

Ohrenärzten kann das Schicksal der Tauben und Schwerhörenden nicht gleichgültig sein. — Mit der Fürsorge für die Gehörlosen befassen sich weite Kreise. Für die Schwerhörigen fehlt diese Fürsorge. Viele stürzt Schwerhörigkeit in Verbitterung und Not. Als Mitglied des Vorstandes des Berliner Vereins der Schwerhörigen weiß Referent davon zu berichten. Der Schwerhörige gilt nicht als invalide und erwerbsunfähig, praktisch ist er es sehr häufig doch. Er findet keine dauernde Arbeit, fällt der Familie, der Gemeinde zur Last. Und doch gibt es Berufe, die sich für Schwerhörige eignen; Arbeitsgelegenheit, nicht Almosen sollte es heißen. Für die schwerhörenden Kinder gibt es Schulen, zur gegenseitigen Hilfe haben Schwerhörige Vereine gebildet. Im Berliner Verein sind auch wenige Vollhörende Mitglieder. Die Schwerhörigen allein können die Aufgabe nicht lösen, Arbeitsgelegenheit zu schaffen, schwerhörig Gewordene neue Berufe lernen zu lassen, die Teilnahme an Ablesekursen zu ermöglichen. Ablesekurse finden statt an der Berliner Ohren-Nasenpoliklinik der Charité für Schwerhörige. Es wäre eine würdige Aufgabe für die Ohrenärzte, führend einzugreifen und durch Gründung von Fürsorgevereinen für dauernd Schwerhörende das Los dieser Menschen zu verbessern zu suchen. (Autoreferat.)

Diskussion.

Herr Peyser (Berlin): Der Schutzverband der Schwerhörigen in Berlin hat doch schon Erfolge gehabt. Die Ärzte müssen dabei mitwirken, z. B. durch Merkblätter über die Berufswahl für Schwerhörige und Schaffung von Arbeitsgelegenheit.

Herr Kümmel (Heidelberg) schlägt vor, im nächsten Jahre einen Ausschuß zu bilden, der sich speziell mit diesen Fragen befaßt.

Vorsitzender verspricht, diesem Vorschlage nachzukommen.

Herr Thostspricht dem Vorsitzenden den Dank der Versammlung für die ganz hervorragend gute Leitung des Kongresses aus.

Vorsitzender dankt für die freundlichen Worte.

Nächster Versammlungsort: Stuttgart. Ämterverteilung: Vorsitzender: Herr Hinsberg (Breslau). Stellvertretender Vorsitzender: Herr Zarniko (Hamburg). Schriftführer: Herr Panse (Dresden-Neustadt). Stellvertretender Schriftführer: Herr Röpke (Solingen). Schatzmeister: Herr Manasse (Straßburg i. E.).

Davidson (Hannover).

II. Österreichische Otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. Oktober 1911.

1. G. Bondy demonstriert einen Fall von geheilter Bogenangangsfistel. Die 15jährige Patientin wurde am 3. Juli wegen chronischer Mittelohreiterung aufgenommen. Es bestand deutliches Fistelsymptom (Kompressionsnystagmus zur kranken Seite). Bei der am nächsten Tage vorgenommenen Totalaufmeißelung wurde eine große Fistel auf der Kuppe des horizontalen Bogenganges gefunden; bei Druck auf dieselbe typische Deviation der Bulbi zur gesunden Seite. Reaktionsloser Wundverlauf. Gegenwärtig ist die Wundhöhle vollständig epidermisiert, die Fistel übernarbt, das Fistelsymptom nicht mehr auslösbar. Das Hörvermögen ist von $\frac{1}{2}$ m auf 6 m für Umgangssprache gestiegen.

2. G. Bondy: Über einen Fall von Inselbildung der Jugularis interna. Gelegentlich der Jugularisunterbindung in einem Falle von Sinusthrombose fand B. oberhalb der Einmündung der Vena facialis communis hinter dem in der Fortsetzung der Jugu-

laris verlaufenden Gefäße ein zweites parallel zu diesem und von annähernd gleichem Kaliber, welches etwa 1 cm unterhalb der Fazialis sich mit dem Hauptstamm der Jugularis vereinigte. Die Präparation nach oben bis nahe an das Foramen jugulare konnte den Ursprung des Gefäßes nicht feststellen, da beide parallel in der Richtung zum Foramen verliefen. Es wurden daher beide Gefäße unterbunden. Die Temperatur sank bald zur Norm ab. Es handelt sich um einen Fall von Inselbildung im Gebiete der Jugularis interna, die entwicklungsgeschichtlich ganz gut verständlich wäre.

3. G. Bondy berichtet sodann über einen Fall von akuter Labyrintheiterung mit Meningitis. Der Patient zeigte im Anschluß an eine chronische Ohreiterung einen akuten Einbruch in das Labyrinth mit den typischen Symptomen, jedoch ohne Anhaltspunkte für Meningitis. Ausführung der Labyrinthoperation. Auftreten von heftigen Kopfschmerzen. 22 Stunden später Exitus bei 40°. Bei der Sektion ergab sich eine akute eitrige Meningitis der Basis und der Konvexität, die von dem Obduzenten für drei Tage alt geschätzt wurde. Der Fall zeigt, daß wir nicht in der Lage sind, die gefährlichen und die harmlosen Labyrintheiterungen diagnostisch zu trennen, und daß der Beginn einer Meningitis sich ganz symptomlos entwickeln kann.

4. O. Beck: Linksseitiger symptomloser Schläfenlappenabszeß. Operation, Heilung. Der siebenjährige Patient erkrankte anfangs Juli an linksseitiger Otitis mit Empyem des Warzenfortsatzes. Antrotomie. Weder Dura noch Sinus wurden freigelegt. Während der Nachbehandlung starke schleimige Sekretion aus der retroaurikulären Öffnung und Wuchern zahlreicher Granulationen. Seit anfangs September starke, in der Nacht an Intensität zunehmende, linksseitige Kopfschmerzen. Deshalb Aufnahme in die Klinik. Das auffallend ruhige Wesen und ein blöd-heiterer Gesichtsausdruck erweckten den Verdacht auf Hirnabszeß. Neurologischer und Augenbefund waren normal. Während Patient schlief, wurde im Augen- und etwas mehr im Mundaste des Fazialis eine leichte Parese beobachtet. Inspektion der Wundhöhle und Entfernung der Granulationen in Narkose. Die Knochenhöhle erwies sich überall gesund, weshalb keine Indikation zur Freilegung der mittleren Schädelgrube bestand. An der Wurzel des Jochfortsatzes fand sich eine stecknadelkopfgroße Granulation, die den Abschluß einer feinen, von dort durch den Jochbogen in das Schädellinnere führenden Fistel darstellte; daher Verlängerung des Hautschnittes gegen den Lidwinkel zu, Resektion der Wurzel des Jochfortsatzes, Spaltung des Temporalis und Freilegung der vorderen Hälfte der mittleren Schädelgrube, nach der von Ruttin angegebenen Methode. Nach Resektion der Schuppe sah man auf der in Guldenstückgröße freigelegten Dura eine erbsengroße Granulation, nach deren Entfernung und Inzision der Dura daselbst ein Eßlöffel voll dicker, gelber, nicht fötider Eiter entleert wurde. Täglich Verbandwechsel mit Einführung eines Gummidrains in das Gehirn. Heilung. Das Interessante dieses Falles ist darin gelegen, daß ein großer linksseitiger Schläfenlappenabszeß keine Symptome von Sprachstörung verursachte, und daß der Abszeß nicht auf dem sonst gewöhnlichen Wege durch das Tegmen tympani, sondern durch eine von der Wurzel des Jochbogens ausgehende Knochenfistel entstanden war.

5. E. Urbantschitsch stellt einen 62jährigen Mann vor, bei dem sich auf der Basis eines Nävus eine exulzierende Geschwulst entwickelt hatte; die Probeexzision ergab Epitheliom. Operation in Lokalanästhesie. Der Defekt wurde durch Plastik aus der angrenzenden Haut ersetzt. Heilung per primam.

6. E. Urbantschitsch: Bilaterale traumatische Trommelfellruptur und bilaterale Gehörgangsfissur durch

Sturz auf die linke Kopfseite bei Hämophilie. Nach dem Sturze Blutung aus beiden Ohren. In beiden Gehörgängen dicke Blutkoagula, außerdem sickert von den Gehörgangswänden frisches Blut. Reißförmige Ruptur der Trommelfelle mit zackigen Rändern, nach dem Abtupfen frische Blutung daselbst. Außerdem Blutung aus der hinteren knöchernen Gehörgangswand. Auffallend war die abnorme Derbheit der Blutgerinnsel, die trotz der profusen Blutung bei Mangel an fibrinogener Substanz des hämophilen Blutes nicht sehr für Hämophilie sprach. Die Blutuntersuchung mittels der Wrightschen Methode ergab eine starke Verzögerung der Gerinnbarkeit.

7. Schließlich stellt E. Urbantschitsch ein zwölfjähriges Mädchen vor, bei dem nach Totalaufmeißelung in der Wundhöhle Kalk sich abgelagert hat. Bei einer zweiten Patientin, einer 54jährigen Frau, besteht eine fast vollständige Verkalkung der Schleimhaut der Paukenhöhle und des Trommelfells, soweit dieses noch erhalten ist.

8. H. Frey: Ein Fall von chronischer Paralabyrinthitis; interessantes Funktionsprüfungsergebnis, erklärt durch den Operationsbefund. Bei der 13jährigen, seit 10 Jahren ohrkranken Patientin trat seit einiger Zeit Schwindel und Kopfschmerz, sowie spontaner Nystagmus auf. Die kalorische Reaktion war verstärkt, Fistelsymptom nicht auslösbar. Bei der Totalaufmeißelung zeigte sich das Antrum mit Granulationen erfüllt. Auf der Innenwand des Aditus zahlreiche Granulationen, nach deren Entfernung eine fistelartige Stelle oberhalb des horizontalen Bogenganges sichtbar wurde. Bei Verfolgung dieser Veränderung sieht man den Knochen deutlich erweicht und war mit dem scharfen Löffel sehr viel von dem Knochen entfernbar, so daß schließlich der Kontur des horizontalen Bogenganges bis fast zu seinem Scheitel freilag. Vollkommene Heilung. Da bei Neugeborenen die knöchernen Bogengänge allseits von spongiöser Substanz umgeben sind und diese erst später verknöchert, hält F. den Fall für eine Entwicklungshemmung.

9. F. Heschl zeigt einen zehnjährigen Knaben, bei dem eine große Schwellung hinter dem Ohre und Verengung des Gehörganges bestand. Die Inzision der Weichteile ergab hochgradige ödematöse Infiltration, aber keinen Eiter. Dagegen fand sich eine von den Weichteilen ausgehende, mit Eiter erfüllte Abszeßhöhle zwischen Perioist und Planum mastoideum.

10. H. Neumann: Salvarsanschädigung des Vestibularapparates. Der 20jährige Patient konnte vier Wochen nach einer intravenösen Salvarsaninjektion nicht mehr sicher auf der Straße gehen und klagte über lästige subjektive Geräusche im linken Ohre. Die Funktionsprüfung des Vestibularapparates ergab keine sicheren Anhaltspunkte für eine Diagnose, da er, wenn auch nicht normal, so doch noch erregbar war. Nach ungefähr zwei Wochen schwanden die Ohrgeräusche. Vier Monate nach der Injektion Auftreten von Gleichgewichtsstörungen und starken subjektiven Geräuschen, geringe Herabsetzung des Hörvermögens, spontaner rotatorischer Nystagmus nach beiden Seiten, Unerregbarkeit für Drehreize bei erhaltener kalorischer Reaktion. Jetzt (fünf Monate nach der Injektion) ist das linke Ohr kalorisch unerregbar, das rechte schwer, aber deutlich erregbar. N. glaubt, daß die aufgehobene Dreherregbarkeit für eine Schädigung im ersten Neuron spreche. Es ist daher dieser eigentümliche Befund vielleicht auch so zu erklären, daß der Vestibularapparat in dem Sinne geschädigt wurde, daß er für physiologisch adäquate Reize (Drehreize) unerregbar geworden ist, hingegen für artefizielle Reize seine Erregbarkeit noch bewahrt hat. Dafür, daß die Schädigung der linken Seite nicht eine zentral ausgelöste, kompensatorische ist, spricht der

Umstand, daß die Erscheinungen der linken Seite ebenfalls durch subjektive Geräusche, die spontan geschwunden sind, eingeleitet wurden. Auch die anatomischen Verhältnisse des Nervus vestibularis sind dafür verantwortlich, daß bei Salvarsanschädigungen sehr häufig der widerstandsfähigere Vestibularnerv und nicht der im allgemeinen vulnerablere Cochlearis getroffen wird. Diese Disposition verdankt der Vestibularis dem Umstande, daß er aufgefaserter durch sehr enge Knochenkanäle der Pyramidensubstanz seinen Weg nehmen muß, um das Endorgan zu erreichen.

11. O. Beck: Konfluierendeluetische Papeln an beiden Ohr läppchen und in der rechten Augenbraue bei Fehlen anderer Lueserscheinungen. Der vorgestellte 20jährige Patient zeigt die angegebenen Veränderungen, die als Erstexanthem nach einer extragenitalen Infektion aufzufassen sind.

12. O. Beck: Labyrinthlues mit merkwürdigem Vestibularbefund; Gehörgangspapeln. Das Merkwürdige an dem Falle ist darin gelegen, daß die Patientin, die im Sekundärstadium der Lues steht und sechs Wochen nach der Salvarsaninjektion einseitig ertaubt war (die im April eingetretene Ertaubung ging im August wieder zurück), bei dem jetzigen Rezidiv durch eine Wocheluetische Papeln nur in den beiden äußeren Gehörgängen und am Tragus zeigte. Beim Auftreten des universellen Exanthems ergab die Untersuchung des Vestibularapparates folgenden merkwürdigen Befund: Totale Unerregbarkeit für Drehreize, Übererregbarkeit für kalorische Reize. Nach Beendigung der Schmierkur wieder normale Reaktion. B. hat bereits zwei derartige Fälle beobachtet.

13. E. Ruttin: Über die Differentialdiagnose zwischen Labyrinthfraktur, bzw. Labyrinthfissur und Labyrintherschütterung (mit Demonstration zweier einschlägiger Fälle). Die Differentialdiagnose stützt sich vor allem darauf, daß bei der Labyrinthfissur oder Labyrinthfraktur gewöhnlich die typischen Symptome der Labyrinthausschaltung (heftige Vestibularsymptome mit Nystagmus zur gesunden Seite, Taubheit oder höchstgradige Schwerhörigkeit und, wenn prüfbar, gewöhnlich kalorische Unerregbarkeit) bestehen, während bei der Labyrintherschütterung vestibulare Symptome mit Nystagmus nach beiden Seiten und mehr oder minder erhaltene Funktion vorhanden sind. Der erste vorgestellte Fall betrifft einen Arbeiter, der durch Sturz von einer Leiter verunglückte, der andere Fall betrifft einen Wachmann, der gelegentlich der Intervention bei einem Raufhandel einen Schlag mit einem Glase gegen das Ohr erhielt und wenige Stunden nach diesem Insult zur Untersuchung kam. Der Vortrag macht ganz besonders darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, daß solche Fälle fachmännisch untersucht werden, weil z. B. bei diesem Falle, wo die Labyrintherschütterung nach dem Trauma sofort mit Sicherheit konstatiert werden konnte, gegenwärtig nur mehr die Diagnose einer ganz unbestimmten Laesio auris internae zu machen wäre, deren traumatische Ätiologie man natürlich in Zweifel ziehen könnte.

14. J. Hofer: Primäre Bulbusthrombose, peribulbärer Abszeß, Senkungsabszeß am Halse, Pyämie. Es handelt sich um eine primäre Bulbusthrombose, ausgehend von einem tiefgelegenen Knochensequester der hinteren Gehörgangswand, und einen peribulbären Abszeß, der nach zwei Richtungen durchgebrochen war, und zwar durch die Gefäßspalte der Halsfaszie längs der Gefäßscheide der Vena jugularis einerseits und durch den Intermuskulärspalt zwischen dem Sternokleidomastoideus und dem Trapezius andererseits. Der bakteriologische Befund ergab grampositive Stäbchen und Kokken und daneben gramnegative Flora.

15. J. Braun berichtet über die Behandlung akuter, nicht perforativer Otitis mit Spirosal und den Ersatz der Burowschen Lösung durch Antiphlogistin.

Sitzung vom 27. November 1911.

1. E. Ruttin: Traumatische (?) *Déviation conjuguée* nach rechts mit Blickparesen nach links. R. stellt einen Fall vor, bei dem man die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine linksseitige supranukleäre Augenmuskellähmung stellen mußte. Es handelt sich um ein zweijähriges Kind, das vor drei Wochen von einem anderen Kinde gestoßen wurde und dabei mit dem Kopf an eine Tischkante auffiel. Die Mutter bemerkte, daß die Augen des Kindes seither stets in den rechten Winkeln standen und das Kind nicht imstande ist, nach links zu blicken. Interessant ist, daß die Blicklähmung nach links langsam und in den beiden Augen verschieden zurückging, so daß nach etwa zwei Wochen das rechte Auge schon eine größere Beweglichkeit beim Blick nach links hatte als das linke Auge. Heute haben schon beide Augen eine ziemliche Beweglichkeit beim Blick nach links, doch das rechte eine deutlich größere als das linke. Vielleicht kann man aus dieser Erscheinung den Schluß ziehen, daß die Fasern vom Blickzentrum zu den Augenmuskelnkernen ziemlich getrennt voneinander verlaufen müssen, da sonst die Läsion wohl eine einheitlichere gewesen wäre. Für die spontane Deviation nach rechts ist vielleicht das Überwiegen des intakten rechten Blickzentrums die Ursache.

2. H. Frey: Gehörgangsverschluß durch eine Exostose; zweifelhafter Röntgenbefund, Operation mit sehr gutem funktionellem Resultat. Der vorgestellte 32jährige Patient erschien bei F. mit der Angabe, daß er seit mehreren Jahren auf dem linken Ohre, das früher einmal geeitert habe, schwerhörig sei. Bei der Untersuchung fand sich ein Verschluß des linken Gehörganges durch eine knochenharte, mit etwas narbiger, sonst normaler Haut bedeckte Vorwölbung. Selbst mit der dünnsten Sonde konnte man nicht in den Gehörgang eindringen, so daß es zweifelhaft war, ob es sich um eine von der hinteren Wand ausgehende und der vorderen Wand nur anliegende Exostose oder um einen kompletten Verschluß handle. Der Röntgenbefund zeigte, daß das Felsenbein der linken Seite im hinteren Anteil stark spongiös-pneumatisch, im vorderen Anteil dicht war, brachte also keine Aufklärung. Bei der Operation ließ sich der Tumor leicht entfernen, und man bekam Einblick in einen normalen, mit übelriechenden Epidermismassen gefüllten Gehörgang. Der Heilungsverlauf war glatt, das Gehör ist wesentlich besser geworden.

3. Z. Reich: Zur Prüfung des spontanen Vorbeizeigens und der vestibulären Zeigereaktion. Diese Methode bei der Untersuchung von Kleinhirnkranke ist eine Modifikation der in der Neurologie üblichen Ablenkungsmethode. Läßt man Patienten, welche bei der gewöhnlichen Prüfung des Zeigerversuches vorbeizeigen, gleichzeitig mit der Prüfung der Hand der kranken Seite mit dem Finger der anderen Hand auf einen Finger des Untersuchers zeigen, so tritt starkes Vorbeizeigen auf.

4. E. Ruttin: Zirkumskripte Labyrinthitis mit langsamen Augenbewegungen. Der 21jährige Patient, der seit 18 Jahren an linksseitigem Ohrenfluß leidet, zeigte bei der Aufnahme in der Paukenhöhle Granulationen und fötides Sekret. Konstante spontane wiegende Bewegungen der Bulbi nach rechts und links speziell bei Blick geradeaus. Das Fistelsymptom war typisch und schon bei Druck auf den Tragus auslösbar. Die kalorische Reaktion war vorhanden. Bei der Operation fand sich eine Fistel im horizontalen Bogenang, bei Druck auf dieselbe traten deutliche langsame Augenbewegun-

gen nach rechts auf. In der Gegend des ovalen Fensters eine dicke schwartige Masse, die auf das Promontorium herunterreicht. Drückt man nun auf diese Masse mit der Sonde, jedoch so, daß man deutlich den darunter befindlichen Knochen des Promontorium fühlt, so bewegt sich die Flüssigkeit in der Bogengangfistel. Am Tage nach der Operation war die spontane wiegende Augenrollung verschwunden. — Vortr. gibt für dieses Phänomen folgende Erklärung: Zur Auslösung der zentralen Komponente des Nystagmus ist ein starker Reiz notwendig. Die wiegenden Augenbewegungen nach rechts und links sind offenbar nichts anderes als die langsamen Komponenten eines spontanen, nach beiden Seiten gerichteten Nystagmus. Wenn nun die zentrale Komponente nicht ausgelöst wird, so entspricht diesem Nystagmus eine derartige langsame wiegende Bewegung der Bulbi. Daß die zentrale (rotatorische) Komponente nicht ausgelöst wird, dürfte auf die immerhin nicht große Stärke des Reizes zurückzuführen sein. Daß diese Augenbewegungen nach der Operation verschwunden sind, könnte man in zweierlei Weise erklären. Entweder, wie Bárány meint, damit, daß die Erregbarkeit des Labyrinths nach der Operation herabgesetzt ist, oder nach des Vortr. Ansicht vielleicht dadurch, daß der in der Trommelhöhle gelegene Eiterherd, der offenbar zur steten Reizung Anlaß gab, entfernt wurde.

5. E. Ruttin: Totale doppelseitige Labyrinthausschaltung. Der 19jährige Patient ist nach Scharlachotitis vor 15 Jahren links ertaubt, rechts wurde er vor drei Wochen taub. Bei der wegen Schwindel, Fieber, Erbrechen und verjauchtem Cholesteatom vorgenommenen, sehr schwierigen Radikal- und Labyrinthoperation nach Neumann wurde eine Bogengangfistel, aus der dicker Eiter quoll, aufgedeckt. Bald nach der Operation volles Wohlbefinden. Der Fall ist interessant, da er eine totale doppelseitige Labyrinthausschaltung vorstellt. Auffallend ist der Mangel von erheblichen Gleichgewichtsstörungen schon drei Wochen nach der Ausschaltung des zweiten Labyrinths. Nach einseitiger Labyrinthausschaltung dauern die Symptome in der Regel nicht länger als 3—14 Tage. Dasselbe scheint nun auch, wie dieser Fall zeigt, zu sein, wenn das zweite Labyrinth schon vorher ausgeschaltet war. Es scheint also für die Funktionsstörung der zentralen Gleichgewichtsorgane gleichgültig zu sein, ob sie durch einseitige Labyrinthzerstörung bei erhaltenem oder zerstörtem Labyrinth hervorgerufen wird, eine Tatsache, die wohl nicht a priori so zu erwarten war. Auch zeigt der Fall wieder, daß die Wochen, Monate, ja Jahre nach der doppelseitigen Ausschaltung des Labyrinths infolge von Cerebrospinalmeningitis dauernden Gleichgewichtsstörungen, wie zuerst Hammerschlag ausgesprochen hat, wohl andere Ursachen (Kleinhirnveränderungen) haben müssen.

6. R. Bárány: Über eine neue Methode zur Prüfung der spontanen Kopfbewegungen und der Reaktionsbewegungen des Kopfes bei vestibularem Reiz. Die Prüfung erfolgt in der Weise, daß dem Patienten ein „Blickfixator“ nach Bárány aufgesetzt wird, dessen Stange unbeweglich fixiert wird. Patient berührt nun mit dem Ende dieser Stange den Finger des Untersuchers, senkt sodann den Kopf und hebt ihn wieder zur Berührung mit dem Finger. Erzeugt man einen Nystagmus horizontalis nach links, so zeigt Patient mit dem Kopfe nach rechts vorbei. Zur Prüfung des Vorbeizeigens nach oben und unten erzeugt man vertikalen Nystagmus und läßt den Patienten den Kopf nach rechts und links drehen. Setzt man den Blickfixator so auf, daß die Stange desselben vertikal nach aufwärts sieht, so kann man während eines rotatorischen Nystagmus das Vorbeizeigen in der Frontalebene prüfen.

7. M. Rauch demonstriert ein Labyrinthmodell, das für den

Unterricht deshalb geeignet erscheint, weil es gestattet, die Bogengänge in den verschiedenen Ebenen einzustellen.

8. E. Urbantschitsch: Bogengangfistel und Labyrinth-eiterung im Verlauf einer akut eitrigen Otitis media mit median gelegenen Kleinhirnsabszeß. Patient hatte anfangs September d. J. eine Otitis akquiriert. Bei der Aufnahme sehr lebhaftes Fistelsymptom, kalorischer Nystagmus schwerer auslösbar als normal. Bei der Radikaloperation wurde weder Dura noch Sinus freigelegt. Nach vier Tagen Temperatur 39°, Nackensteifigkeit, Symptome einer Meningitis. Da außerdem das Gehör erlosch und die kalorische Reaktion nicht mehr auslösbar war, wurde die Labyrinthoperation nach Neumann ausgeführt. Später bekam das Fieber pyämischen Charakter, weshalb die Jugularis unterbunden wurde. Die Obduktion ergab eine eitrige Meningitis cerebros spinalis mit besonderer Lokalisation des Exsudates an der Basis und am Pons und einen sich symmetrisch über beide Kleinhirnhälften erstreckenden walnußgroßen Abszeß im Oberwurm. Nach Ansicht des Obduzenten ist der Kleinhirnsabszeß älter als die Meningitis.

9. E. Urbantschitsch: Ungewöhnlich großer Periostabszeß und geheilte Meningitis (?) bei akut eitriger Mittelohrentzündung mit Bogengangfistel. Patient litt an zeitweise auftretender Otorrhoe rechts. Nach einer Erkältung Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen, nachts Übelkeiten und Erbrechen. Pulsverlangsamung; Ptosis. Zwei Wochen lang Bewußtlosigkeit. Bei der Aufnahme fand U. einen großen retro- und supraaurikulären subperiostalen Abszeß, der nach oben bis zur Mittellinie, nach unten bis zur Hälfte des Hinterhauptbeins reichte. Gehör vorhanden, kalorische Reaktion nicht prüfbar, neurologischer Befund auf Meningitis hindeutend. Bei der Operation zeigten sich Sinus und Dura der hinteren Schädelgrube schwer verändert, mit Granulationen besetzt, an der Dura der mittleren Schädelgrube eine nekrotische, spaltförmige Stelle, Fistel im Bogengang. Der Fazialis liegt frei. Die Größe der Abszeßhöhle gestattete lockere Tamponade mit einem 10 m langen, 4 cm breiten Jodoformgazestreifen. Glatte Heilung.

10. E. Ruttin: Fistelsymptom und Kopfnystagmus. Der Fall (es handelt sich um einen 42jährigen Beamten, der seit Kindheit an linksseitigem Ohrenfluß und vor 14 Tagen eine Woche lang an Schwindel mit Scheindrehung der Gegenstände litt) ist deshalb interessant, weil kein spontaner Nystagmus bestand, trotzdem aber die Probe auf das Fistelsymptom links positiv ausfiel, typischer Nystagmus nach links bei Kompression auftrat und gleichzeitig Kopfnystagmus nach rechts. Dieses Verhalten fand sich typisch bei jeder Untersuchung.

11. Ferner demonstriert Ruttin das anatomische Präparat eines Falles von Schläfenlappenabszeß mit doppeltem Durchbruch in das rechte Unterhorn. Es wurde bei dem 20jährigen, im somnolenten Zustande auf die Klinik gebrachten Dienstmädchen, bei dem schon seit Jahren rechtsseitiger Ohrenfluß bestand, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Schläfenlappenabszeß gestellt, die durch die Operation bestätigt wurde. Die Obduktion ergab einen walnußgroßen drainierten Schläfenlappenabszeß mit putridem Inhalt und Perforation an zwei Stellen in das rechte Unterhorn und eitrige Meningitis von geringer Intensität. Interessant ist, daß dieser Fall fistelsymptomartige Augenbewegungen zeigte, für die an der Labyrinthwand keine entsprechenden Veränderungen vorgefunden wurden, ferner der offenbar durch die stürmische Druckentlastung herbeigeführte Kollaps (der Abszeß wurde nach längerem Suchen an unerwarteter Stelle gefunden, so daß seine plötzliche Entleerung

nicht zu verhindern war), der an dem Tage nach der Operation aufgetretene vertikale Nystagmus und der an zwei Stellen erfolgte spontane Durchbruch in das Unterhorn.

Sitzung vom 16. Dezember 1911.

1. F. Alt stellt zwei geheilte Fälle von eitriger Meningitis vor. In dem einen (operierten) Falle kam es intra operationem nach breiter Inzision der Dura zur spontanen Entleerung eines etwa zwei Eßlöffel voll übelriechenden Eiters enthaltenden Hirnabszesses. In dem zweiten (nicht operierten) Falle wurde bloß mehrmals die Lumbalpunktion ausgeführt, welcher Vortr. einen besonderen therapeutischen Wert beimißt.

2. E. Urbantschitsch demonstriert einen aseptischen Pulverbläser. Der Apparat ist fast ganz aus Metall angefertigt; zur Aufnahme des Pulvers dient ein Glasröhrchen, das in den Apparat eingeschoben und leicht ausgewechselt werden kann. Ein „Bajonettverschluß“ erleichtert die rasche Handhabung des Nachfüllens von Pulver. Um die Menge des auszublasenden Pulvers genau dosieren zu können, wurde an dem bajonettförmigen Ende des Bläfers eine Einrichtung geschaffen, der zufolge die größte Quantität Pulver ausgeblasen ist, wenn dieses Ende parallel der Längsachse des Glasrohres steht, und zwar mit peripherer Ausblaseöffnung; bei zunehmender Winkelstellung — das Ende ist um seine Querachse zu drehen — verringert sich allmählich die Menge des auszublasenden Pulvers.

3. E. Ruttin: Fall von Schußverletzung mit Projektil in der hinteren Schädelgrube in der Nähe des inneren Gehörganges. Der Patient wurde vor fünf Wochen auf der Jagd angeschossen, wobei das Projektil (anscheinend ein Rehposten) unterhalb des linken Auges eindrang. Man sieht jetzt auf der Röntgenplatte in der linken hinteren Schädelgrube vor dem Meatus internus, $\frac{1}{2}$ cm vor der Mittellinie, das Projektil liegen. Die genaueste Untersuchung des Ohres, des vestibulären und cochlearen Apparates ergab ein negatives Resultat bis auf eine geringe Verkürzung der Kopfknochenleitung. Im Augenhintergrund außer Abblassung der Papille nichts Pathologisches.

4. Ruttin macht hierauf zwei kleine technische Vorschläge. 1. Beim Verbande nach der Radikaloperation, besonders aber nach der einfachen Aufmeißelung ist es oft wünschenswert, vom Gehörgang aus zu behandeln, ohne daß man den Verband über der retroaurikulären Wunde entfernt. Zu diesem Zwecke legt R. besonders bei akuten Otitiden folgenden Verband an: Es werden die Gazestücke quadratisch um das Ohr gelegt, der Gehörgang freigelassen, die Bindentouren in der gewöhnlichen Weise über den Kopf und Hals geführt, ebenfalls unter Freilassung des Meatus externus. Dann wird die freigelassene Partie locker mit Jodoformgaze überdeckt und über das Ganze der blaue Bindenverband, wie sonst, angelegt. Am nächsten Tage schon kann man in die blaue Binde sehr leicht ein Fenster einschneiden und von hier aus den Gehörgang behandeln.

2. zeigt Ruttin durchlochte Zelluloidplatten, die den Zweck haben, bei ausgedehnter Freilegung der Dura, bzw. Inzision in das Gehirn das Herabsinken der Dura, unerwünschte Verwachsungen der Dura mit dem Plastiklappen, sowie bei Inzision den Prolaps des Gehirns möglichst zu verhindern. Der Abfluß des Sekrets ist durch die Öffnung in der Platte gesichert, auch kann man durch sie die Dura, bzw. das Gehirn inspizieren. Die Platten werden entfernt, sobald man die erwähnten unangenehmen Ereignisse in der Nachbehandlung nicht mehr zu fürchten hat.

5. E. Urbantschitsch: Cholesteatoma verum (?) des Mittelohres mit Durchbruch in den Sinus. Thrombose des Sinus sigmoideus, petrosus superior, cavernosus und der Vena jugularis interna. Der 29jährige Patient war angeblich bis September 1911 stets gesund, hatte niemals eine Ohrerkrankung, nur hörte er seit frühester Kindheit auf dem linken Ohre etwas schlechter. Mitte September Auftreten von heftigen Kopfschmerzen, Schüttelfrösten, bis Ende September Anhalten dieser Symptome unter gleichzeitiger Entwicklung von Ödem der linken Augenlider und einer druckempfindlichen Schwellung an der Spitze des linken Warzenfortsatzes. Bei der Aufnahme fand man das rechte Ohr normal, links das Trommelfell grau, mit verwaschenen Konturen, die Details noch erkennbar. Es bestand ein septischer Zustand, Milztumor, Benommenheit. Kleiner pneumonischer Herd rechts hinten unten, leichte meningeeale Symptome. Bei der Obduktion zeigte sich allgemeine Sepsis nach eitriger Thrombophlebitis der linken Vena jugularis, des linken Sinus sigmoideus, petrosus sup. und cavernosus (bilat.). Tiefsitzende Abszesse in der linken Tonsille. Akute Cerebrospinalmeningitis. Status thymicolymphaticus. Es scheint sicher, daß es sich in diesem Falle um ein Cholesteatoma verum handelt, und es dürfte dieses den Sinus durchbrochen haben und eine Infektion durch die Tuba vom Rachen her erfolgt sein.

6. H. Frey: Über die Beeinflussung der Schalllokalisierung durch Erregungen des Vestibularapparates. Werden normale Menschen auf dem Drehstuhle gedreht und nach Aufhören der Drehung aufgefordert, einen Ton zu lokalisieren, der von dem in einer gewissen Entfernung stehenden Untersucher durch das Anschlagen einer Stimmgabel erzeugt wird, so ist ein bestimmtes Gesetz der Lokalisation nachweisbar. Diese Methode ist besonders zur Entlarvung von Simulanten geeignet. F. demonstriert hierauf das Verfahren an Gesunden und Ohrkranken.

7. O. Beck: Demonstration eines Fremdkörperfängers. Das Modell besitzt gegenüber dem scharfen Haken den Vorteil, daß die Gefahr einer Verletzung der Gehörgangswand bei der Extraktion wesentlich herabgemindert wird. Da der Fremdkörperfänger mit drei Branchen den Fremdkörper faßt, können auch eingeklelte Fremdkörper aus dem Gehörgang extrahiert werden. Nach dieser Richtung ist das Instrument auch der Sextonschen Pinzette überlegen.

8. R. Leidler stellt einen Knaben vor, bei dem wahrscheinlich eine hereditäre Lues besteht. Das rechte Ohr ist vollkommen taub, links hört Patient Konversationsprache auf 3 m. Spontaner Nystagmus: bei Blick nach rechts grobschlägiger starker gemischter Nystagmus, beim Blick nach links etwas schwächerer Nystagmus desselben Charakters. Nach dem Aufsetzen der dunklen Brille nach Abels tritt sofort das linke Auge in Konvergenzstellung, und es tritt ein deutlicher vorwiegend horizontaler Nystagmus nach rechts auf. Die Drehprüfung ergibt keine Änderung des spontanen Nystagmus, ebenso keine Reaktionsbewegungen, keine Verstärkung des Schwindels. Der 15jährige Patient, der seit 14 Tagen an heftigen Drehschwindelanfällen mit Kopfschmerzen im rechten Hinterhaupt und Erbrechen leidet, bekam 0,3 Salvarsan intravenös (der Wassermann war positiv gewesen); hierauf ging die Hörweite links auf 2 m zurück. Nach einer zweiten Injektion von 0,4 Salvarsan nahm die Hörweite noch weiter ab, während die subjektiven Beschwerden, Kopfschmerzen und Schwindel, verschwanden.

9. O. Bénési stellt einen 13jährigen Realschüler vor, dessen tuberkulöser Lungenprozeß durch die Mastoidoperation günstig beeinflusst wurde. Die Operation brachte nicht nur den

lokalen Prozeß zur Ausheilung, sondern wirkte auch im Verein mit entsprechender Ernährung auf die Apizitis günstig ein. Der Fall ist bemerkenswert, weil man häufig sieht, daß in Fällen von Ohreiterung, die durch einen floriden Lungenprozeß kompliziert sind, die Operation nicht allein einen wenig befriedigenden Verlauf nimmt, sondern auch durch dieselbe häufig der Lungenprozeß ungünstig beeinflußt wird.

10. I. Meyer: Die Benützung der Schalllokalisation zum Nachweis von Hördifferenzen; ihre Verwertung als Simulationsprobe. Der Votr. benützt die Tatsache, daß Normalhörende einen in der Mittellinie ertönenden Schall stets richtig lokalisieren, währenddem nach seinen eingehenden Untersuchungen einseitig Schwerhörige in dieser Beziehung gesetzmäßig Irrtümer machen, zum Nachweis der Simulation, da Simulanten sich beim Lokalisationsversuch abweichend von tatsächlich Schwerhörigen benehmen. Außerdem läßt sich durch Drehen auf dem Drehstuhl der Patient räumlich so desorientieren, daß er nach dem Anhalten des Drehstuhles für kurze Zeit nicht mehr in der Lage ist, seine Relation zur Schallquelle zu erkennen, und dementsprechend nicht mehr weiß, mit welchem der beiden Ohren er hört, so daß auch auf diesem Wege der Nachweis einer beabsichtigten Täuschung ermöglicht wird. Schließlich führt Votr. an Normalhörenden und an einigen Patienten der Ohrenklinik das Verfahren vor.

Neumann (Wien).

III. Berliner Otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. November 1911.

1. Herr Haike stellt eine Patientin vor, die er vor 9 Monaten wegen schwerer Labyrintheiterung mit Störung des Vestibularapparates operiert hat. Es besteht kein Zeichen von Hirnabszeß, trotzdem fällt der Bárány'sche Zeigerversuch positiv aus. Ferner ist es der Patientin unmöglich, den bei geschlossenen Augen auf die Schulter geneigten Kopf wieder in die senkrechte Achse zurückzubewegen, sie neigt ihm dagegen etwas über die Vertikallage hinaus der anderen Schulter zu. Dieses Symptom, das H. schon öfter beobachtet hat, bezieht er auf eine Störung des Otolithenapparates.

Diskussion.

Herr Claus bemerkt, daß vielleicht kein Kleinhirnabszeß, aber eine andere Kleinhirnerkrankung vorläge.

2. Herr Busch zeigt einen dreijährigen Knaben, der wegen tuberkulöser Otitis mehrmals operiert war. Die letzte Operation ergab einen großen Knochendefekt hinter dem Warzenfortsatz, so daß die Dura in großer Ausdehnung freilag; eine Fistel führte ins Cerebrum. Das Kind ist jetzt geheilt.

3. Herr Bernhardt bespricht einen Fall von Sinusthrombose mit Metastasen in Lungen und Nieren. Nach Entfernung des Thrombus verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, und es kam zu einer starken Hämoptöe und einer Nephritis. Der Patient erholte sich, doch erkrankte er darauf an einer beiderseitigen Spitzenaffektion. Im Auswurf sind jetzt Tuberkelbazillen nachweisbar, bei Beginn der Erkrankung nicht. B. ist der Ansicht, daß die Lungentuberkulose sich sekundär auf Grund des Infarktes entwickelt hat.

Diskussion.

Herr Levy meint, daß die Blutung die Folge der tuberkulösen Erkrankung und nicht deren Ursache war.

Herr Ritter glaubt, daß ein einseitiger Infarkt nicht eine doppel-seitige Spitzenaffektion verursachen könnte.