären können, und Störck führt dieselben zurück auf eine an dieser Stelle besonders heftig auftretende Entzündung der Schleimhaut. In Wahrheit verdankt aber diese Hervorwölbung ihre Entstehung auch nur einem Nachtheile der bei uns üblichen Canüle und der am meisten geübten Methode der Tracheotomie.

Es werden nämlich bei der Einführung der Canüle nach Eröffnung der Trachea mit einem linearen Schnitt die C-förmigen Trachealknorpelringe stark auseinandergebogen, um für die Canüle Raum zu schaffen. Es müssen sich also die hinteren freien Enden der C-förmigen Knorpel mit der an ihnen befestigten, der Speiseröhre zugekehrten, nachgiebigen weichen Rückwand der Luftröhre nach dem Lumen der letzteren vordrängen und zwar gerade an der Stelle, die dem Eingang in die Luftröhre gegenüber liegt, also direct oberhalb der nach abwärts strebenden Canüle; auch diese Vorwölbung wird die entzündete Schleimhaut in Längsfalten gegen das Lumen hin vordrängen.

Diese im Vorhergehenden genauer geschilderten, das Lumen der Luftröhre verengernden Prozesse waren es wenigstens in den von mir untersuchten Stenosenfällen, die die Entfernung der Canüle unmöglich machten, denn es fanden sich entweder am unteren Ende der Canüle Granulationen oder ein mehr narbiger Ring, wenigstens in einigen Fällen, bei allen Fällen aber die beschriebenen gardinähnlichen Schleimhautwülste, die von der durch die Canüle zur Seite geschobenen Schleimhaut der Luftröhre gebildet werden, und dann der durch die Auseinanderbiegung der Knorpel erzeugte Sporn an der Rückwand der Trachea.

Bei den meisten Fällen war die Tracheotomia superior oder Cricotracheotomie gemacht worden, so dass die erwähnten Wülste und der Sporn direct unterhalb der Stimmbänder, also der engsten Partie des Kehlkopfes gelegen waren.

Durch das häufige Einführen beim Wechseln der Canüle und die dadurch bedingten Reibungen des scharfen unteren Randes an der aus Granulationsmasse gebildeten Luftfistel und den Seitenwülsten in der Luftröhre selbst kommt es in Folge des fortwährenden Reizes zu einer ausserordentlich heftigen Entzündung und zur Anhäufung eines beträchtlichen Materials von sehr gefässreichem, weichen, leicht blutenden Granulationsgewebe.

In dieses Granulationsgewebe sind dann die ursprünglichen, normalen Gewebsteile der durchschnittenen Knorpel, die durchtrennten Fascien und Muskeln eingebettet.

Schon nach kurzer Zeit liegt dann die Canüle in einem engen Canal, der mitten durch dieses Granulationsgewebe führt und der eine ausserordentliche Neigung zeigt, sich zu schliessen, so dass ein recht beträchtlicher Druck von allen Seiten gleichmässig auf die Canüle ausgeübt wird.

Da nun die Schleimhaut der oberen Luftwege in allen ihren Theilen, besonders aber in den engeren Canälen, Nase, Tube und Mittelohr und auch im Kehlkopf, auf einen gewissen Druck der Respirationsluft eingerichtet ist und da es in Folge von Stauungen in Blut- und Lymphgefässen sofort zu einer ödematösen Schwellung der Schleimhaut kommt, wenn die Luft nicht mehr durch diese Canäle passirt,

so wird auch in den über der Canüle belegenen Parthien, wenn sie nicht mehr für Luft durchgängig, die Schleimhaut schwellen und das ohnehin verengte Lumen noch mehr einschränken.

Die Durchtrennung der Schleimhaut bei der Tracheotomie ist in vielen Fällen, namentlich wenn bei kleinen Kindern die stark infiltrirten Weichtheile am Halse in drängender Eile rasch durchschnitten werden müssen, keine vollständige, ja, es sind Fälle veröffentlicht, wo nur die Knorpelschicht und die Schleimhaut überhaupt nicht durchtrennt wurde, so dass die Canüle dann zwischen Knorpel und Schleimhaut in die Trachea eingeführt wurde.

In vielen Fällen kommt es jedenfalls vor, dass der obere Vereinigungswinkel der beiden seitlichen, gardinenartigen Schleimhautwülste, also der obere innere Wundwinkel, oft beträchtlich gegen das Lumen der Trachea vorgeedrängt wird und förmlich auf der Canüle reitet.

Die obere Wand des Canals für die Trachealcanüle wird gebildet durch die äusseren, geschwellten Weichtheile, dann durch den harten, ganz oder theilweise durchtrennten Ringknorpel und nach innen durch die mehr oder minder geschwellte Schleimhaut der Luftröhre.

Dieser obere Wundwinkel ist nun bei jeder Bewegung der Canüle, namentlich beim Husten, den meisten Insulten ausgesetzt und besonders an der durch den harten Ringknorpel, oder oft auch den unteren Rand des Schildknorpels gebildeten Stelle findet die stärkste Reibung der Canüle mit den durchtrennten Halstheilen statt.

Es kommt an dieser Stelle nun zu einer überaus heftigen, entzündlichen Reizung, das Periost dieser Knorpeltheile wird um das Doppelte und Dreifache verdickt und die Granulationen entwickeln sich hier mit besonderer Heftigkeit. An dieser Stelle entstehen dann die bekannten und gefürchteten Granulationen, die der als Granulationsstenose bekannten Form der Trachealstenose ihren Namen gegeben haben.

Da nun der Druck der Canüle ungefähr der Richtung derselben folgend, von innen nach obenaussen am stärksten ist, wird der innere obere Winkel da, wo der harte Knorpel liegt, am meisten insultirt. Man kann sich leicht davon überzeugen, wenn man die Bänder, die die Canüle halten, durchschneidet, es wird dann die Canüle im Bogen nach oben und aussen beim nächsten Hustenstoss herausgeschleudert.

So kommt es, dass die meisten Granulationen an dieser Stelle nach dem Lumen der Trachea hin, oberhalb der Canüle sich entwickeln.

Da nun, wie oben dargestellt, das Granulationsgewebe, das die Canüle umgibt, einen von allen Seiten gleichmässigen Druck auf dieselbe ausübt, wird es jeder Biegung der Canüle sich genau anschliessen und jede Lücke derselben mit Granulationen in kurzer Zeit ausfüllen.

So wird namentlich, wenn sogenannte gefensterter Canülen eingelegt werden, durch dieses Fenster sich rasch eine Polypenmasse vordrängen, die das Lumen der Canüle nur zu häufig verlegt.

Diese weichen Granulationsmassen oder Polypen werden dann beim Herausnehmen der gefensterter Canüle sehr häufig unter starken Blutungen mit abgerissen, oder, wie man sagt, guillotinirt.

Es nimmt überhaupt die Form der Fistel in kurzer Zeit die Form der Canüle an.

Um eine ovale Cantüle bildet sich ein ovaler Canal, und wenn man eine dreieckige Cantüle einlegen würde, würde der Canal durch die Granulationsmassen bald eine dreieckige Form annehmen.

Die ganzen Weichtheile um die Cantüle haben eine weiche, elastische, an Gummi erinnernde Beschaffenheit angenommen.

In dem vascularisirten Granulationsgewebe gehen die darin eingebetteten ursprünglichen Gewebe durch Entzündung, Gefässneubildungen, völlige Erweichung, namentlich der knorpeligen Theile in mehr oder weniger grosser Ausdehnung zu Grunde, so dass wir mit einer eigentlichen Trachea gar nichts mehr zu thun haben, während Necrose der Knorpel, wie von allen Beobachtern angegeben wird, nur sehr selten stattfindet.

Der durch die Cantüle unterhaltene Entzündungsreiz wirkt also ähnlich, nur noch intensiver, wie der durch Kröpfe gegebene Reiz, weil durch die Trennung der Trachea der Erweichungsprocess direct auf die Knorpel einwirken kann.

Bei Untersuchung solcher Fisteln an der Leiche kann man den vollständigen Schwund der Knorpel leicht nachweisen. Ebenso findet man bei der Narbe früher Tracheotomirter sehr häufig mit dem Finger nachweisbare Lücken in dem Knorpel, wenn sich das frühere Granulationsgewebe in narbiges Bindegewebe umgewandelt hat.

Aus dieser Schilderung der Verhältnisse, wie sie bei den meisten Trachealstenosen und bei den Fällen gefunden werden, bei denen das Decantülement erschwert oder ganz unmöglich ist, ersehen Sie, meine Herren, dass es sich in der Hauptsache um Hindernisse handelt, welche durch die Cantüle und die Operation selbst hervorgerufen wurden und weniger um ein Fortbestehen jener Respirationshindernisse, die diese wichtige und segensreiche Operation von vornherein nöthig machten.

So fand es sich wenigstens in allen Fällen, die ich in den letzten zehn Jahren in meist recht ausgedehnter Beobachtung und Behandlung hatte und so finde ich es in der zahlreichen Literatur, die ich ziemlich vollständig durchstudirt habe, beschrieben.

Da ich nun in meinem Bestreben, auf unblutige Weise diese Zustände zu heilen, eine Menge Instrumente und Apparate durchprobiren musste, habe ich mir eine ziemliche Erfahrung über Vor- und Nachteile von Cantülen gesammelt, aber aus den oben erwähnten Gründen leider darüber mir kein Urtheil bilden können, welche Formen etwa die beobachteten Missstände mit Sicherheit vermeiden könnten.

Jedenfalls haben mir diese Untersuchungen mit Deutlichkeit gezeigt, dass die in Deutschland üblichen Lühr'schen Cantülen, namentlich die gefensternten, recht häufig Veränderungen in Kehlkopf und Luftröhre erzeugen, die zur Stenosenbildung führen müssen.

Es haben darum auch eine Anzahl namhafter Chirurgen sich mit der Construction von Cantülen beschäftigt, die diese Nachteile vermeiden sollten, es ist aber, soweit mir bekannt, immer nur bei Versuchen geblieben und die Instrumente haben eine allgemeine Einführung nicht erlangt.

Man suchte zunächst dem Rohr eine andere Krümmung zu geben. Ein Kreissegment muss ja bei dem rechten Winkel, den die Achse der eröffneten Trachea mit dem Canal der Luftfistel bildet, von vorn-

herein gewisse Nachteile haben, wenn auch ein im Bogen geformtes Instrument sich relativ am leichtesten einführen lässt.

So hat sich namentlich in England eine von Durham construirte Cantüle eingebürgert, die gegenüber der Lürer'schen ganz immense Vortheile besitzt und die ich auch bei der Behandlung von Stenosen in mehreren Fällen mit dem grössten Vortheil verwenden konnte.

Dieselbe besteht aus einem längeren, horizontalen Theile und einem ganz kurzen, fast rechtwinkligen Bogentheile, der abwärts in die Trachea ragt, so dass der hinteren Trachealwand nicht wie bei der Lürer'schen der scharfe Rand, sondern die glatte Wand der Röhre selbst anliegt. Ausserdem ist das Schild der Cantüle durch eine Schraubenvorrichtung an dem längeren horizontalen Theil in ausgiebigster Weise zu verschieben, damit man je nach der Schwellung der Weichtheile die Cantüle verkürzen oder verlängern kann.

Der innere Theil der Cantüle endigt an seinem untersten Ansatzstück in einem sogenannten Hummerschwanz, so dass er bequem ein- und ausgeführt werden kann.

Durch diese Cantüle wird jedenfalls eine Verletzung am unteren Ende mit Sicherheit vermieden.

Es ist diese Cantüle daher, soweit mir bekannt, auch in England allgemein eingeführt.

Die Verletzung der hinteren Wand durch Reibungen des Cantülenrandes hat Gersuny in Wien auf andere Art zu vermeiden gesucht, indem er eine Cantüle construirte, die zwar auch tiefer in die Trachea herabreicht, aber in ihrem Biegungswinkel der Durham'schen ähnlich ist und bei der sich der absteigende Schenkel soweit verjüngt und enger wird, dass ein Berühren des unteren Randes mit der Schleimhaut unmöglich ist. Ausserdem hat diese Cantüle noch eine ausserordentlich wichtige Veränderung, die darin besteht, dass der Querschnitt des Rohrs nicht kreisförmig, sondern längsoval ist, so dass bei der Einführung durch den Schlitz der Trachea die Cförmigen Knorpel nicht soweit auseinander gebogen werden müssen und dementsprechend die Bildung des Sporns an der Hinterwand keine so ausgiebige wird.

Es wird dadurch auch der als todter Winkel bezeichnete Raum ausgefüllt, der übrig bleibt, wenn in die schlitzförmige Oeffnung der Trachea ein kreisförmiges Rohr eingeführt wird.

Man hat diesen am oberen und unteren Wundwinkel durch das Einführen des runden Rohrs in den Trachealschlitz entstehenden Raum — den toden Raum — der sich natürlich zunächst mit Granulationen füllen muss, nicht mit Unrecht für die Entstehung von Stenosen, namentlich von Granulationsstenosen verantwortlich gemacht.

Was die Fenster der Cantülen anlangt, so sind dieselben ja unentbehrlich, weil durch dieselben bei verstopfter Cantüle die Athmung durch den Kehlkopf wieder eingeleitet werden soll, weil man sich ferner durch dieselben von der Durchgängigkeit des Kehlkopfes und der eingetretenen Anschwellung überzeugen muss. Auf der anderen Seite aber erzeugen sie durch die Ermöglichung einer Granulationsbildung die oben erwähnten Missstände.

Man kann nun diese Vortheile der Fenster sehr leicht an einer Cantüle, ohne deren Nachteile mit in Kauf nehmen zu müssen, an-



bringen, wenn man statt der Fenster ein feines silbernes Haarsieb einsetzen lässt, an der Stelle und in der Ausdehnung der früher gebräuchlichen Fenster.

Es hat sich namentlich bei Schornsteincantülen gezeigt, dass durch solche sorgfältig gearbeitete Haarsiebe die Luft zwar mit Leichtigkeit dringt, der Schleim aber, ohne durch die engen Maschen zu passiren, herabläuft.

Ich habe bei Sprechcantülen und bei Ventilcantülen häufig und sehr lange solche Haarsiebfenster verwendet, ohne auch nur in einem einzigen Falle einen Nachtheil, speciell eine Granulationsbildung beobachtet zu haben.

Der Nachtheil, den gefensterete Cantülen haben, wird von vielen Beobachtern immer und immer wieder betont, und Störck hat dagegen Cantülen empfohlen, die an Stelle der Fenster eine Anzahl grösserer Löcher enthielten. Die Haarsiebe gestatten aber der Luft noch ausgiebiger den Durchtritt und vermeiden ebenso sicher die Granulationsbildungen.

Ich habe schon erwähnt und es unterliegt keinem Zweifel, dass das häufige Reiben des scharfen Randes der Cantüle beim Wechseln, namentlich am oberen Rand und den Seitenwülsten, diese Theile immer von Neuem reizt und deren Abschwellung verhindert.

Bei der gummiartigen Beschaffenheit des Granulationsgewebes um die Cantüle und der grossen Neigung dieser Theile, sich rasch concentrisch zu verengen, schliesst sich nach Entfernung der Cantüle der Canal oft in wenigen Minuten. Ist daher beim Wechseln der Cantüle nicht eine zweite sofort zur Hand, so wird, namentlich wenn der Arzt nicht selbst den Wechsel vornimmt, der scharfe Rand der Cantüle nur zu häufig durch den rasch verengten Canal gezwängt, es kommt zu Blutungen, Verletzungen, neuen Reizungen und Granulationsbildungen.

Alle diese Nachtheile lassen sich leicht vermeiden, wenn man sich zu jeder Cantüle einen genau passenden, vorn conisch geformten Obturator anfertigen lässt. Man hat dadurch die Cantüle fest in der Hand und kann sie sanft und schonend durch den verengten Canal und die gummiartig elastischen Granulationen bringen.

Es wird daher auch zu jeder Durham'schen Cantüle in England von den englischen Instrumentenmachern ein hummerschwanzähnlicher Obturator geliefert.

Da fast jede Cantüle trotz der sorgfältigsten Ausführung in ihrer Biegung kleine Abweichungen zeigt, müsste man, um leicht gleitende Obturatoren zu haben, zu jeder Cantüle einen besonderen Obturator haben.

Ich habe mir nun auch für die Lürer'sche Cantüle mit Hummerschwanzgelenken und conischen Endstücken versehene Obturatoren machen lassen, die man dann auch bei den Lürer'schen Cantülen verschiedener Grösse benutzen kann, so dass man mit einem oder zwei Obturatoren auskommt. Es war mit diesen möglich, selbst nach fast völligem Verschluss der Fistel, die Cantüle schonend, ohne Blutung und grossen Reiz, selbst nach Tagen wieder einzuführen.

Auch in den Fällen, wo man dem Wartepersonal oder den Angehörigen die eventuelle Wiedereinführung der versuchsweise entfernten

Canüle überlassen muss, leistet ein solcher Obturator unschätzbare Dienste. Ich konnte mich davon in mehreren Fällen auf's Deutlichste überzeugen.

Da ich in allen Fällen, die ich untersuchte, stets die unten genauer geschilderten Seitenwülste fand, auch in den sonst in der Literatur erwähnten Fällen beschrieben finde, war es mir klar, dass eine Operationsmethode, die die Bildung dieser Wülste verhinderte, von grossem Vortheil für die Operirten sein müsse.

Schon früher ist von Tiefenbach eine Operationsmethode angegeben, deren Characteristicum darin besteht, dass man aus der vorderen Wand der Luftröhre ein kreisrundes Stück, genau von der Grösse der einzuführenden Canüle, resecirte. Warum dieselbe nicht allgemeine Einführung erlangte, ist mir nicht bekannt, vielleicht nur, weil dadurch die Dauer der Operation verlängert wurde.

Da aber, wie die Untersuchungen an Leichen beweisen und wie eine Untersuchung an zahlreichen früher Tracheotomirten mittelst Palpationen mir ergeben hat, die vordere Wand der Trachea durch den oben näher geschilderten Erweichungsprocess fast immer zu Grunde geht und später durch narbiges Bindegewebe ersetzt wird, glaube ich, wird dem Patienten kein Schaden zugefügt, wenn man gleich von vornherein, nach gemachter Eröffnung der Trachea, soviel von Knorpel und Schleimhaut der Trachea resecirte, als die einzuführende Canüle Raum beansprucht.

Das Wichtigste wäre, dass die Schleimhaut selbst mit weggenommen wird, damit eben das Hineindrängen der Schleimhaut und die Bildung jener Seitenwülste von vornherein ausgeschlossen ist.

Als ein ausserordentlich passendes Instrument zur Vornahme dieser Resection möchte ich Ihnen das Hartmann'sche Conchotom, ein doppeltes, schneidendes, scheerenförmiges Ringmesser empfehlen, das trotz seines schlanken Baues eine grosse Kraftentfaltung gestattet, zumal wenn man statt der kreisrunden Canüle die ovale Form verwenden würde, wie sie Gersuny seiner Canüle gegeben hat. Das resecirte Stück brauchte garnicht so gross zu sein.

Was das Material für die Canülen betrifft, so wurde mir von allen Instrumentenmachern einstimmig angegeben, dass Silber wegen seiner leichten Bearbeitung und Biegsamkeit bei gleichzeitiger Festigkeit vor allem anderen Material den Vorzug verdiene.

Bei langem Liegen der Canüle, namentlich über geschwürigen Theilen der Fistel, wird jedoch auch dies chemisch verändert und aufgelöst, färbt sich zunächst schwarz durch Bildung von Schwefelsilber, das dann zerbröckelt und herausfällt.

Ein Jeder von Ihnen hat wohl schon solche macerirte, wenn ich so sagen darf, selbst verdaute Canüle entfernt.

Es sind Fälle beschrieben, wo die Granulationen völlig durch die so entstandenen Löcher der Canüle gewuchert waren, so dass die Entfernung nur mit Schwierigkeiten und starken Blutungen möglich war.

So erinnern sich die Herren wohl noch jenes Falles, den Dr. Metzner auf der Naturforscher-Versammlung in Halle im Jahre 1891 in der laryngologischen Section vorstellte, wo eine Canüle, ohne gewechselt zu

werden, 18 Monate gelegen hatte und in Polypenmassen förmlich eingebettet war.

Um das zu vermeiden und um die Cantile zu einem billigeren Preis herstellen zu können, hat man Canülen aus Hartgummi verfertigt; dieselben müssen aber naturgemäss plumper sein, und die kleinen Metallösen und Haken, die man nicht entbehren kann, brechen leicht ab; so wurde immer wieder silbernen und neusilbernen Canülen der Vorzug gegeben.

Canülen und Rohr aus weichem Gummi imbibiren sich leicht mit Wundsecret, schwellen auf und verbreiten dann einen höchst lästigen Geruch, dass man sie oft schon nach 14 Tagen entfernen muss.

Canülen aus Glas, das wegen seiner grossen Reinlichkeit, Reizlosigkeit und Härte sich sonst sehr gut eignen würde, lassen sich in Form der gewöhnlich gebräuchlichen Trachealcantülen nur sehr schwer herstellen, namentlich, wenn man ein inneres Rohr anwenden will.

Die von Mikulicz angegebenen einfachen Glasrohre mit Griff, die nach den Veröffentlichungen seines Assistenten Kümmerl sich sonst gut bewährten, sind wegen ihrer Grösse und starren Form nur nach vorausgegangener Laryngotomie zu verwenden.

Ich habe die ebenfalls von Mikulicz versuchten, gleichgeformten Canülen aus Weichgummi in einzelnen Fällen durch die Trachealöffnung, nachdem ich sie zusammengelegt, eingeführt und mit Vortheil benutzt.

Ich führte dabei den längeren Schenkel zunächst in die Trachea, drückte dann mit einer Kornzange den oberen, kürzeren Theil zusammen und liess ihn sich nach dem Kehlkopf zu wieder entfalten. Der dicke Griff, ebenfalls aus Weichgummi, verschliesst dann die Trachealfistel und der Patient athmet auf natürlichem Wege durch den Mund.

Aber auch diese Cantile zeigt Nachtheile, da sie nach einigen Wochen sich voll Secret saugte und durch ihren üblen Geruch dem Patienten lästig wurde.

In einem Fall bohrte sich das obere Ende unter die Schleimhaut der Stimmbänder, die stark anschwellen und das obere Ende des Rohrs verlegten.

Wenn ich Alles zusammenfassen will, so muss ich sagen, dass die Biegung der englischen Durham'schen Cantile mir den grössten Vorzug zu verdienen scheint, weil sie nicht soweit herabragt und weil eine Verletzung der hinteren Trachealwand durch das Anliegen der Wand des Rohrs und nicht des freien Randes, wie bei den Lühr'schen, sicher vermieden wird.

Zweitens, weil diese Cantile in ihrem Biegungswinkel viel mehr dem Winkel entspricht, den der Wundcanal mit dem eröffneten Trachealrohr bildet, als dies die im Kreissegment gebogene Lühr'sche Cantile thut.

Schliesslich hat, wie bei der obigen Beschreibung erwähnt, die Cantile noch den Vortheil, dass das Schild der Cantile mit dem Rohr nicht starr verbunden ist, sondern dass sich dasselbe an dem längeren horizontalen Schenkel des Rohrs verschieben und durch eine Schraubenvorrichtung feststellen lässt, wodurch man der stärkeren oder geringeren Schwellung der Weichtheile die Länge der Cantile anpassen kann.

Dadurch kann der Druck auf die hintere Wand vermieden, oder wenn derselbe, wie bei Verbiegungsstenosen, gewünscht wird, verstärkt werden.

Auch die Vortheile, die die Gersuny'sche Canüle bietet, müssten nach meiner Meinung bei der Construction neuer Canülenformen mit verwerthet werden, indem man wenigstens dem Theil des Canülenrohrs, der im Wundcanal liegt, statt des kreisförmigen, einen längsovalen Querschnitt giebt.

Durch die ovale Form wurde auch die Granulationsbildung im sogenannten todtten Winkel vermieden.

Statt der gefensternten Canüle, die nach meiner Ansicht unbedingt zu verwerfen ist, müsste man den sogenannten Sprechcanülen mit gut gearbeiteten Haarsieben versehene Theile einfügen und diese mit Haarsieben vergitterten Fenster müssten so weit zurückgelagert werden, dass sie in das Lumen der Trachea, auf keinen Fall aber innerhalb des Wundcanals, vor Allem nicht an den inneren oberen Wundwinkel zu liegen kommen.

Eine jede Canüle müsste ferner, um den Reiz beim Wechseln derselben und das Drücken des Wundcanals zu vermeiden, einen konisch geformten Obturator mit festem Handgriff haben, mittelst dessen man dieselbe rasch, schonend und sicher, selbst in stark verengte Wundcanäle wieder einführen kann.

Da jede Canüle aber gewisse Veränderungen im Tracheallumen hervorbringt, selbst bei tadellos ausgeführter Operation, und diese Veränderungen bei längerem Verweilen der Canüle sich nur theilweise zurückbilden, muss man die Eröffnung der Trachea möglichst weit ab von der engsten Stelle des Trachealrohrs, dem Ringknorpel, legen, sodass die Tracheotomia inferior, wenn irgend möglich, gemacht werden sollte.

Es hat sich wenigstens gezeigt, dass in den Fällen, wo Stenosen; speciell Granulationsstenosen beobachtet wurden, fast ausschliesslich die Tracheotomia superior gemacht war.

Es scheint mir fernerhin wichtig, dass bei der Operation der Einschnitt in die Trachea möglichst ausgiebig und der Grösse der einzulegenden Canüle entsprechend gross gemacht wird, und dass die entzündete und verdickte Schleimhaut recht vollkommen durchtrennt wird.

Schliesslich müsste es sich nach meinen Beobachtungen empfehlen, nach gemachtem Einschnitt beiderseits von der vorderen Wand der Trachea soviel zu reseciren, dass ein Einbiegen der Knorpel und ein Hineindrängen der Schleimhaut vermieden wird.

Das oben angeführte Hartmann'sche Conchotom ermöglicht diese Resection von Knorpel und Schleimhaut in zwei raschen, scharfen, runden oder ovalen Schnitten.

Als Material für die Canülen kommt schon wegen der Schraubenvorrichtung und der Haarsiebfenster nur Silber oder Neusilber in Betracht. —

Um über die Lage der Canüle in der Trachea mir Klarheit zu verschaffen, liess ich eine Anzahl Röntgenbilder von Patienten mit Canülen anfertigen. Die sonst sehr gelungenen, im Eppendorfer Krankenhaus gefertigten Bilder gaben aber die gewünschte Aufklärung

nicht, weil der untere Theil der Canüle verdeckt wird durch den massiven Schultergürtel. Die Bilder aber, die von vorn oder vom Rücken her genommen wurden, und die sehr deutlich die Canülen in allen Theilen zeigen, sind deshalb nicht genau, weil ja nur der Schatten der Canüle auf der Platte erscheint, der bei dickeren Halsen der eigentlichen Lage nicht ganz entspricht.

## Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. November 1896.

Vorsitzender: Prof. Politzer.

Schriftführer: Doc. Dr. Pollak.

1) Max stellt einen 29jährigen Mann vor, der in seiner Kindheit Masern, dann in seinem 12. Lebensjahre Scharlach durchmachte. Im Gefolge dieser letzteren Erkrankung trat rechtsseitige Mittelohreiterung auf, die ohne Unterbrechung bis zur jetzigen Behandlung andauerte. Im Sommer 1895 litt Patient durch 8 Tage an starkem Schwindel, der auf Ruhe von selbst sistirte. Im Mai laufenden Jahres traten Magenkrämpfe auf, die nach einer Karlsbader Cur schwanden. Anfangs Juni stürzte Patient plötzlich unter Schwindel bewusstlos zusammen, erholte sich jedoch rasch und konnte sich zu Fusse nach Hause begeben.

Bei der am 3. October stattgehabten Consultation fand Vortragender den ganzen rechten Gehörgang durch einen bis an die äussere Meatusöffnung reichenden, von sehr fötidem Eiter umspülten Polypen ausgefüllt. Die sofort vorgenommene Extraction des nach innen vielfach gelappten, stark blutenden Polypen erzeugt eine rasch vorübergehende Uebelkeit. In den nächstfolgenden Tagen wurden die hauptsächlich an der Peripherie der grossen Trommelfellperforation aufsitzenden Polypenreste durch Chromsäure zerstört. Am fünften Behandlungstage klagte Pat. über öfter des Tags auftretenden Schwindel, der jedoch, wie auch während des ganzen späteren Verlaufes, keinen bestimmten Character aufwies. Am siebenten Tage stiess die untersuchende Sonde auf eine Rauigkeit in der Mitte der medialen Paukenhöhlenwand und nach weiteren vier Tagen, innerhalb welcher die randständigen Granulationen mittelst Chromsäure vorsichtig zerstört wurden, war die ganze mediale Paukenhöhlenwand, die durch die fast totale Perforation — das Trommelfell fehlt bis auf eine den Proc. brevis umgebende kleine Partie — sehr gut überblickt werden konnte, rau anzufühlen und von gelblich weisser Farbe, ähnlich macerirtem Knochen; das Promontorium sowie die Nische zum runden Fenster waren wie an einem anatomischen Präparate zu sehen. Beweglichkeit des freiliegenden Knochens war nicht nachweisbar, Berührung der Steigbügelgegend erzeugte starken Schwindel. Die Stimmgabeluntersuchung ergab am rechten Ohre verlängerte Knochenleitung bei Fehlen der Luftleitung, dasselbe auch für die Uhr. Sprache wird rechts, soweit mit Hilfe des Dennert'schen Versuches zu constatiren, nicht gehört. Eigene Sprache wird rechts wie ein „Echo“ empfunden.

Während dieser Zeit nahm der Schwindel immer mehr zu und wurde am 14. Behandlungstage so stark, dass Patient das Bett hüten musste. Secretion im Ohre minimal und geruchlos. Bis auf Schwindel keine subjectiven Beschwerden.

Allmählig besserte sich der Schwindel, ebenso der seit Monaten darniedergelegene Appetit, und nach 14 Tagen konnte Pat. seinem Berufe (Comptoirist) wieder nachgehen; nur bei raschen Drehungen trat noch manchmal Schwindel auf, welcher Zustand in geringerem Grade noch heute besteht. Facialis war immer intact.

Vortragender stellte nach obigen Befunden die Diagnose auf Labyrinthnecrose resp. Sequestrirung der medialen Paukenhöhlenwand, welcher Ansicht sich auch Herr Prof. Politzer, der pro consilio beigezogen wurde, anschloss. Allerdings stimmten der Stimmgabelbefund, sowie das Tönen der eigenen Stimme des Pat. damit nicht überein.

Noch während Pat. zu Bette war, schien es, als ob der „Sequester“ kleiner würde und sich von vorne und rückwärts her mit Mucosa bedecke. Allmählig schritt nun diese Ueberhäutung weiter vorwärts, die Nische des runden Fensters schwand, das Promontorium zeigte nur noch einen von unten nach aufwärts über seine grösste Convexität ziehenden sehr schmalen Streifen. Auch dieser überkleidet sich mit Mucosa und heute ist nur noch das oberste Ende dieses Streifens als kaum stecknadelkopfgrosse Rauhigkeit zu fühlen. Die Secretion ist fast ganz verschwunden. Stimmgabelbefund wie früher.

Max erklärt sich den Vorgang als eine durch die Eiterung hervorgerufene Necrotisirung der hier zugleich Periost substituierenden Mucosa, wobei der dadurch freigelegte Knochen so lange von seinem umgebenden resp. darunterliegenden Knochengewebe mit Blut versehen wurde, bis nach Entfernung des Polypen und Behebung der Eiterung die neue Mucosa wieder in Action treten konnte. Noch länger andauernde Ernährungsstörung würde unzweifelhaft zu tiefer greifender Necrose des Knochens geführt haben. Der Schwindel ist eine Folge von Labyrinthhyperämie. Tuberculose ist bei dem sonst gesunden Patienten ausgeschlossen.

#### Discussion:

Prof. Politzer spricht sich dahin aus, dass hier eine einfache Entblössung der knöchernen Promontorialwand vorlag, welche durch Extraction des Polypen, der hier entsprang, hervorgerufen wurde. Die Regeneration der Schleimhaut erfolgt in solchen Fällen von den Schleimhauträndern des Substanzverlustes oder durch Auswachsen von Bindegewebe der gefässreichen, von Schleimhaut entblösten Knochenwand.

Prof. Gruber glaubt, dass die Fälle gar nicht so selten vorkommen, dass einzelne Stellen am Promontorium von der Schleimhaut entblöset sind, sich rauh anfühlen, ohne dass jedoch Caries vorhanden sei.

2) Dr. Ferdinand Alt stellt eine 24-jährige Erzieherin vor, die, mit Nephritis behaftet, sich seit einigen Wochen auf der Abtheilung des Herrn Hofrathes Drasche befindet. Aus dem Status seien folgende Punkte hervorgehoben: Oedeme im Gesicht, an den oberen und unteren Extremitäten. Harn sauer, spec. Gewicht 1013, im Sediment

Blasen-, Nierenbecken- und Nierenepithelien, weisse Blutkörperchen, hyaline Cylinder mit Auflagerung von weissen Blutkörperchen, Epithelialcylinder, Essbach 2 pCt. Blutbefund 2680000 rothe, 5581 weisse Blutkörperchen in 1 mm<sup>3</sup> Blut, Hämoglobingehalt nach Fleischl 20 pCt.

Am 7. und 8. November klagte Patientin über Kopfschmerz, Schwindel und Nasenbluten. Bis zum 8. November soll sie vollkommen gut gehört haben. In der Nacht zum 9. wurde sie durch Sausen und Brausen im Kopfe aus dem Schlafe geweckt. Sie empfand heftigen Schwindel, so dass sie beim Versuche, sich im Bett aufzusetzen, zurückfiel. Seither soll sie auf dem linken Ohre nicht mehr hören. Die Ohrenuntersuchung ergab: Trommelfell beiderseits normal. Hörvermögen rechts für Sprache und Uhr normal. Links Uhr 0, Flüstersprache 0, laute Sprache in unmittelbarer Nähe, wahrscheinlich von rechts. Weber nach rechts, Rinne rechts positiv, links wird nur die sehr stark angeschlagene C<sub>2</sub>-Stimmgabel vor dem Ohre hochgradig verkürzt gehört, vom Warzenfortsatze nach rechts localisirt. Kein Unterschied für hohe und tiefe Töne.

Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab: Links: ziemlich zahlreiche, meist kleine Hämorrhagien, besonders im Bereiche der die Macula umkreisenden Gefässe, kleine regellose Schüppchen in der Regio maculae, an den Gefässen keine besonderen Erscheinungen. Rechts: ziemlich starke Trübung in der Netzhaut (Umgebung der Papille unten), spärliche Hämorrhagien, zahlreiche, in sternförmiger Anordnung befindliche gelbe Degenerationsherde. Anamnese, Ohren- und Augenbefund rechtfertigen die Diagnose einer Hämorrhagie in das linke Labyrinth.

3) Prof. Jos. Gruber: Ein Fall von chronischer eitriger Mittelohrentzündung mit gleichzeitiger rheumatischer Lähmung des Nervus facialis und trigeminus.

Im October dieses Jahres wurde auf der Klinik des Vortragenden ein 22jähriger Handlungsgehilfe aufgenommen, der seit seinem zehnten Lebensjahre an linksseitiger Otorrhoe litt, die wechselnd sistirte und nach kurzer Zeit wieder exacerbirte. Nach einer Erkältung vor acht Wochen soll der Ohrenfluss besonders heftig aufgetreten sein. Vor drei Tagen ging Patient in's Dampfbad, einen Tag später hatte er sehr heftigen Kopfschmerz und bemerkte, dass sein Mundwinkel schief stehe. Ein herbeigerufener Arzt wies den Kranken in das Spital. Die Untersuchung des Kranken ergab in Kürze: Afebril, kräftig, innerer Organbefund und rechtes Ohr normal. L. O.: An der linken Ohrmuschel, in der Gegend des Tragus und knapp unter dem Antitragus je ein weisses Bläschen vom Character der Herpesbläschen. Profuse Otorrhoe; nach Ausspritzung Gehörgang mittelweit, vorne an der unteren Gehörgangswand ein linsengrosses, scharf begrenztes, eitrig belegtes, bei Sondirung schmerzhaftes, nicht bis auf den Knochen reichendes Gesc. wür. Trommelfell geröthet, geschwellt, Details nicht erkennbar. Perforationsöffnung nicht sichtbar, doch beim Valsalva im hinteren unteren Quadranten diagnosticirbar. Weichtheile über dem Warzenfortsatze unverändert, nicht druckempfindlich. Uhr rechts normal (4 m), links 2 cm. Weber nach links, Rinne rechts positiv, links negativ.

Facialisparalyse links in allen Aesten. Paralyse des linken motorischen Trigemini. (Patient kann links nicht kauen, den Unterkiefer nicht nach links bewegen, beim Aufeinanderbeissen die Contraction des Masseter links nicht wahrnehmbar. Veränderungen der Trommelfellbeweglichkeit wegen der bestehenden Entzündung nicht zu constatiren.) Sensibilität intact.

Die Otorrhoe des Patienten sistirte unter entsprechender Behandlung binnen acht Tagen. Die Herpesbläschen und das Geschwür im Gehörgange (aus einem Herpesbläschen entstanden) gingen rasch zurück, ebenso die Trigemini-Lähmung. Von der Facialisparalyse blieb nach 16tägiger Spitalbehandlung eine kaum merkliche Schwäche des Mundastes zurück.

Die Exacerbation der seit 12 Jahren bestehenden Otorrhoe, das plötzliche Auftreten einer complete Facialisparalyse unter heftigem Kopfschmerz, die mässige Verengung des Gehörganges hätten in diesem Falle als Indication für die Eröffnung des Warzenfortsatzes gelten können. Dagegen liessen die Lähmung des motorischen Trigeminiastes, die Herpesbläschen im Gehörgange und an der Ohrmuschel, sowie die anamnestiche Angabe des unmittelbar vorausgegangenen Dampfbades die Facialisparalyse als zweifellos rheumatische erscheinen, so dass man von einem operativen Eingriff absehen konnte.

#### Discussion:

Doc. Dr. v. Frankl fragt an, wann es die Ohrenärzte bei totaler Facialislähmung für indicirt halten, zu operiren?

Urbantschitsch erwidert, die Facialparalyse sei nur dann eine Indication für die Mastoidoperation, wenn der Warzenfortsatz gleichzeitig erkrankt ist.

4) Dr. D. Kaufmann: Ueber einen Fall von gleichzeitiger, acut aufgetretener Erkrankung des Acusticus, Facialis und Trigemini.

Der Vortragende berichtet über einen gemeinsam mit Herrn Docenten Dr. Lorenz im Sommer d. J. beobachteten Kranken. Ein circa 34jähriger, stets gesund gewesener Mann erkrankte ohne bekannte Ursache am 20. Juli unter Allgemeinerscheinungen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Temperatursteigerung bis 38,4. Am 25. Juli trat unter Gefühl schmerzhafter Spannung in der linken Gesichtshälfte eine Röthung der Haut der linken Wange auf mit kleinen Bläschen. Prof. Drasche stellte die Diagnose auf Herpes zoster. An demselben Nachmittage hatte Patient intensiven Kopfschmerz, starken Schwindel und wiederholtes Erbrechen, welche Erscheinungen einige Tage anhielten; am 29. Juli trat plötzlich linksseitige complete Facialislähmung mit Geschmackslähmung und Taubheit auf. Dabei waren die inneren Organe vollkommen normal, seitens des Gehirns oder Nervensystems keine Erkrankung nachweisbar (normaler Augenhintergrund). Bei der am 10. August vorgenommenen Ohruntersuchung zeigte sich Trommelfellbild, Nasenrachenraum, Tube, Warzenfortsatz beiderseits normal, rechts gutes Hörvermögen, links Flüstersprache ad concham, laute Sprache kaum  $\frac{1}{2}$  m, wobei es gleichgiltig war, ob der linke Gehörgang bei der Hörprüfung mit dem Finger fest verstopft oder offen gelassen wird.



Weber rechts (gutes Ohr), bei leisem Anschlag wird links per Luftleitung weder hohe noch tiefe Stimmgabel gehört. Pat. zeigt starken Schwindel, besonders bei Stehen mit geschlossenen Augen, kann nicht in einer geraden Linie gehen, nicht auf einem Beine stehen.

Die Therapie bestand in interner Darreichung von Jodnatrium 1,0 pro die, Subcutaninjectionen von Pilocarpinum muriaticum; auch wurden Hörübungen vorgenommen. Am 27. August war die Facialislähmung bereits vollkommen geheilt, die Hörweite besserte sich in den ersten Tagen für laute Sprache bis auf etwa 2 m und blieb dann auf dieser Stufe stehen. Das Ohrensausen hält an, Schwindel und Ueblichkeiten schwanden vollständig.

Bezüglich der Diagnose glaubt Kaufmann, dass wegen der gleichzeitig bestehenden Affection des 2. Astes des Trigemini (Herpes zoster), des Facialis oberhalb des Abganges der Chorda und der unter Ménière'schen Erscheinungen aufgetretenen Taubheit der Sitz der Erkrankung wahrscheinlich in den Nervenstämmen an der Basis cranii linkerseits angenommen werden müsse. Tumor (vom Knochen, von den Meningen oder von der Hirnsubstanz ausgehend), Aneurysma, Blutung, Lues, Hysterie, Meningitis könne wohl ausgeschlossen werden; man könnte an rheumatische Affectionen (Bing, Frankl-Hochwart) denken; Dr. Lorenz stellte die Diagnose auf Neuritis, und Kaufmann schliesse sich dieser Meinung an. Zwar betreffe die Neuritis selten die Sinnesnerven (s. Bernhardt, Remak); für Neuritis sprechen die der Erkrankung vorausgegangenen Erscheinungen, der fieberhafte Beginn, das Auftreten von Herpes, der rasche Verlauf, das Zurückgehen der meisten Erscheinungen. Dass gerade die Function des Ohres nicht vollständig wiederhergestellt wurde, mag in der schon von Politzer hervorgehobenen Thatsache begründet sein, dass bei Acusticus-affectionen eine Rückkehr zur Norm selten sei.

Kaufmann erwähnt dann ausführlich die von Hofmann (Zur Lehre von der peripherischen Facialislähmung, deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1894) beschriebenen analogen Fälle, den jüngst veröffentlichten Fall von Toby Cohn, sowie die 3 von Frankl-Hochwart in seiner Monographie (der Ménière'sche Symptomencomplex) berichteten Fälle.

(Erscheint ausführlicher.)

#### Discussion:

Urbantschitsch hat vor 15 Jahren einen ähnlichen Fall beobachtet; der Zustand blieb constant bis zum Tode.

Prof. Politzer hat in mehreren Fällen eine eigenthümliche Form von Facialparalyse und Schwerhörigkeit beobachtet. Die Gesichtslähmung tritt mit stechenden, mehrere Tage andauernden Schmerzen in der Tiefe des Ohres auf. Gleichzeitig tritt mit oder ohne subjective Geräusche Schwerhörigkeit verschiedenen Grades ein. Die Affection, die entweder spontan zurückgeht oder durch innerliche Jodbehandlung mit Electricität beseitigt wird, läuft binnen 8 bis 14 Tagen mit Heilung ab. P. glaubt, dass es sich in diesen Fällen um eine rheumatische Entzündung in dem die Felsenbeinpyramide passirenden Theile des Facialiscanal handelt, bei welcher die Hyperämie auf das benachbarte

Labyrinth fortgepflanzt wird, wodurch die vorübergehende Hörstörung bewirkt wird.

5) Dr. D. Kaufmann: Otagie bei Influenza.

In den letzten Wochen kamen an der Ohrenklinik Politzer sieben Patienten zur Untersuchung, welche über hochgradige Ohrenschmerzen klagten, die unter mässigen Fiebererscheinungen einsetzten, 3—8 Tage vehement anhielten und dann langsam aufhörten. Der objective Ohrbefund (Gehörgang, Trommelfell, Mittelohr, Warzenfortsatz) war stets negativ (nur ein Patient hatte Retraction des Trommelfelles mit Kalkablagerung bei gutem Hörvermögen); keine Ursache für Otagie (cariöse Zähne, Nasen-, Rachen-, Kehlkopfaffectationen) nachzuweisen. Bei einigen Patienten bestand geringe Schwellung im Nasenrachenraum, die aber noch einige Tage nach Ablauf der Schmerzen andauerte.

Das gehäufte Vorkommen, die hochgradige Schmerzhaftigkeit, bei negativem Befund, der geringe Effect der sonst bei Otagie eingeschlagenen Therapie, die Thatsache, dass zu gleicher Zeit eine Reihe von acuten Otitiden zur Beobachtung kam mit Symptomen, die für Influenza charakteristisch angegeben werden, z. B. hämorrhagische Blasen im Gehörgang, Myringitis bullosa, unregelmässiger Verlauf der Entzündungen, frühzeitiges Ergriffensein des Proc. mastoid. bei schweren Allgemeinerscheinungen u. dergl. führten Kaufmann zur Vermuthung eines Zusammenhanges zwischen Otagie und Influenza. Er hatte dann Gelegenheit, an der Klinik Neusser eine Patientin zu untersuchen, welche in den letzten Tagen des October plötzlich mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Gliederschmerzen und Kältegefühl erkrankt war, dann trat Schüttelfrost auf, 4 Tage später Hustenanfälle, am 9. November heftige Schmerzen besonders im rechten Ohr. Ohrbefund vollkommen normal, geringe Druckempfindlichkeit an den Austrittsstellen des 2. u. 3. Trigeminusastes rechts. Bei der bacteriologischen Untersuchung des Sputums zeigten sich Influenzabacillen, theils intracellulär, theils extracellulär; die Influenzabacillen wurden auch culturell nachgewiesen.

Nach Mittheilungen seitens Dr. Hammerschlag's erwähnt dann Kaufmann einen Fall, dass in einer Familie ein Kind an einer Influenzaotitis erkrankte und gleichzeitig das Dienstmädchen an schwerer Otagie mit Allgemeinerscheinungen litt, welche trotz Extraction zweier Zähne etwa 8 Tage anhielt. Analoge Fälle habe er auch von anderen Aerzten erfahren.

Kaufmann glaubt demnach annehmen zu dürfen, dass es sich bei diesen Kranken um eine unter der Form von Otagie auftretende Influenzainfection handle, welche für sich allein oder neben anderen Symptomen der Influenza vorkomme, unter Fieber und leichten Allgemeinerscheinungen beginne, 3—8 Tage andauere, langsam abnehme, manchmal mit Zurücklassung von einige Tage noch anhaltenden Allgemeinerscheinungen. Dafür könne vielleicht auch die Thatsache herangezogen werden, dass die Influenza sehr häufig Neuralgien (besonders im Trigeminus) hervorrufe. Interessant sei in dieser Beziehung auch der von Voges berichtete Fall (Berliner klinische Wochenschrift 1894). Ein Patient litt 14 Tage lang an intensivem Kopfschmerz und Fieber, begleitet von wüthenden, anfallsweise auftretenden Schmerzen in der Gegend der rechten Highmorshöhle und des rechten Ohres,

Allmählig verbreitete sich über den ganzen Körper eine sehr stark ausgeprägte Hyperästhesie, so dass die leisesten Berührungen ein schmerzhaftes Zusammenzucken des ganzen Körpers hervorriefen. Als dann, 12 Tage nach Beginn der Erkrankung, einige Ballen eines grün-gelben Sputum ausgeworfen wurden, wurde in demselben nahezu eine Reincultur von Influenzabacillen gefunden.

Der Vortragende erwähnt dann die im Institut für Infectionskrankheiten in Berlin ausgeführte Arbeit von Cantani jun. über die Wirkung der Influenzabacterien auf das Nervensystem, aus welcher hervorgehe, dass die Influenzabacterien ein intercelluläres Gift bilden, welches in erster Linie auf das Centralnervensystem besonders schädlich einwirke.

In der Literatur über die durch Influenza bedingten Erkrankungen des Ohres findet sich wohl allgemein die intensive Schmerzhaftigkeit der Entzündungen bemerkt. Politzer schreibt, „es kommen sogar Fälle vor, in welchen nach Ablauf der Eiterung neuralgische Schmerzen mit dem Character der Otalgie zurückbleiben“; allein die Thatsache, dass ohne jeden Entzündungsprocess im Ohre Otalgien gleichsam als eine abortiv verlaufende Form der Influenza epidemisch vorkommen, sei — wie Kaufmann glaube — nicht erwähnt.

#### Discussion:

Urbantschitsch sah Fälle von Schmerzen im Ohre, die sich nach Abtragung der unteren Nasenmuschel verloren.

v. Frankl hat vor 3 Jahren einen ähnlichen Fall beobachtet, der ihm jetzt erklärlich ist.

6) Dr. G. Brühl spricht über die Versuche, welche er an 21 Patienten der Klinik Politzer mit englischen Schilddrüsentabletten gemacht hat. Von 14 in dauernder Behandlung und Beobachtung gebliebenen Patienten blieben acht subjectiv wie objectiv unge bessert; geringe Hörschwankungen und Steigerungen wurden nicht als Erfolg betrachtet. Von den bleibenden sechs wurden vier mit befriedigendem, zwei mit sehr gutem Resultat behandelt; im besten Fall, der durch eine ausgesprochene Hyperämie der Promontorialwand characterisirt war, stieg die Hörweite von  $\frac{1}{2}$ —7 m für laute Sprache, Acumeter von 10 cm auf über 100 cm; auch subjectiv wurde bedeutende Erleichterung angegeben. Es wurden anfänglich eine Pastille gegeben, dann bis auf drei gesteigert, nach vier Wochen eine einwöchentliche Pause und dann noch einmal die Behandlung eingeleitet; während der ganzen Zeit wurde kein anderes Heilverfahren angewandt. Die Wirksamkeit der Schilddrüsenbehandlung bei adhäsiven Mittelohrprocessen sucht Vortragender in dem Jodgehalt der angewandten Präparate oder in einem functionellen Zusammenhang der Schilddrüse mit dem Gehörorgan. Dass in der That ein solcher besteht, beweisen die gleichzeitigen Erkrankungen beider beim Myxödem, Struma. Es bleibt abzuwarten, ob dieser supponirte Zusammenhang für die sichere Erkrankung des Mittelohres von Einfluss ist. Indicirt hält Vortragender den Versuch der Schilddrüsen-therapie bei solchen Mittelohrprocessen, wo man noch rückbildungsfähige Veränderungen vermuthen kann. Schädlichen Einfluss hat Vortragender bei einer Verabreichung von ca. 2000 Pastillen nicht gesehen; Herzaffectionen gelten als Contraindication.

### Discussion:

Dr. F. Alt hat im Auftrage des Herrn Prof. Gruber gleichfalls therapeutische Versuche mit Thyreoidintabletten bei Mittelohraffectionen angestellt und constatirt unter Citirung specieller Fälle sehr befriedigende Resultate bei Kranken, bei welchen vorher durch längere Zeit ohne jedweden Erfolg die verschiedensten in Betracht kommenden Heilversuche zur Anwendung gelangten. Er schliesst sich den Anschauungen des Vortragenden vollkommen an und empfiehlt, auch bei Residuen eitriger Mittelohraffectionen, bei welchen die wuchernde Paukenschleimhaut schliesslich narbige Veränderungen eingeht, eine Rigidität der Gehörknöchelchenkette, eine Fixirung der Stapesplatte, eine Ausfüllung des runden Fensters herbeiführen kann — Veränderungen, die denen bei schweren catarrhalischen Mittelohrprocessen ganz analog sind —, Thyreoidintabletten zu versuchen.

Prof. Politzer ist der Ansicht, dass die erzielten Resultate geeignet sind, zu weiteren Versuchen aufzumuntern, möchte aber vor zu sanguinischen Hoffnungen warnen, und empfiehlt die Evidenzhaltung der gebesserten Fälle, denen fortgesetzte, längere Beobachtung zeigen wird, ob die Besserung eine bleibende oder vorübergehende ist. Brühl schliesst die Discussion, indem er nochmals hervorhebt, dass seine therapeutischen Versuche eben nur als Versuche aufzufassen seien, und dass bei einem Zusammenhang der erkrankten Schilddrüse und des Gehörorgans sicher nach einiger Zeit eine neue Thyroidicur nöthig werden würde. Der Vortrag erscheint ausführlich in einer der nächsten Nummern dieser Monatsschrift.

7) A. Politzer: Symptomlos verlaufende, hartnäckige Mittelohreiterung nach Influenza. Heilung nach Eröffnung des Warzenfortsatzes.

P. stellt ein 32jähriges Mädchen vor, das im Februar dieses Jahres während eines Influenzaanfalles an einer rechtsseitigen eitrigen Mittelohrentzündung erkrankte. Der profuse eitrige Ausfluss aus dem Ohre konnte trotz mehrmonatlicher consequenter antiseptischer Behandlung nicht beseitigt werden. Die Untersuchung ergab eine kleine Perforation in der unteren Hälfte des Trommelfells, leicht wegsame Ohrtrumpete, keinerlei Anzeichen einer Caries oder Granulationsbildung in der Trommelhöhle und am Trommelfell. Warzenfortsatz weder spontan noch bei Druck empfindlich, auch sonst keinerlei subjective Beschwerden. Aus der profusen, jeder Therapie trotzensen Otorrhoe schloss P., dass die hartnäckige Mittelohreiterung durch eine Abscesshöhle im Warzenfortsatze unterhalten werde und entschied sich trotz Mangels anderweitiger Symptome eines Warzenfortsatzabscesses für die Aufmeisselung des Processus mastoid. Bei der am 14. October auf der Klinik P.'s ausgeführten Operation kam man schon nach einigen Meisselschlägen auf eine Eiter und Granulationsgewebe enthaltende geräumige Höhle im Warzenfortsatz, nach deren Ausräumung mit dem scharfen Löffel keine Communication der Abscesshöhle mit dem Antrum mastoid. nachgewiesen werden konnte. Auf die Erfahrung gestützt, dass in solchen Fällen auch ohne Eröffnung des Antrum mastoid. die Eiterung in das Trommelfell sistirt, wurde auch hier das Antrum nicht eröffnet

und nur die Wundhöhle jeden 5.—6. Tag mit Jodoformgaze tamponirt. Schon einige Tage nach der Operation war eine Verminderung der Otorrhoe bemerkbar und 14 Tage nach der Aufmeisselung war jede Spur der Mittelohreiterung verschwunden. Es besteht gegenwärtig nur noch eine kleine, nadelstichgrosse Perforation, die sich wahrscheinlich in kurzer Zeit schliessen wird. Die Wundhöhle im Warzenfortsatze ist bis auf einen kleinen Rest mit Granulationsgewebe ausgefüllt. Dieser Fall bietet insofern ein klinisches Interesse, als trotz mehr als achtmonatlicher Dauer der Erkrankung keinerlei objective und subjective Merkmale eines Warzenfortsatzabscesses bestanden und als die Anwesenheit eines Abscesses aus der hartnäckig andauernden Mittelohreiterung erschlossen wurde. Der Fall zeigt uns ferner den wichtigen Einfluss abgetrennter Warzenfortsatzabscesse auf die Fortdauer der Eiterung in der Trommelhöhle, da nach Beseitigung des Abscesses die Eiterung in kürzester Zeit sistirte, trotzdem das Antrum operativ nicht eröffnet wurde.

---

## II. Kritiken.

**Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Von Dr. Philipp Schech, Professor an der Universität München. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1897. 283 Seiten.

Mit dem vorliegenden Buche vervollständigt Schech ein eigenes Werk über die Krankheiten der gesammten oberen Luftwege, nachdem schon vor 12 Jahren der andere Theil, Rachen, Mund und Nase umfassend, zum ersten Male aufgelegt worden ist. Schech's neues Buch tritt gleichzeitig in die Lücke, welche durch Gottstein's Tod im laryngologischen Lehrmateriale entstanden ist.

Schech hat den Stoff ganz im Schema jenes seines früheren Bandes eingetheilt, nämlich nach Vorausschickung der grundlegenden Vorschule die Krankheiten nicht mehr alle in einzelnen losen Capiteln, sondern, wo es anging, unter Sammelbegriffen gruppirt nach dem kennzeichnendsten Punkte bei der heutigen Definition. Wir finden demnach einerseits die Syphilis, Tuberculose u. A. in eignen Abschnitten, andererseits in gemeinsamen die „Anomalien der Circulation“ in ihrem erweiterten Begriffe bis zum Icterus, die als „Laryngitis chronica“ zu Hypertrophie oder zu Atrophie führenden chronischen Entzündungen, die verschiedenen „pseudomembranösen“ und „exsudativen“ Laryngitiden, die Gelenkkrankheiten, die seltenen mit Vorzug chronischen Infectionskrankheiten (Lepra, Lupus etc.). Diese Eintheilung ist jedenfalls heute als sehr practisch zu bezeichnen, weil sie dem Lernenden rasch zeigt, welcher Art Krankheiten er begegnen wird, dann aber auch, weil diese Sammelbegriffe nichts präjudiciren, wie das beispielsweise eine Eintheilung in primäre und secundäre Krankheiten that. — Die Luftröhre ist nur soweit berücksichtigt, als sie ein laryngoscopisch-therapeutisches Interesse bietet, die Speiseröhre gar nicht.

Das Buch ist nominell für die Studirenden und practischen Aerzte bestimmt; dieselben finden zahlreiche, scharfgeschnittene Bilder von

Instrumenten und Kehlkopfansichten und eine ausserordentlich inhaltsreiche klare Schilderung; die vielfachen Autorenbelege und ein gewähltes Schriftenverzeichniss fördern das eingehendere Studium. Auch der Laryngologe vom Fache wird das Buch eines so bewährten Practikers und Forschers im eigenen Gebrauche hochschätzen. Hat es Schech auch absichtlich vermieden, so zu sagen seine Biographie als Laryngologe zu schreiben, so giebt er doch allenthalben Gelegenheit, seine persönliche Anschauung zu erkennen. So spricht sich Schech für die Existenz catarrhalischer Geschwüre und eines genuinen Croup's, für das gleichzeitige Auftreten mehrerer Fibrome im Kehlkopfe, für das Vorkommen breiter Condylome im Kehlkopfe, für den erweiterten Begriff des Kehlkopfhustens — gegen die idiopathische Perichondritis, gegen die Nothwendigkeit einer Anämie bei Kehlkopftuberculose, gegen die einseitige hysterische Lähmung, gegen die Existenz einer granulösen Laryngitis aus. Sehr belehrend sind noch besonders die therapeutischen und balneologischen Notizen.

Dr. Hugo Bergeat.

### III. Referate.

#### a) Otologische:

**Otitischer Gehirnabscess im linken Temporallappen. Optische Aphasie. Eröffnung durch Trepanation. Heilung.** Von Professor E. Zaufal, nebst topisch-diagnostischen Bemerkungen von Prof. Arnold Pick. (Prager med. Wochenschrift XXI, No. 5, 6, 8, 9, 1896.)

In Zaufal's Klinik trat im September vorigen Jahres eine 25jährige Patientin mit linksseitiger, acuter eitriger Mittelohrentzündung, welche von continuirlichem, starkem Kopfschmerz begleitet war, in Behandlung. Schon in den ersten Tagen des Spitalsaufenthaltes trat Pulsverlangsamung, rechtsseitige Facialisparese, Benommenheit des Sensoriums, Sprachstörung (Patientin erkennt vorgehaltene Gegenstände, indem sie davon den Gebrauch angeibt, kann jedoch die Bezeichnung nicht nennen), subnormale Temperatur und schliesslich Parese der rechten oberen und unteren Extremität auf. Der ophthalmoscopische Befund zeigte ausser venöser Hyperämie nichts Abnormes. Es wurde die Diagnose auf einen otitischen Abscess im linken Schläfelappen gestellt und die Operation beschlossen. Professor Pick diagnosticirte, localer Herd im linken Schläfelappen in der Gegend der 2. und 3. Temporalwindung mehr nach rückwärts und in der Marksubstanz.

Zaufal legt das ganze Planum temporale und den Proc. mastoid. frei. Der Sinus wird blossgelegt und erweist sich normal, der Warzenfortsatz zeigt Veränderungen, wie sie bei einer im Rückgange begriffenen Otitis med. ac. vorkommen. Die mittlere Schädelgrube wird eröffnet durch Anlegung einer silberguldengrossen Lücke in der Schuppe mit Heranziehung des oberen Randes des äusseren Gehörganges. In-

cision der gesunden Dura, das Gehirn prolabirt, bietet das Gefühl der Fluctuation, Punction mit einem Explorativtroikar, nach Durchsetzung einer 1½ cm dicken Gehirnschichte entleert sich grünlich gelbe seröse Flüssigkeit und dann dicker gelber, nicht übelriechender Eiter. Spaltung der betreffenden Hirnpartien, Entleerung des Eiters, Ausspülung der hühnereigrossen Höhle mit Sublimat und Borsäurelösung, Einführung von Jodoformgaze, Verband. Afebriler, normaler Verlauf. Schon nach 3 Tagen sind die Sprachstörung, die Parese des rechten Facialis und der oberen und unteren Extremität geschwunden. Die locale Affection des Ohres ging sehr bald zurück. Nach sechsmonatlichem Spitalsaufenthalte wurde Patientin geheilt entlassen.

Professor Pick stützte seine Diagnose auf die optische Aphasie und die geringgradige Paraphasie, welche bei der Kranken bestanden. Erstere wies auf eine Läsion der Bahn zwischen Occipitallappen und Sprachcentren hin — Verlust der Verbindung der optischen Begriffscomponente des Objectes mit dem Wortbegriff desselben —, letztere sprach für den Sitz im Temporallappen, zumal eine Läsion der Insel ausgeschlossen werden konnte.

Dr. Alt.

---

**Un caso di „cornu cutaneum auriculare“.** Von Dr. Coosemans. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso, 1896, No. 9.)

Im Juni 1895 stellte sich dem Autor ein 71jähriger Mann vor mit einem Tumor am rechten Ohre. Die Krankheit begann vor ungefähr einem Jahre, zuerst trat eine kleine Verhärtung auf, welche der Patient mit dem Nagel mehrere Mal abkratzte, und stets eine Blutung hervorrief. Doch kehrte das Neugebilde stets nach einem Monat wieder zurück und erreichte seine gegenwärtige Grösse im Januar 1895. Der Tumor sitzt an der oberen Hälfte der äusseren Fläche der rechten Muschel nahe dem Antihelix, er hat eine Höhe von 15 mm, eine Circumferenz von 45, und einen Durchmesser von 15 mm; die Umgebung ist weder entzündet noch irritirt, schmerzlos, doch Druck auf die rechte Kopfseite macht den Tumor etwas empfindlich. Derselbe wurde einfach von seiner Basis entwurzelt, dann energisch mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, thermocauterisirt und mit Jodoformgaze verbunden. Heilung erfolgte nach 23 Tagen. Der Fall wurde dem internationalen otologischen Congress in Florenz vorgestellt, man sah damals nur eine oberflächliche, glatte, wenig erhabene Narbe. Die microscopische Untersuchung ergab ein Neoplasma, bestehend aus einem Conglomerat von epidermoidalen Zellen, welche statt horizontal, perpendiculär gewachsen sind.

An die Mittheilung dieses seltenen Falles knüpft V. erschöpfende historische Daten. Im Ganzen sind vier Fälle publicirt, wo das Neugebilde an der Ohrmuschel sass, nämlich Fälle von Buck, Burnett, Pomeroy und Mac Bride, deren Mittheilungen wörtlich citirt sind; der des Verf.'s ist der fünfte.

Lichtenberg.

**Die chronische Anämie des Labyrinthes und die Probe mittelst des Amylnitrites.** (*L'anémie chronique du labyrinthe et l'épreuve du nitrite d'amyle.*) Von Dr. Marcel Lermoyez. (*Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 5. Mai 1896 u. Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.*)

Verf. kommt am Schlusse seiner Arbeit zu folgenden Betrachtungen: 1) Es bestehen dauernde Störungen der Circulation im Labyrinth, welche mit oder ohne Mittelohrerkrankungen verlaufen und die bekannte Triade der Ohrenleiden hervorrufen: Taubsein, Schwindel, Ohrensausen; 2) diese Circulationsstörungen sind in zwei Haupttypen zu theilen: chronische Hyperämie und chronische Anämie; 3) obgleich diagonal entgegengesetzt, rufen diese zwei Zustände doch dieselben Symptome hervor; 4) die Differentialdiagnose ist also schwer zu stellen und dennoch ist sie absolut nothwendig wegen der anzuwendenden Therapie, welche ja auch in beiden Fällen sehr verschieden ist; 5) sie ist nur möglich durch Anwendung des Amylnitrits, welches bis jetzt in der Otologie nur als empirisches Mittel gegen das Ohrensausen angewandt worden ist; 6) das Einathmen von Amylnitrit bringt ein rasch eintretendes jedoch vorübergehendes Aufhören aller Symptome im Gehörorgane hervor, wenn es sich um Anämie handelt; handelt es sich aber um Hyperämie, so steigert dieses Einathmen alle Symptome. Dieser Versuch, der durchaus unschädlich ist, hat einen so grossen diagnostischen Werth wie der Catheterismus bei Verstopfung der Eustachi'schen Trompete; 7) wenn die Anämie auf diese Weise erkannt ist, so soll man selbe durch eine vasodilatatorische Medication zu heben suchen: es sollen öfters wiederholte Amylnitritinhalationen oder besser noch Trinitin durch den Mund angewandt werden. Diese Behandlung muss verbunden werden mit der pathogenen Behandlung der labyrinthischen Anämie, wenn man deren Ursache auffinden kann. Dr. P. K.

---

### b) Rhinologische:

**Die tuberculösen adenoiden Vegetationen.** (*Les végétations adénoïdes tuberculeuses.*) Von Dr. Marcel Lermoyez. (*Presse médicale 1895, Octobre, No. 52.*)

Anfangs mit den adenoiden Vegetationen im Allgemeinen verwechselt, muss man selbe doch streng davon trennen; letztere erklären das Fehlen des gewünschten Effectes nach der Operation adenoider Vegetationen, welche man als gewöhnliche nicht tuberculöse betrachtete. Auf 17 Fälle von adenoiden Vegetationen kann man einen tuberculösen annehmen. Die rationelle Behandlung solcher tuberculöser adenoider Vegetationen fasst Verf. in folgenden Punkten zusammen: 1) Wenn letztere nicht stark entwickelt sind, so soll man nicht operiren; die interne Behandlung muss aber desto energischer sein; Meerluft, salinische Bäder, Leberthran und Ueberernährung. 2) Sind die tuberculösen Vegetationen stark entwickelt, so soll man selbe so vollständig als möglich operiren und dann die interne Behandlung einleiten.

Dr. P. K.

---



**Verhältniss der primären fibrinösen Rhinitis zu diphtheritischen Pseudobacillen.** (Sur les rapports de la rhinite fibrineuse primitive et du pseudobacille diphthéritique.) Von Dr. Gerber und Dr. Podack. (Deutsches Archiv für klinische Medicin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 1.)

Gemäss den klinischen Untersuchungsmethoden sowohl wie den bacteriologischen muss man eine diphtheritische und eine einfache Rhinitis fibrinosa annehmen. Die Arbeit wird am Besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

**Sarcom der Nasenhöhlen; Ligatur der beiden Carotides externae; grosse Besserung.** (Sarcome des fosses nasales; ligature des deux carotides externes; grande amélioration.) Von Dr. Ledermann. (Medical Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Der Tumor selbst war nicht zu operiren, deshalb hat man die beiden äusseren Carotiden unterbunden. Nach 6 Monaten war der Tumor um  $\frac{2}{3}$  vermindert und mehr fibröser Natur. Die Besserung war so auffallend, der Allgemeinzustand hatte so gewonnen, dass man von der Radicaloperation, welche jetzt möglich gewesen wäre, absah. Verf. bringt zwei andere Beispiele aus der Literatur, wo nach Ligatur Besserung eintrat.

Dr. P. K.

**Ein aus Phosphaten gebildeter Nasenstein mit einem Kirsch kern als Inhalt.** (Rhinolithe phosphatique formé sur un noyau de cerise.) Von Dr. Polo. (Société française de laryngologie et d'otologie, séance du 7 Mai 1896 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 6.)

Bei einer 54jährigen Frau hatte ein Nasentumor locale und allgemeine Erscheinungen hervorgerufen, welche an eine maligne Geschwulst denken liessen; er sass nach hinten im Meatus medius und schien von hinten nach vorne dorthin gelangt zu sein. Es war ein Kirsch kern, dem eine Kruste auflag, welche aus phosphorsaurem und kohlsaurem Kalk ohne Chloride bestand.

Dr. P. K.

**Acute Form von Rhinolaryngobronchitis pseudomembranacea primitiva.** (Forme aigue de rhinolaryngobronchite pseudomembraneuse primitive.) Von Dr. J. Glover. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Seltene Fälle, welche nicht gehörig beschrieben sind. Die bis jetzt beschriebenen Fälle sind entweder Bronchitis pseudomembranacea diphtheritica oder Bronchitis fibrinosa mit Pneumococcen gewesen, es handelte sich also in den angegebenen Fällen um eine Infection mit Löffler'schen oder Pneumococcenbacillen. Der hier erwähnte Fall war aber eine essentielle primäre Erkrankung, wo man keine primäre Infection nachweisen konnte. Verf. fand nur einen einzigen ähnlichen Fall in der Literatur. Verf. giebt die genaue Beschreibung seines Falles, welcher tödtlich endete, nebst Abbildungen; der pathologisch-anatomische Befund ist besonders sehr genau angegeben und lehrreich.

Bei diesem Fall nimmt Verf. eine hereditäre Anlage an; bei allen ähnlichen infectiösen Fällen fand man frühere Lungenaffectionen und den sogenannten Arthritismus. Auffallend ist, dass nie Abgüsse der obersten Luftwege ausgeworfen wurden. Eine Infection konnte nicht nachgewiesen werden.

Dr. P. K.

### c) Pharyngo-laryngologische:

**Fibrinöse Entzündung des Pharynx und der Mandeln.** (Angine et pharyngite fibrineuse.) Von Dr. Boerger. (Münchener med. Wochenschrift und Revue de laryngologie 1896, No. 24.)

Verf. beschreibt ein solches Beispiel, wo die Lungen absolut intact waren. Das Fieber war insofern interessant, weil es gerade demjenigen der genuinen fibrinösen Pneumonie entsprach.

Dr. P. K.

**Ueber Mandelhusten.** (La toux amygdalienne.) Von Dr. Furet. (Société française d'otologie et de laryngologie und Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Der Reflex geht in den meisten Fällen vom Larynx aus, wie bekannt. In einzelnen Fällen kann er vom Uterus, von der Nase, vom Ohr, von der Leber oder von der Mandel ausgehen. Die Innervation der Mandel erklärt sehr leicht das Phänomen, wenn es von der Mandel ausgeht. Dann ist der Husten anfallsweise, heftig, manchmal beängstigend, ohne Auswurf, Thränen hervorrufend; er tritt ein, sobald man die Mandel berührt: cocainisirt man die Mandel vorher, so tritt bei Berührung der Reflex nicht ein. Verf. giebt vier Fälle, wo nach selbst nur theilweiser Exstirpation Heilung eintrat.

Dr. P. K.

**Zwei Fälle von Mandelsarcom; Tod durch Ligatur der Carotis in dem einen Fall; Recidive und Tod in dem zweiten Fall.** (Deux cas de sarcome de l'amygdale; mort par ligature de la carotide dans l'un; récidence et issue fatale dans le second.) Von Dr. Emery Lanphear. (The New-York med. Journal und Revue de laryngol. 1896, No. 11.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

**Epileptische Krämpfe und Mandelhypertrophie.** (Crises épileptiformes et hypertrophie des amygdales.) Von Dr. Boulay. (Société française de laryngologie, séance du 4 Mai 1896 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 6)

Es ist eine der seltensten Complicationen der Mandelhypertrophie, während gewöhnlich nur Husten, Glottiskrampf, Asthma etc. dadurch entstehen, und letztere noch seltener bei Mandelhypertrophie als bei adenoiden Vegetationen. Verf. giebt die Krankengeschichte eines 12jähr. Knaben, welcher seit zwei Jahren an nächtlich auftretenden und fünf Minuten andauernden epileptischen Anfällen litt. Die enorm entwickelten Mandeln wurden exstirpirt und die epileptischen Anfälle hörten auf.

Noch bestehende adenoide Vegetationen wurden später operirt. In diesem Falle wirkten die hypertrophischen Mandeln ebenso, wie manchmal Fremdkörper im Ohr und gewisse Nasenleiden wirken: es entstehen dadurch epileptische Anfälle.

Dr. P. K.

---

**Leichte Methode, gewisse Abscesse der Mandelumgebung zu eröffnen.** (Un procédé facile pour ouvrir certains abcès périamygdaliens.) Von Dr. Killian. (Semaine médicale 1896, No. 38.)

Die meisten dieser Abscesse haben ihren Sitz in der Grube oberhalb der Mandel, welche Grube durch das Auseinanderweichen der beiden Gaumenbögen einerseits gebildet wird. Um diese Grube genau zu besichtigen, lässt man den Patienten die Zunge herausstrecken, drückt selbe mit dem Spatel nieder, man drückt die Lippencommissur der gesunden Seite nach hinten und lässt den Kopf sich nach der Schulter der kranken Seite hinneigen. Wenn der Abscess eine gewisse Ausdehnung erlangt hat, so sieht man statt einer Vertiefung eine halbkugelige Hervorwölbung der betreffenden Stelle. Statt eines Messers nimmt man nun eine starke Sonde, cocainisirt die betreffende Stelle und untersucht durch Druck nach oben und aussen die betreffende Stelle. Das mürbe Gewebe giebt leicht nach und man gelangt in die Abscesshöhle. Nun geht man mit einer Pincette ein und dilatirt, welche Operation man am anderen Tage wiederholt. Dabei giebt man anti-septische Gurgelwasser.

Dr. P. K.

---

**Zwei Fälle von Insufficienz des Velum palatinum.** (Deux cas d'insuffisance vélopalatine.) Von Dr. L. Egger. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 4.)

Dieser zuerst von Lermoyez gebrauchte Ausdruck bedeutet eine angeborene Verkürzung des harten Gaumens, so dass der freie Rand des Gaumensegels die hintere Pharynxwand nicht in normaler Weise berührt; dabei ist der weiche Gaumen selbst aber normal. Die Stimme ist näselnd, geschluckte Flüssigkeiten kommen leicht zur Nase heraus: diese beiden Symptome bestehen von Jugend auf und vergebens sucht der Arzt nach einer Perforation oder Lähmung; er findet aber nur, dass das Gaumensegel die Rachenwand nicht berührt. Seiner Zeit hat Lermoyez 12 solcher Fälle, Castex 1 Fall und der Verf. giebt zwei neue Beispiele, deren Krankengeschichte er giebt. In allen Fällen ergab die Messung des harten Gaumens eine Verminderung der normalen Grösse. Das Leiden ist als Bildungshemmung zu betrachten.

Dr. P. K.

---

**Einfluss der doppelseitigen Ovariectomie auf die Stimme.** (Effet de l'ablation des ovaires sur la voix.) Von Dr. Castex. (Revue de laryngologie 1896, No. 28.)

Auf sechs Beobachtungen sich stützend, kommt Verf. zu der Einsicht, dass im Allgemeinen die Castration bei Frauen keinen directen schädlichen Einfluss auf die Stimme hat. Indirect kann die Operation schaden, indem selbe Dyspepsie, Congestionen, Hypochondrie, Eventration hervorbringt und auf diese Weise die Stimme etwas beeinträchtigt.

Dr. P. K.

**Behandlung des hysterischen Stummseins mittelst Aetherisation.**

(Traitement du mutisme hystérique moyennant l'étherisation.)

Von Dr. Carlo Gioffredi. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche und Revue de laryngologie 1896, No. 22.)

In vielen Fällen von hysterischem Stummsein muss man an eine Parese der der Stimmarticulation vorstehenden Corticalzellen denken; in anderen muss man an gesteigerte Function der Centren glauben; diese letzteren zeichnen sich dadurch aus, dass die im Wachsein unmöglich gewordene Sprache während des Schlafes möglich wird, wenn also das Centrum nicht wirkt. Dasselbe Resultat erlangt man nun während der ersten Phase der allgemeinen Anästhetica; namentlich beim Aether ist diese Phase länger, als beim Chloroform. Verf. giebt drei hierher gehörige Krankengeschichten, wo die Patienten durch Aether geheilt wurden, während alle anderen Medicamente im Stiche liessen.

Dr. P. K.

**Ueber einen Fall von Eunuchenstimme. (Sur un cas de voix eunuchoïde.)** Von Dr. Labit. (Revue de laryngol. 1896, No. 28)

Es giebt bekanntlich zwei Arten von Eunuchenstimme: die echte Eunuchenstimme hängt von einer fehlerhaften Ausbildung des Larynx ab bei bestehender Atrophie der Geschlechtstheile; die zweite, welche als eunuchoide Stimme zu bezeichnen ist, hängt nur von fehlerhafter Contraction der Larynxmuskeln ab, während der Larynx selbst normal gebaut ist und nöthigen Falles tiefe Töne abgeben kann. In letzterem Fall also besteht die Stimme des Kindes fort, trotzdem Patient ein Mann ist und trotzdem der Larynx sich normal entwickelt hat. Verf. giebt einen hierher gehörigen Fall, welcher durch Stimmübungen geheilt wurde.

Dr. P. K.

**Traumatische Längswunde und Durchtrennung des rechten Stimmbandes durch einen schneidenden Fremdkörper. (Division longitudinale traumatique de la corde vocale droite occasionnée par un corps étranger à bords tranchants.)** Von Dr.

Lichwitz. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 1.)

Verf. giebt die oben citirte Krankengeschichte in all' ihren Einzelheiten nebst Illustration. Das abgetrennte, dem Stimmband parallele Stück erschien Anfangs als ein Narbenstrang, welcher durch den langen Aufenthalt des Fremdkörpers im Larynx oder durch die Extractionsversuche bedingt war. Erst nach dessen Entfernung und bei der microscopischen Untersuchung erwies der Strang sich als ein integrireder Theil des rechten Stimmbandes. Die Entstehung dieses, die ganze Länge des Stimmbandes einnehmenden Stückes kann man sich nur so denken, dass die schneidende scharfe Kante des verschluckten Spielzeuges fest auf die betreffende Linie aufdrückte und in dieser Stellung durch die spitzen Anhängsel des Spielzeuges fortwährend festgehalten wurde. Die Extractionsversuche durch den Mund waren fruchtlos geblieben und haben mehr geschadet als genutzt. Die einfache Tracheotomie, welche nachher ausgeführt wurde, erfüllte den gewünschten Zweck auch nicht. Man musste die Thyrotomie ausführen und dann erst konnte man den Fremdkörper entfernen. Die

Heilung ging gut von statten, aber das Athmen blieb schlecht, eben wegen des abgetrennten Stückes Stimmband. Man machte eine zweite Thyrotomie ohne Erfolg. Erst nach einer dritten Thyrotomie (!) fand man den betreffenden Lappen, welcher sehr schwer und nur mittelst eines ihn hervorziehenden Häkchens zu sehen war, und excidirte denselben. Das Athmen wurde normal, die Stimme aber schlechter.

Dr. P. K.

#### **Plötzlicher Tod bei Eröffnung eines retropharyngealen Abscesses.**

(Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien.) Von Dr. Levrey u. Dr. Ghika. (Journal de clinique et de thérap. infant. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Bei der Section fand man keinen Tropfen Eiter in den Luftwegen; der Schnitt war nach den Regeln der Kunst ausgeführt worden. Verf. nimmt die Reflexohnmacht mit plötzlichem Aufhören der Respiration an; es ist gut, solche Ereignisse zu kennen, wo man gewiss dem Arzte die Schuld nicht geben kann.

Dr. P. K.

#### **Die retropharyngealen Abscesse und der retroviscerale Raum des Halses.** (Les abcès rétropharyngiens et l'espace rétroviscéral du cou.) Von Dr. S. Rosenthal. (Chirurg. Hiétop. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Nach vielseitigen Experimenten an der Leiche gelangt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) der retroviscerale Raum bildet eine enge Spalte, welche von lockerem Bindegewebe angefüllt ist; es ist eine ganz genau abgegrenzte Region; 2) dieser Raum beginnt oben an der Basis cranii und kommt unten in das hintere Mediastinum; 3) die beste Methode, diesen Raum zu studiren, besteht darin, dass man durch ein in die Apophysis basilaris gebohrtes Loch eine Injectionsmasse einspritzt, welche bei gewöhnlicher Temperatur hart wird; diese Masse dehnt den Raum aus, giebt ihm die Gestalt eines Sackes und stellt das Bild des retropharyngealen Abscesses dar; 4) gelangt die Injectionsmasse in das hintere Mediastinum, so bildet sich eine Einschnürung an der Grenze des Halses und des Thorax, welche dem retrovisceralen Raum die Gestalt einer Sanduhr giebt; 5) diese bleibt haften im retrovisceralen Raum, bis das Bindegewebe zufällig zerreisst; 6) durch die Einspritzung nimmt also der im gewöhnlichen Zustande eine Spalte bildende Raum die Gestalt einer Tasche an, deren Wände gespannt sind; 7) alle Halsorgane, welche vor diesem Sack liegen, werden zur Seite geschoben; 8) die Halsmuskeln verschieben sich auch, bleiben aber unangetastet in ihrer Scheide, welche sie von dem retrovisceralen Raume trennt; 9) die Arteria thyroidea inferior stellt keine Communicationsöffnung zwischen dem retrovisceralen Raume und dem vor letzterem liegenden Raume dar; 10) der retroviscerale Raum umgiebt an keiner Stelle den Oesophagus vollständig; 11) die Injectionsmasse gelangt nie in die Gefässscheide des Halses; 12) gelangt die Injectionsmasse in das Mediastinum posterior, so legt sie sich oben zwischen Wirbelsäule und Speiseröhre, unten zwischen Aorta und Speiseröhre; 14) es besteht keine Communication zwischen

Mediastinum anterior und posterior; 15) nach unten endet der retroviscerale Raum in der Höhe des elften Brustwirbels; 16) also beweisen die Experimente, dass der retroviscerale Raum des Halses eine geschlossene Tasche ist, welche allein mit dem Mediastinum posterior in Verbindung steht.

Dr. P. K.

**Studie über das Hineinfallen der Trachealcantülen in die obersten Luftwege.** (Contribution à l'étude des canules à trachéotomie tombées dans les voies aériennes.) Von Dr. C. Billot. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Verf. hat für einen Zeitraum von 26 Jahren 19 Fälle gesammelt. Das unangenehme Ereigniss ist also gar nicht so selten. Nachdem Verf. seinen ihm eigenen Fall genau beschrieben und die übrigen 18 kurz erwähnt hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Die herabgefallenen Trachealcantülen können, ohne grossen Schaden hervorzubringen, eine Zeit lang in den Bronchien verweilen; 2) demgemäss eilt in den meisten Fällen die Extraction nicht; 3) wenn nun auch diese Extraction nicht sehr eilt, so bleibt selbe doch das einzige Mittel, die nothwendiger Weise später eintretenden übeln Folgen zu beschwören; 4) man soll also gleich mit den zu Hilfe stehenden Instrumenten die Extraction probiren; 5) gelingt diese erste Operation nicht, so muss man ganz genau studiren, wie der Patient athmet; 6) im gegebenen Falle muss man die Trachealwunde erweitern, eine dickere grosse Canüle einsetzen; 7) wenn das Athmen gesichert ist, kann man ruhig sich nach anderen Instrumenten umsehen; 8) die verschiedenen Zangen und Drahtschlingen bleiben noch die besten Extractionswerkzeuge.

Dr. P. K.

**Ein Fall von Diphtheritis der Conjunctiva und der Palpebra durch Serotherapie behandelt.** (Un cas de diphtérie conjonctive palpébrale traitée par la sérothérapie.) Von Dr. H. Ripaut. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 2.)

Ein 4jähriges Mädchen zeigte einen verdächtigen Fall von Ophthalmie, welche nach Schnupfen eingetreten war; die bacteriologische Untersuchung ergab Diphtheritis. Serum mit Compressen von Borsäurelösung waren die einzige Behandlung, unter welcher das Kind rasch heilte. Eine Woche ehe das Kind erkrankte, wurde die Mutter an einem leichten Halstübel behandelt. Jetzt ergab die bacteriologische Untersuchung den Löffler'schen Bacillus im Rachenschleim der Mutter sowohl, wie in dem des Vaters.

Dr. P. K.

**Scharlach und frühzeitige Angina diphtheritica.** (Scarlatine et angine diphtéritique precoce.) Von Dr. Beauchant. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 2.)

Sehr selten, während die spät auftretende Angina pseudomembranacea immer diphtheritisch ist; diese Ansicht, welche die meisten Autoren theilen, ist nach Ansicht des Verf.'s etwas zu absolut. Nach langen Auseinandersetzungen und sich auf besonders deutsche Statistiken stützend, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Diphtheritis und Scharlach sind viel enger miteinander verbunden, als allgemein

angenommen wird; 2) wenn Diphtheritis sich secundär während Scharlach oder in der Reconvalescenz entwickeln kann, so sieht man aber auch häufig sich Scharlach während des Verlaufs einer diphtheritischen Angina entwickeln; beide Affectionen können nebeneinander bestehen; 3) in einigen Fällen, wenn Scharlach zu Diphtheritis tritt, so wird deren Verlauf auffallend verändert und selbst das Verschwinden des Löffler'schen Bacillus hervorgebracht. Dr. P. K.

---

**Microbiologische Klinik der Anginen.** (Clinique microbiologique des angines.) Von Dr. Landouzy. (Presse médicale und Revue de laryngologie 1896, No. 12.)

Verf. erwähnt eine grosse Anzahl Fälle, wo die bacteriologische Untersuchung klinische Irrthümer verbessert hat. Dann giebt er das Resultat der bacteriologischen Untersuchung von 860 Fällen von Angina mit verschiedenem Belag; es wurde nur 364 Mal der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen, d. h. in 42,32 pCt.; von den übrigen erwiesen sich 79 als Streptococcen, 293 als Mischungsarten. Die symptomatologische Diagnose heisst nichts; die bacteriologische Diagnose muss in allen Fällen gemacht werden, selbst in den Fällen, wo man glaubt, mit Plaques muqueuses zu thun zu haben. Dr. P. K.

---

**Paradoxaler Puls bei Croup.** (Le pouls paradoxal dans le croup.) Von Dr. G. Variot. (Journal de clin. et de thérap. infant. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Fühlt man den Puls eines croupkranken Kindes, so findet man gewöhnlich, wenn die Stenose etwas ausgeprägt ist, die Blutwelle an der Radialis während dem Inspirium bedeutend sinken. Dieses Senken, welches wahrscheinlich nur die Steigerung eines physiologisch erklärten Phänomens darstellt, kann bis zum vollständigen Stillstand während dem Inspirium gehen und stellt dann den paradoxalen Puls dar. Er hört auf, sobald die Intubation gemacht ist.

---

**Acute Bronchocele nach Influenza.** (Bronchocèle aigue après l'influenza.) Von Dr. J. Kiffin. (Brit. medical Journal u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Eine 42jährige Frau bekam acht Tage nach einem Influenzaanfall plötzlich Fieber mit Halsschmerzen und Schwellung der Glandula thyroidea, welche Dysphagie und Dyspnoe verursachte. Heilung von selbst. Bei einer Influenzarecidive trat die Complication nicht mehr ein. Dr. P. K.

---

**Bronchialfistel durch Electrolyse geheilt.** (Fistule bronchiale du cou guérie par l'électrolyse.) Von Dr. Lichwitz. (Archives d'électricité médicale u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Eine 6 Ctm. tiefe, bis an die Mandel reichende, aber nicht in den Pharynx mündende Bronchialfistel wurde in 17 Sitzungen durch Electrolyse geheilt. Verf. reiht diesen Fall an drei von Léon Lefont im Jahre 1883 veröffentlichte, ebenfalls geheilte Fälle. Dr. P. K.

**Tamarindenkern im rechten Bronchus; Section.** (Observation d'un noyau de tamarinier dans la bronche droite; autopsie.) Von Dr. A. B. Nade. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Wichtiger Fall, welcher lehrt, dass man die Trachealwunde soll klaffend erhalten bis zur Ausstossung des Fremdkörpers: Ein fünfjähriges Kind wurde wegen eines Tamarindenkerns im rechten Bronchus operirt, ohne dass es gelang, den Fremdkörper zu entfernen, noch beweglich zu machen. Am 36. Tage entfernte man die Cantile und die Wunde war in acht Tagen geheilt. Am 53. Tage hörte man deutlich das Klappengeräusch im Larynx und das Kind erlag dem Erstickungsanfall. Bei der Section fand man noch den Kern in der Höhe der Cartilago cricoidea, die Trachea ausstopfend. Die Extractionsversuche während des Lebens waren misslungen, weil der „erweichte“ Kern beim Contact der Zunge nicht von den Bronchialwänden unterschieden werden konnte. Die Moral von der Geschichte ist, dass man nie eine Trachealwunde soll zuheilen lassen, wenn noch der geringste Verdacht auf das Vorhandensein des Fremdkörpers in den Lungen besteht.

Dr. P. K.

**Oedematöse Laryngitis bei einem 15monatlichen Kinde in Folge des Einführens eines Fremdkörpers in den Larynx. Intubation des Larynx während 24 Stunden. Heilung.** (Laryngite oedémateuse chez un enfant de 15 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant vingtquatre heures. Guérison) Von Dr. Bonain. (Revue des maladies de l'enfance und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 2.)

Ein 15 Monate altes Kind verschluckte ein Stück Pflaumenkern; dem ersten Erstickungsanfall folgten mehrere andere, so dass, statt der gewöhnlich ausgeführten Tracheotomie die Intubation, und zwar mit Erfolg, ausgeführt wurde.

Dr. P. K.

**Acutes Larynxödem miasmatischen Ursprunges.** (Oedème aigu du larynx d'origine palustre.) Von Dr. E. B. Baylie. (Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Das Sumpffieber hat auch seine Rolle in der Aetiologie des acuten Larynxödems. Zur Zeit hat Jacob Arnold dieses acute Larynxödem mit dem Namen Epiglottitis miasmatica bezeichnet. Verf. erzählt einen hierher gehörigen Fall, welcher trotz aller localen Behandlung immer schlimmer wurde, bis man Chinin reichte. Die Tracheotomie konnte umgangen werden, und das Fieber liess nach.

Dr. P. K.

**Acutes Larynxödem.** (Un cas d'oedème aigu primitif du larynx.) Von Dr. Lévi u Dr. Laurens. (Arch. générales de médecine u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Trat bei einem vorher gesunden 35jährigen Manne plötzlich nach längerem Aufenthalt im Keller auf. Scarificationen und locale Behandlung halfen. Heilung.

Dr. P. K.



**Larynxödem bei Nierenleiden.** (L'œdème du larynx en relation avec les maladies rénales.) Von Dr. Carmelo Abate. (Archivio internazionale della specialites medico-chirurgiche u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Ein 40jähriger, mit Morbus Brightii behafteter Mann bekam plötzlich lebensgefährliche Larynxdyspnoe. Schnell ausgeführte Scarificationen halfen die Tracheotomie zu umgehen. Verf. erzählt das Beispiel zur Aetiologie des acuten Larynxödems.

Dr. P. K.

**Fall von hämorrhagischer Laryngitis bei Influenza.** (Cas de laryngite hémorrhagique grippale.) Von Dr. C. Compaired. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Wurde bei einem 18jährigen jungen Mann gefunden, dessen Krankengeschichte Verf. giebt; seltene Fälle.

Dr. P. K.

**Tertiäre Laryngealsyphilis bei einem Erwachsenen; Erstickungsanfälle; wiederholte Tubage; Hellung.** (Un cas de syphilis laryngée tertiaire chez un adulte; crises de suffocation; tubages répétés; guérison.) Von Dr. Sargnon. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

In diesem Falle wurde die Intubation als weniger gefährlich und besser wirkend vorgezogen. Denn die Tracheotomie wendet nur die Erstickungsgefahr ab und man muss nachher nach den verschiedenen bekannten Methoden erweitern; während die öfters wiederholte Intubation diese zwei Indicationen zugleich erfüllt. Nach einer gewissen Zeit gelangen die Patienten sogar dahin, dass sie sich selbst intubiren.

Dr. P. K.

**Plötzlicher Tod durch Eindringen erbrochener Massen in den Larynx.** (Mort par suite de la pénétration de matières vomies dans le larynx.) Von Dr. Mitchell. (Brit. med. Journal u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 4.)

Ein 5jähriges Kind bekam nach dem Essen Uebelsein und wurde in's Bett gelegt. Die Mutter war im Zimmer beschäftigt; als sie nach dem Kinde schaute, fand sie dasselbe todt im Bett; neben ihm befanden sich erbrochene Speisen; ein Stück Orange war fest im Larynx eingeklemmt.

Dr. P. K.

**Specifische Behandlung bei zweifelhafter Diagnose von Larynxleiden.** (Le traitement spécifique dans les laryngites de diagnostic douteux.) Von Dr. Clarence C. Rice. (Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 8.)

Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose in vielen Fällen, selbst wenn man sich des Microscopes bedient; er erzählt Fälle, wo Syphilis mit Carcinom verwechselt und die Laryngeotomie gemacht wurde. In jedem zweifelhaften Falle soll man antisiphilitisch behandeln; selbst bei Carcinom wirkt Jod oft günstig.

Dr. P. K.

**Blutegel im Larynx; Entfernung auf natürlichem Wege.** (sangsue dans le larynx; extraction par les voies naturelles.) Von Dr. Niccola Palazzolo. (Bolletino delle malattie dell' orecchio und Revue de laryngologie 1896, No. 18.)

Verf. hat in seiner Praxis auf der Insel Sicilien drei Fälle von Blutegel in den obersten Luftwegen beobachtet. Alle drei waren in dem Brunnenwasser, welches aus irdenen Krügen getrunken wurde, enthalten und wurden mittelst Zange auf natürlichem Wege entfernt.  
Dr. P. K.

---

**Pferdeblutegel unterhalb der Stimmbänder; Tracheotomie am 16. Tage; spontane Entfernung am folgenden Tage.** (Sangsue de cheval implantée dans la région sousglottique; trachéotomie le seizième jour. Expulsion spontanée le lendemain.) Von Dr. Puzat. (Arch. de médecine et de pharmacie militaire und Revue de laryngologie 1896, No. 24.)

Terpentinöl, intratracheale Einspritzungen von Salzwasser, Inhalationen von Carbolsäure helfen nicht. Der Blutegel wandert: Anfangs im oberen Larynxtheile sich aufhaltend, ging er nach einer fruchtlosen Zangenextraction in die infraglottische Gegend; nach der Tracheotomie ging er wieder an die Basis der Epiglottis. Die Indicationen sind also folgende: Die Extractionsversuche sollen nur angewandt werden, wenn der Blutegel sich oberhalb der Stimmbänder befindet; sonst sind sie gefährlich; die Tracheotomie soll immer unterhalb des Sitzes des Blutegels ausgeführt werden.  
Dr. P. K.

---

**Ueber Behandlung der Larynxpapillome.** (Du traitement des papillomes du larynx.) Von Dr. A. Toti. (Revista di Pathologia et terapia della malattia della gola und Revue de laryngologie 1896, No. 14.)

Verf. giebt einen Fall, wo er wegen genannter Operation die Laryngotomie ausführen musste. Die einfache Tracheotomie genügt nämlich nicht immer. Er giebt als allgemeine Regel an, dass, wenn die Tracheotomie ausgeführt werden muss, man nicht gleich nachher die Thyrotomie ausführen, sondern einige Zeit abwarten soll; denn manchmal atrophiren und lösen sich die Auswüchse in solchen Fällen von selbst los.  
Dr. P. K.

---

**Zwei Todesfälle in Folge von Larynxbepinselungen.** (Deux cas de mort survenue au cours de posements du larynx.) Von Dr. Guescheline. (Gazette hebdomadaire médic. de la Russie mérid. und Annales des maladies de Poreille et du larynx 1896, No. 2.)

Zwei plötzliche Todesfälle bei Cocainbepinselung, welche nicht auf Vergiftung durch Cocain zurückgeführt werden können, weil selbe zu rasch eintraten. Verf. glaubt, dass in dem ersten Falle, wo Glottis-ödem bestand, die Berührung mit dem Pinsel einen Krampf hervorrief, welchen die Abductoren nicht bemeistern konnten; in dem zweiten Falle scheint der Pinsel einen Abscess in der Höhe der Cartilago cricoidea eröffnet zu haben, der Eiter habe dann die Erstickung herbeigeführt.  
Dr. P. K.

**Larynxbepinselungen mit gesättigter Kupfervitriollösung bei chronischem Catarrh mit Aphonie, ohne dass ausgesprochene Läsionen im Larynxeingang sich befinden.** (Des cautérisations du larynx avec une solution saturée de sulfate de cuivre dans la laryngite chronique avec aphonie et sans lésions prononcées à l'entrée du larynx.) Von Dr. S. V. Vinogradski. (Wratsch u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 4.)

Unverdienter Weise ist das von Trousseau so sehr empfohlene schwefelsaure Kupferoxyd in Vergessenheit gerathen. Verf. giebt neun Krankengeschichten, chronische Larynxcatarrhe betreffend, wo die genannten Bepinselungen vollständige Heilung brachten; es waren unter den Patienten mehrere Sänger, welche bald darauf ihrer Berufsthätigkeit wieder nachgehen konnten; man soll die Bepinselungen jeden zweiten Tag machen.

Dr. P. K.

---

**Die Laryngotomie.** (La laryngotomie.) Von Dr. Périer. (IX. Congrès français de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Die Tracheotomie ist gar keine so unschuldige Operation, als allgemein angenommen wird, namentlich für die Zukunft; man soll selbe also vermeiden, wenn man kann, namentlich wenn sie nur prophylactisch soll ausgeführt werden. Der Eintritt des Blutes in die Trachea bei Operationen kann auch ohne vorherige Tracheotomie verhindert werden, wenn man langsam operirt und vollständige Hämostase besorgt, ehe die Laryngotomie ausgeführt wird. Verf. zeigt drei Patienten, wo Tumoren aus dem Larynx durch einfache Thyrotomie ohne vorherige Tracheotomie mit Erfolg entfernt worden waren. Verf.'s Operationsmethode ist folgende: Im Princip besteht sie aus einer Blosslegung des Larynxgerüsts in seiner ganzen Höhe und Breite. Es wird nahe am Zungenbeine ein horizontaler Hautschnitt geführt, welcher bis auf die Membrana hyothyroidea dringt und seitlich die beiden grossen Hörner überragt; auf diesen Schnitt setzt man einen medianen senkrechten, welcher vom Os hyoideum bis über die drei ersten Trachealringe reicht und alle Knorpel blosslegt. Man erhält so zwei dreieckige Lappen, indem man die Weichtheile ganz nahe auf dem Knorpelgerüst abpräparirt. Man erhält so eine grosse Wunde, welche nicht so viel blutet, als man anzunehmen pflegt; jedenfalls hat man völlig Zeit, eine vollständige Hämostase zu machen, so dass kein Tropfen Blut in die Trachea fiesst. Nun macht man zuerst die Trennung beider Schildknorpelplatten und entfernt selbe mittelst zweier feiner Haken; man kann dann schon das Larynxinnere überschauen; dann, wenn es nöthig ist, verlängert man diesen Schnitt nach oben und unten. Nun kann man im Larynxinnern mit Cürette, Messer, galvanischem Messer und selbst Thermocauter operiren. Es ist ziemlich schwer, die beiden Schildknorpelplatten wieder hübsch zu vereinigen, namentlich wenn der Schnitt nach oben und unten verlängert werden musste. Zu diesem Behufe näht man zuerst mittelst feinem Catgut die Membrana hyothyroidea und cricothyroidea genau zusammen; dann legt man einige Nähte durch das Perichondrium und selbst durch den Knorpel, wenn letzterer noch weich genug ist; wenn

man die übrigen Weichtheile ordentlich näht, so gewinnen die Knorpelnähte einen guten Stützpunkt; vorsichtshalber lässt man einen kleinen Drain im unteren Winkel der Wunde. Ein anderer Vorzug dieser Art von Laryngotomie besteht darin, dass im gegebenen Fall die Total-*extirpation* nach der vom Verf. gegebenen Methode ausgeführt werden kann: man braucht blos am unteren Ende des senkrechten Hautschnittes zwei horizontale Schnitte zu machen, welche die Trachea freilegen und deren Durchtrennung gestatten. Dr. P. K.

---

**Desinfectirbarer Larynxspiegel.** (*Miroir laryngien désinfectable.*)  
Von Dr. G. Chincini. (Boll. della mal. dell' orecchio, gola e naso u. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1896, No. 7.)

Um den Spiegel leicht desinfectirbar zu machen, wird der eigentliche Spiegel durch einen abnehmbaren Ring an der metallischen Platte befestigt. Zur Desinfection wird dann der eigentliche Spiegel abgenommen, alle Metalltheile gehörig desinfectirt, der Spiegel selbst vorsichtig geputzt und das Ganze wieder aneinandergeschraubt. Verf. lobt diese Neuerung und wünscht, dass dieser neue Spiegel in solchen Kliniken besonders Eingang finde, wo eine öftere und schnelle Desinfection nöthig erscheint. Das Princip des Verf.'s erscheint dem Referent natürlich richtig, die Ausführung der Idee erscheint ihm aber viel einfacher, wohlfeiler und practischer von Hopmann in Cöln in Form eines in einem nicht geschlossenen Ring gehaltenen Spiegels gemacht worden zu sein. Ref. bedient sich des Hopmann'schen Spiegels seit einiger Zeit und findet diesen Spiegel, selbst abgesehen von der leichten Desinfection, leichter, wohlfeiler und eleganter als unseren alten Spiegel. Dr. P. K.

---

**Tracheotomie mit directem Lufteinblasen in Fällen von Asphyxie bei allgemeiner Anästhesie.** (*De la trachéotomie suivie d'insufflation directe dans le traitement des cas graves d'asphyxie au cours de l'anesthésie générale.*) Von Dr. Paul Thiéry. (*Gazette des hôp. und Revue de laryngologie* 1896, No. 24.)

Beispiel einer während der Operation scheinodt gewordenen tuberculösen Frau; die Tracheotomie wurde rasch ausgeführt und während 10 Minuten Luft direct eingeblasen. Contrahirt die Pupille sich in solchen Fällen noch, so ist Hoffnung vorhanden, den Patienten in's Leben zurückzurufen. Dr. P. K.

---

**Zwei Fälle von Tracheotomie wegen Entzündung des laryngealen Zellgewebes.** (*Deux cas de trachéotomie pour cellulite laryngée.*)  
Von Dr. T. C. Evans. (*Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1896, No. 7.)

Glottisödem ist natürlich ein falscher Ausdruck, weil die Glottis nicht anschwellen kann, sondern nur das laxe submucöse Zellgewebe dieser Anschwellung unterliegt. Uebrigens sei das einfache passive Oedem sehr selten, meist ist es entzündliche Anschwellung, bei welcher die Tracheotomie ein viel sichrerer Mittel als die langweilige Intubation ist. Dr. P. K.

**Spasmus glottidis nach Tracheotomie durch Tubage geheilt.** (Spasme de la glotte consécutif à la trachéotomie guéri par le tubage.) Von Dr. Levrey. (Journal de clin. et de thérap. infant. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Ein 3 $\frac{1}{2}$ -jähriges Kind vertrug die Tubage nicht und musste tracheotomisiert werden. Bei jedem Versuch, die Canüle zu entfernen, trat ein heftiger Spasmus glottidis ein und man musste die Canüle wieder einlegen. Man wandte jedes Mal die Tubage an, ehe man die Canüle entfernte; nach Wiederholung dieser Procedur konnte man die Canüle bleibend entfernen.

Dr. P. K.

**Anästhesie durch Guajacolöl in der Otologie, Rhinologie und Laryngologie.** (Anesthésie par l'huile guajacolée en otologie, rhinologie et laryngologie.) Von Dr. Laureus. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 1.)

Die anästhetische Wirkung des Guajacol in der Chirurgie und namentlich in der Zahnheilkunde ist längst bekannt. Das von Lucas-Championnière angegebene Präparat ist als das beste zu betrachten; es ist Guajacolöl: feinstes Olivenöl wird zuerst mit Chlorzink behandelt, um die farbigen Harze und Eiweiss zu binden; dann wäscht man es mit Alcohol aus, um es von den so entstandenen fettigen Säuren zu befreien und dann wird es einige Zeit auf 100 Grad Hitze gehalten; das so entstandene sehr feine Olivenöl wird mit einem Zwanzigstel Guajacol vermischt. Das kranke Organ wird zuerst aseptisch gemacht und dann mit Guajacolöl während 15 bis 20 Minuten in Contact gebracht; vor der Operation muss das Oel mit hydrophiler Watte aufgesaugt werden. Das Medicament hat in allen Fällen seinen Zweck erfüllt; es wirkt zwar langsamer, bewirkt nicht so auffallend die Retraction des contractilen Gewebes wie Cocain, hat aber auch dessen oft sehr unangenehme Nebenwirkungen nicht.

Dr. P. K.

**Ein O'Dwyer-Rohr in der Trachea. Tracheotomie und Extraction.** (Chute d'une tube d'O'Dwyer dans la trachée. Trachéotomie et Extraction.) Von Dr. Mayo. (Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Nachdem die Canüle 48 Stunden lang im Larynx gesessen, fiel sie in die Trachea hinab. Die Tracheotomie musste schleunigst ausgeführt werden, obgleich man keine Trachealcantüle zur Hand hatte. Nach Extraction des Rohres musste man während einer ganzen Stunde Wiederbelebungsversuche machen; das Kind genas trotz der darauf folgenden Bronchopneumonie. Trotz des seltenen Vorkommens musste doch das Ereigniss erwähnt werden.

Dr. P. K.

---

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

---

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.  
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).  
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.

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





UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07580 3281





