RUNDSCHAU

ÜBER DIE VERÖFFENTLICHUNGEN AUF DEM GEBIETE DER OHREN-, NASEN-, KEHLKOPF- KRANKHEITEN UND DER GRENZGEBIETE

IM III. UND IV. QUARTAL 1915

unter Mitwirkung von

W. Albrecht-Tübingen, J. Bernstein-Halle a. S., Rh. Blegvad-Kopenhagen,
W. Brock-Erlangen, G. Grund-Halle a. S., H. Henze-Halle a. S., L. Hirschland-Wies-
baden, E. Hopmann-Köln a. Rh., R. Jäger-Halle a. S., L. Joseph-Berlin, R. Kauff-
mann-Halle a. S., O. Mayer-Wien, J. Moeller-Kopenhagen, F. R. Nager-Zürich,
E. Oppikofer-Basel, F. Schwerdtfeger-Mainz, Spira-Krakau, A. Thornval-Kopen-
hagen, Fr. Wanner-München, M. Weingärtner-Berlin, P. Zander-Halle a. S.

zusammengestellt

von

ALFRED ZIMMERMANN

in Halle a. S.

A. Referate.

I. Gehörorgan.

1. Allgemeines.

a) Berichte usw.

1. *A. Scheibe*. F. Bezolds Sektionsbericht über 73 letale Fälle von Mittelohreiterung. Würzburg 1915, C. Kabitzsch. 202 Seiten mit einer Tafel (Bildnis von Bezold). Preis 7.— Mk., geb. 8.60 Mk.

Wer die Arbeitsweise von Bezold kennt, wird leicht verstehen, daß er selbst die Veröffentlichung dieser Sektionsprotokolle beabsichtigte. Scheibe hat einen dringenden Wunsch von ihm erfüllt. Bezold hat allen denen, welche ähnliche Fragen bearbeiten, Mittel und Wege gegeben, jeden Baustein, den er für sein Lehrgebäude verwendet hat, einzeln zu untersuchen und auf seine Festigkeit zu prüfen. Es befällt den Leser dieser Arbeit die gleiche Ehrfurcht, wie sie der Kunstjünger empfindet, wenn er in die Werkstatt eines großen Meisters tritt und die Werkzeuge betrachtet, mit denen so Großes geschaffen wurde. Nicht nur die Menge der Fälle und die Gründlichkeit der Beobachtungen, sondern die ein-

gehende Sorgfalt der Obduktionen und die scharfe Objektivität der Epikrisen sind es, die besonders jüngeren Otologen vorbildlich sein müssen. Gerade heute, wo man geneigt ist, die Beantwortung auch klinischer Fragen vorwiegend von mikroskopischen Befunden abhängen zu lassen, wird das Studium dieser Protokolle von größter Wichtigkeit sein. Es wird zu leicht übersehen, daß die Topographie der krankhaften Erscheinungen eben nur bei den makroskopischen Sektionen klargelegt wird, während die mikroskopischen Untersuchungen vorwiegend für die Veränderungen im Labyrinth reserviert bleiben müssen.

Die Furcht vor postmortalen Artefakten darf nicht von einer eingehenden und gründlichen makroskopischen Sektion abhalten. In dieser Hinsicht sind die Protokolle von Bezold einfach mustergültig. Unter den 73 Fällen stammen 32 von akuten, die übrigen von chronischen Mittelohreiterungen, unter welchen diejenigen mit Cholesteatom weitaus überwiegen. Auf die einzelnen Fälle kann hier nur hingewiesen werden, jede Beobachtung bietet sowohl dem erfahrenen Kliniker, als dem jüngeren Otologen eine Fülle interessanter Punkte, und wir möchten diesem Werke besonders unter der jüngeren Generation, die mit dem Mikroskope gut umgehen kann, eine große Verbreitung wünschen. Prof. Scheibe, welcher die Herausgabe des Nachlasses seines Lehrers in so feiner Weise besorgte, und dadurch dem Werke von Bezold ein letztes Denkmal setzen konnte, darf des Dankes besonders der Bezold-Schüler gewiß sein.

Nager, Zürich.

2. *Gunnar Holmgren*. Robert Bárány und sein Werk. — Allm. svenska läkartidn. Nr. 49—1915.

Anläßlich der durch die Zuerkennung des Nobel-Preises R. B. zum Teil gewordenen hohen wissenschaftlichen Ehrung gibt H. eine, von einem kompletten Literaturverzeichnis begleitete Übersicht über die Arbeit B.s und die Art und Weise, in der er seine epochemachenden Entdeckungen gemacht und sein geniales System aufgebaut hat. H. knüpft noch hierzu einige persönliche Erfahrungen mit den B.schen Untersuchungsmethoden und erwähnt kürzlich 2 Fälle: 1. Ein Knabe, der vor 2 Jahren wegen Kleinhirnsabszeß operiert wurde; es bestand damals Fehlzeigen nach außen in gleichnamiger Schulter; das Fehlzeigen nahm allmählich ab und es ist jetzt vollständige Kompensation eingetreten, so daß in dem betreffenden Gelenk kein Fehlzeigen vorhanden ist, auch nicht bei der stärksten labyrinthären Reizung. 2. Ein Mann, der wegen otogener Meningitis operiert wurde; nach der Methode von H. wurde die Brückenwinkelzisterne drainiert. Nach der Operation Fehlzeigen im gleichnamigen Handgelenk sowohl bei Pronation als bei Supination. Bei der Sektion fand man eine Läsion an der vorderen

äußeren Fläche des Kleinhirns, bei dem vorderen Teile des Lobus biventer. — Diese beiden Fälle, wo B.sche Kleinhirn-Zentra genau lokalisiert worden sind, werden später ausführlicher veröffentlicht.

Jörgen Möller.

3. Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica della r. università di Roma. Diretta dal Prof. Gherardo Ferreri. II. Jahrgang. 1913. Roma 1914.

Der jüngste erst im Jahre 1915 uns zugekommene Jahrgang der in der otiatrischen Literatur bereits rühmlichst bekannten „Atti“ ist mit der Abbildung des Denkmals des Begründers und Verbreiters der otologischen Wissenschaften in Italien Emilio de Rossi's geschmückt und enthält eine Reihe wertvoller Arbeiten, welche Zeugnis von der Gründlichkeit und dem Fleiße der unter der Leitung des würdigen Nachfolgers de Rossi's, des unermüdlichen Prof. Gh. Ferreri, stehenden römischen otolaryngologischen Klinik ablegen. Die bekannten klangvollen Namen der Autoren der weiter unten folgenden Arbeiten bürgen für den wissenschaftlichen Ernst und die Gediegenheit der letzteren und bilden eine Zierde des Werkes. Von dem Inhalte desselben werden nachfolgende mit * bezeichnete Arbeiten an passender Stelle einer besonderen Besprechung unterzogen werden.

1. Gedenkrede an Prof. Emilio de Rossi (Prof. Gh. Ferreri).*
2. Vorrede. — Die Universitätsreform und der oto-rino-laringoiatrische Unterricht in Italien (Prof. Gh. Ferreri).*
3. Über die chirurgische Behandlung der chronischen Ohreiterungen (Prof. Gh. Ferreri).*
4. Das primäre Sarkom des Siebbeins (Prof. N. Leotta).
5. Beitrag zum Studium der „respiratorischen Störungen“ in der Tabes dorsalis (Prof. A. Giannelli).
6. Kongenitales kartilaginöses Residuum der antero-lateralen Region des Halses branchialen Ursprunges (Prof. G. Bilancioni).
7. Zementrhinitis. Consecutiva folliculitis sicotica der Oberlippe (Prof. V. Montesano).
8. Die Respiration des Gesanges (Prof. T. Manciola).
9. Ein Fall von ventrikulärer Laryngocele, operiert durch Exzision des Sackes (Prof. R. Alessandri).
10. Die laryngeale und respiratorische Graphik als Index der glottologischen Verschiedenheit der italienischen Dialekte (Prof. G. Ferreri und G. Bilancioni).
11. Das Syndrom der Kleinhirnbrückenwinkel-Tumoren. Klinischer und anatomisch-pathologischer Beitrag (D. G. Fumarola).*
12. Betrachtungen über die Schwebelaryngoskopie und Kasuistik (Prof. G. Ferreri).

13. Über akute eitrige Glossitiden mit spezieller Berücksichtigung der Pathogenese (D. F. Auriti).

14. Über die zentralen und peripherischen Verbindungen des Hypoglossus (Prof. G. Mingazzini).

15. Beitrag zur Kenntnis der Funktionen der Epiglottis (D. G. Giannelli).

16. Über das Verhalten verschiedener Gewebe in Gegenwart von interstitiellen und von superfiziellen Blutextravasaten (Prof. L. T. Cipollone).

17. Klinischer Bericht über das akademische Jahr 1913 (Prof. G. Bilancioni).*

18. Italienische Bibliographie der Spezialität (Prof. R. Vitto-Massei).

Als Anhang erscheinen dann zwei ausführliche Monographien und zwar 1. Anatomie und Pathologie der Zungentonsille von Dr. G. Turtus und 2. Beziehungen zwischen den Läsionen der Tränenwege und jenen der Nase und der Nebenhöhlen von Dr. Aurelio Fiori-Ratti. Spira.

4. *Prof. G. Bilancioni.* Rendiconto clinico per l'anno accademico 1913. Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica etc. 1914.

Im Berichtsjahr kommen in der Klinik in Rom vor: Erkrankungen des Ohres 3100, von Nase und Nebenhöhlen 1562, von Pharynx, Mund, Ösophagus, Thyreoidea und Thymus 1049, von Larynx 415. Operationen wurden ausgeführt 750. Die häufigsten Affektionen betreffen das Mittelohr und demnächst Rhinopharynx und Nase. Die 6 Todesfälle betreffen: zwei chronische mit Meningitis purulenta komplizierte, eine subakute mit Zerebralabszeß komplizierte Mittelohr-eiterung, eine Mastoiditis purulenta mit schwerem Diabetes, zwei Bronchopneumonien ab ingestis nach Laryngektomie wegen Carcinom. — Mitteilung von drei mit Radiotherapie behandelten Fällen von Epitheliom der Ohrmuschel und des äußeren Gehörganges. — Bei Besprechung der Behandlung von Mittelohrkrankheiten wird der Trockenbehandlung der Mittelohr-eiterungen und einer beharrlichen konservativen Therapie unter möglichster Vermeidung radikaler chirurgischer Eingriffe das Wort geredet. Die Behandlung der Osteosklerose kann nur dann mit Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden, wenn eine pathologische Abhängigkeit von Rhachitismus oder Osteomalacie nachgewiesen werden kann, wo dann eine Vaccinetherapie angezeigt ist. Kann Otosklerose ausgeschlossen werden, dann darf von pneumatischer Massage, Luftdusche, Katheterismus, manchmal auch von Elektrizität gute Wirkung erwartet werden bei absoluter Vermeidung von chirurgischen Eingriffen am Trom-

melfell und an den Gehörknöchelchen. Mitteilung von zwei Fällen von chronischer Mittelohreiterung, wahrscheinlich tuberkulöser Natur, welche mittels Radiotherapie geheilt wurden und eines ähnlichen Falles, bei welchem von Prof. Ferreri der kariöse Hammer entfernt und histologisch untersucht worden ist. — In drei Fällen von Schußverletzung des Ohres bei Selbstmordversuchen wurden die Projektile mittels Radiographie aufgefunden und mittels Mastoidotomie — in zwei Fällen erst später — aus der Paukenhöhle, bzw. aus der äußeren Wand des Warzenfortsatzes entfernt. Besprechung der Explorationsmethoden mit Hilfe der Nélatonschen Explorationssonde, des Explorators von Trondé, der telephonischen Sonde von Graham, der Induktionswage von Hugues und anderer Hilfsmittel. In den meisten Fällen eignet sich der retroaurikuläre Weg am besten zur Entfernung eines Projektils aus dem Ohre, da ersteres im allgemeinen mit Rücksicht auf die Richtung des Waffenrohres gegen das Felsenbein oder gegen den Warzenfortsatz eindringt. Seltener kann der präaurikuläre Weg (Fossa zygomatica) angezeigt sein. Wenn das Projektil mittels Otoskopie im äußeren Gehörgang oder in der Paukenhöhle gesichtet werden kann, dann reicht die Stackesche Operation nach vorausgegangener retroaurikulärer Inzision zur Extraktion desselben aus. Wenn das Geschoß versteckt bleibt, dann gestattet die Mastoidotomie oder die Schwartzesche Operation dasselbe zu explorieren und zu erreichen. — Im Anschluß an die Mitteilung von zwei Fällen mit Labyrinthaffektion bespricht Verf. die Ähnlichkeit zwischen dem Labyrinthschwindel und einem epileptischen Anfall, besonders der Epilepsia minor. In beiden Krankheiten kann es zu plötzlichem Umfallen und wirklichem Bewußtseinsverlust kommen, in beiden können die Schwindelanfälle während des Schlafes, also im Ruhezustand des Gehirns, auftreten, beide können mit Ohrensausen beginnen, beiderlei Anfälle können schließlich unabhängig voneinander, oder sich gegenseitig beeinflussend, bei einem Patienten auftreten. In beiden Zuständen kann der Schwindel nach Hughlings Jackson als eine Sensation motorischen Ursprunges aufgefaßt werden, hervorgerufen durch einen in den motorischen Zentren ablaufenden Prozeß. Im allgemeinen sprechen Ohrensausen und Schwerhörigkeit für die labyrinthäre Natur des Schwindels, doch kann ein solcher bei intakter Kochlea und ausschließlicher Affektion der Bogengänge auch ohne diese Begleitsymptome vorkommen.

Bei Besprechung der Therapie der Nasenkrankheiten wird die Schädlichkeit von Waschungen der Nase betont, und die Anwendung von medikamentösen öligen Lösungen in Form von Instillationen, Bepinselungen, Zerstäubungen oder Verdampfungen empfohlen. Folgende von Ferreri empfohlene Formel:

Rp.: Ol. cinnamom.	gtts V
Ol. eucalypti	gtts X
Eucaïn	0.30
Menthol	0.10
Alcohol absolut. q. s. ad solut. ol. vaselini . . .	30.0

S. zu Nasenzerstäubungen soll in akuten und in subakuten Fällen die Vorteile eines Schutzes für die Nasennebenhöhlen und für die Ohren gewähren. Dazu sind Apparate notwendig, welche einen fast trockenen nebeligen Spray erzeugen. Salben haben ein nur beschränktes Anwendungsgebiet für die vordere Partie der Nase. Tamponierungen der Nase haben spezielle Indikationen zur Verhütung von Synechien, bei Ozaena, zur Untersuchung des Eiters bei Nebenhöhlenaffektionen usw. In manchen Fällen, wie bei inoperablen Neubildungen, sind physiotherapeutische Mittel angezeigt, wie Elektrolyse, Radium, Röntgenstrahlen. Bei manchen bakteriellen oder vegetabilischen Affektionen kommt die Serumtherapie in Betracht, wie z. B. Wright'sche Vaccinen mit Pollenderivaten von Gramineen bei Heufieber. In der Klinik von Rom wurde ein antiasthmatisches Serum bereitet und verwendet, indem Blut von Nasenasthmatikern Schafen injiziert wurde, deren Serum dann subkutan oder intramuskulär mit Erfolg solchen Patienten eingespritzt wurde. Die organische Grundlage des Nasenasthma beruht auf einer speziellen Heredität, auf einer Prädisposition, einer abnormen Erregbarkeit oder einer wahren Bulbusneurose, welche auf die geringsten äußeren Ursachen mit einem asthmatischen Anfall reagieren. Vorauszugehen pflegen einzeln oder kombiniert: Nießkriesen, Hydrorrhoea nasalis, exzessives Tränenträufeln, die subjektive Empfindung von Nasenverstopfung ohne objektive Ursache, Überempfindlichkeit für manche Gerüche, Neigung zu Nasenkatarrhen, Oppressionsgefühl, periodische Pulsverlangsamung, seltener Anschwellung der Schleimhaut der Nasenmuscheln bei Sondenberührung.

Zum Schluß Mitteilung von zwei Fällen mit Fisteln infolge von Sinusitis maxillaris, welche mittels Radikaloperation durch die Fossa canina geheilt wurden, eines Falles von Fraktur der Nasenbeine nach einem Trauma mit zwei Fisteln am Nasenrücken und eines Falles von Nasensarkom, dessen Entstehung auf ein vorausgegangenes schweres Trauma zurückzuführen war. Die sonstigen Fälle betreffen laryngeale Läsionen.

Spira.

2. Allgemeine Pathologie und Symptomatologie.

5. *Cipolone*. Sul comportamento di vari tessuti in presenza di stravasi euralice interstiziali e superficiali. Atti della clinica etc. 1914.

Zur Beantwortung der Frage: Was geschieht in dem Gewebe, in dessen Interstitien aus den Gefäßen ausgetretenes Blut sich angesammelt hat, wenn keine pathogenen Keime dazwischen kommen, führte Verf. eine Reihe histologischer Untersuchungen an sieben Fällen von Extravasaten aus, welche in Polypen und sonstigen Neubildungen im Mittelohr und in den oberen Luftwegen zustande gekommen waren. Aus der genauen Beschreibung der histologischen Befunde, welche durch beigefügte photographische Abbildungen illustriert werden, geht hervor, daß ähnlich wie bei den Thromben innerhalb der Gefäße, auch bei den interstitiellen Blutergüssen die angrenzenden Gewebselemente es sind, welche proliferieren und auf Kosten des ergossenen Blutes überernährt werden. Nicht nur die autolytischen Produkte des Fibrins sind es, denen die an das Extravasat angrenzenden Zellen den Nährstoff zu ihrem Wachstum an Zahl und Volumen entnehmen, sondern sämtliche Elemente des Blutes, das Hämoglobin mit inbegriffen, scheinen zu dieser Hyperproduktion beizutragen, wofür unter anderen die Anwesenheit von Haemosiderin in Phagozyten spricht, während das ergossene Blut Transformationen aufweist, die als autolytischer Prozeß definiert werden müssen. Aus den Untersuchungen geht weiter hervor, daß bei einem interstitiellen oder oberflächlichen Bluterguß nicht nur die Organisation von Granulations- oder Bindegewebe, zur Ausfüllung der entstandenen Gewebslücke, Narbenbildung, sondern auch eine abnorme Entwicklung anderer Gewebe, wie Epithel-, Lymphoid-, Knochen-, Knorpel- und sogar von neoplastischem Gewebe, zustande kommen kann. Diese hyperplastischen Gebilde sind, wenn nicht bald die Neubildung von Kapillargefäßen hinzutritt, nur vorübergehender Natur, stellen regressive Phasen vor und bilden spezielle Formationen (Riesenzellen, Fibrinoidfilamente) mit dem Aussehen muköser Degeneration, in den haematischen in Pseudozysten umgewandelten Lakunen oder Detritus, die dann wieder resorbiert oder von Phagozyten verzehrt werden. Spira.

6. *N. Antoni*. Die eigentümliche Wirkung der Bárány'schen kalorischen Reaktion bei sogenannter Blicklähmung. — Allm. svenska läkartidningen Nr. 35-1915.

N. hat in einem Fall von Hemiplegia sin. mit Blicklähmung links die von Bárány beschriebene Erscheinung beobachtet, daß bei Kaltwasserspülen rechts kein eigentlicher Nystagmus entsteht, sondern nur eine Deviation nach rechts; ferner besteht während des labyrinthären

Reizungszustandes die Möglichkeit, den Blick volontär nach links zu richten. Er meint, daß dies darauf beruht, daß während des Reizes der Zug nach rechts durch die ungeschädigte Bahn nachläßt und meint für diese Annahme eine Stütze darin zu finden, daß bei Spülen links auch volontäre Bewegungen nach links im Tempo der langsamen Nyctagmusphase möglich sind, aber nur in dem Horizontalplan der Bulben, nicht bei Blickrichtung nach oben oder unten. Jörgen Möller.

3. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Apparate und Instrumente).

7. *Nager (Zürich)*. Neuere Gesichtspunkte zur Diagnose und Therapie der „Schwerhörigkeit“. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte Bd. 45. 1915. S. 289.

Vortrag, gehalten in der Ärztesgesellschaft Zürich. Vorerst wird die Diagnose der Mittelohr- und der Labyrinthschwerhörigkeit geschildert und dann die Prophylaxe und Therapie der Schwerhörigkeit besprochen. In letzterem Abschnitte erwähnt er auch die schwindelhaften Gehörapparate und das Zünd-Bourgetsche Verfahren; wenn einzelne Patienten nach letzterer Methode besser zu hören scheinen, so beruht es auf Selbsttäuschung. Auch die Behandlung mit Fibrolysin, Radium und Mesothorium, Diathermie haben die Hoffnungen nicht erfüllt, die wachgerufen worden sind.

Oppikofer.

8. *G. Ferreri (Roma)*. Sulla cura chirurgica delle suppurazioni croniche auricolari. Atti della clinica 1914.

Gestützt auf langjährige Erfahrung spricht sich F. gegen die sog. konservative Radikaloperation aus, die alle Nachteile der klassischen Radikaloperation besitzt, ohne bessere funktionelle Resultate als die endotympanale Chirurgie zu ergeben, hingegen der Gefahr aussetzt, Eiterherde zurückzulassen, welche Ursache späterer Rezidiven werden. Die vom Verf. an elf Knöchelchen bei chronischer Mittelohreiterung ausgeführten histologischen Untersuchungen haben ergeben, daß die Ossicula in solchen Fällen immer erkrankt sind, auch wenn sie makroskopisch normal erscheinen. Während einerseits in zahlreichen Fällen die Radikaloperation ohne Schädigung der Funktion ausgeführt worden ist, kann andererseits auch in vielen Fällen mit der bloßen Ossikulotomie dauernde Heilung der Otorrhoe ohne Herabsetzung des Gehörs erreicht werden. Es ist also bei Erkrankungen des Antrum, bei tuberkulöser, ozaenöser Natur der Ohreiterung usw. sofort die Totalausräumung vorzunehmen, da eine dauernde Ausheilung der Eiterung bei Erhaltung der Gehörknöchelchen nicht zu erwarten ist. Bei Affektion

der Paukenhöhle und des Attik jedoch ist es logischer, vorerst die weniger eingreifende Ossikulotomie vorzunehmen und erst, wenn diese aus irgendeinem Grunde — wegen der Natur der spezifischen Organismen, wegen Dyskrasie des Patienten, abnormer Konformation der Nebenhöhlen, abnormer Struktur der umgebenden Knochenwände usw. — erfolglos bleibt, die Radikaloperation anzuschließen, als die umgekehrte Reihenfolge. Eine häufige Ursache des Mißerfolges dieser Operationen ist die abnorme Funktion der Tuba. Für solche Fälle hat Verf. die Obliterierung derselben empfohlen und zu diesem Behufe vor Jahren die Einführung einer stark ätzenden Flüssigkeit in die Tuba durch die Paukenhöhle vorgeschlagen, wobei der Kopf des Patienten gegen die gesunde Seite geneigt und das Eindringen der Flüssigkeit in den Pharynx durch einen das Ostium pharyngeum hermetisch abschließenden soliden Katheter verhindert werden soll. In letzter Zeit hält er es für besser, dieses Ziel durch galvanische Kauterisation des Ostium tympanicum zu erreichen. — Zur Hörprüfung empfiehlt F. die Benutzung des Mikrotelephons, mit dessen Hilfe die geringsten Perzeptionsstörungen für die Stimme leichter abgedeckt werden können.

Schlußfolgerungen: Eine operative Intervention durch den äußeren Gehörgang (Ossiculotomie) ist gerechtfertigt 1. bei chronischen, exazerbierenden Mittelohreiterungen, die durch Retention im Attik verursacht sind, 2. wenn die Ohreiterung nicht mit Tuberkulose oder Ozaena in Beziehung steht und man erwarten kann, daß mit der Entfernung der Gehörknöchelchen die Drainage auch im Antrum ermöglicht wird, 3. wenn Caries der Gehörknöchelchen und der äußeren Attikwand festgestellt ist, 4. in chronischen, von Erkrankungen der Weichteile abhängigen Otorrhoeen (Adenoiden, mangelhafte oder ungünstig lokalisierte Trommelfellperforationen, Tubenstenosen), 5. bei narbigen, durch Retraktion Funktionsstörungen verursachenden Residuen nach vorausgegangenen Mittelohreiterungen, 6. wo eine tiefere Knochenaffektion des Warzenfortsatzes ausgeschlossen werden und man hoffen kann, nach Befreiung der Paukenhöhle von physiologischen Hindernissen mit medizinischen und physikalischen (Radium usw.) Mitteln auf die Gewebe günstig einwirken zu können.

Spira.

4. Spezielle Pathologie.

a) Äußeres Ohr.

9. *Schuhmacher, Heinrich, Dr.* Eine frei gewordene Exostose im Bereiche des knöchernen Gehörganges mit häufigem Stiele. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1915. I.

Bei einem wegen seit kurzem bestehender Schwerhörigkeit die Sprech-

stunde aufsuchenden Mann fand sich in der Tiefe des knöchernen Gehörganges eine denselben fast vollständig ausfüllende harte Geschwulst, die sich mit der Fremdkörperpinzette leicht und ohne stärkere Blutung entfernen ließ. Die mikroskopische Untersuchung des von dünner Haut überzogenen Tumors ergab, daß er aus kompaktem Knochen bestand. Mit der Gehörgangswand stand der Tumor nur durch eine dünne Hautbrücke in Verbindung. Was die Genese des Tumors anlangt, so nimmt Verf. an, daß ursprünglich eine gestielte Exostose vorhanden war, die auf irgendeine Weise ihre Verbindung mit der knöchernen Gehörgangswand verlor.

Brock.

b) Mittelohr.

10. *Lang, Jan., Doz. Dr.* Über akute eitrige Mittelohrentzündung nach der Entfernung der Nasenrachentumoren mittels der galvanokaustischen Schlinge. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1915. H. 4/5.

Verf. bringt einen Auszug der Krankengeschichten von 14 Fällen, bei denen im Anschluß an galvanokaustische Operationen im Nasenrachenraum (es handelt sich ausnahmslos um Tumoren im Nasenrachenraum) leichte und schwere akute Mittelohreiterungen aufgetreten sind.

L. benutzt diese Fälle, um auf die relative Gefährlichkeit der Galvanokaustik im Nasenrachenraum und im geringen Grade auch in der Nase hinzuweisen. Sonst bringt die Arbeit nichts Neues. Brock.

11. *Robert Lund.* Über Albuminurie während des Verlaufs der akuten Mittelohreiterung. — Ugeskrift for Læger Nr. 44-1915.

Während 10 Jahren wurden in der Ohrenklinik des Kommunehospitals 1063 Fälle von akuter Mittelohreiterung stationär behandelt; bei 50 unter diesen wurde an irgendeinem Zeitpunkte Albuminurie gefunden; in 4 Fällen bestand jedoch vorher eine Nephritis. In 6 Fällen war außer dem Ohrleiden auch eine krupöse Pneumonie vorhanden; in 8 Fällen ging eine Angina der Albuminurie unmittelbar voraus, mag also vielleicht dieselbe verursacht haben; in einem Falle trat die Albuminurie nach einer Äthernarkose auf, um nach zwei Tagen wieder zu schwinden; in einem Fall endlich trat die Albuminurie während eines Coma diabeticum auf. Zurück bleiben 30 Fälle, in denen keine andere Ursache für das Auftreten der Albuminurie gefunden werden konnte, als das Ohrleiden selbst oder seine Komplikationen. In 10 Fällen handelte es sich um einfache Mittelohreiterung, in 10 um akute Eiterungen mit Mastoiditis, in 9 um akute Eiterung mit Leptomeningitis purulenta; in 6 dieser Fälle war auch eine Mastoiditis vorhanden, in 3 ferner peri-

sinuöser Abszeß; endlich war in einem Falle eine Mastoiditis und Osteitis ossis temporis vorhanden, die noch durch einen Abscessus suprasplenicus kompliziert wurde. Man darf annehmen, daß die Albuminurie durch die bei der Eiterung entstandenen Toxine hervorgerufen wird und ganz natürlich wäre es dann, wenn sie in solchen Fällen gefunden wird, wo Komplikationen vorliegen und die Infektion somit über größere Gebiete ausgedehnt wird, in 10 Fällen aber handelt es sich um eine ganz gewöhnliche, unkomplizierte Mittelohreiterung. Vielleicht besteht in solchen Fällen doch eine abgeschlossene Entzündung und bemerkenswert ist in dieser Beziehung, daß in sämtlichen 10 Fällen schon vor der Aufnahme spontane Perforation entstanden war, so daß es denkbar wäre, daß die der Perforation vorangehende starke Spannung die Bildung von solchen versteckten Herden begünstigt. Ferner besteht bei einigen Menschen eine gewisse Neigung zur Albuminurie. Die Albuminurie war kurzdauernd, nur in einem Falle gegen 2 Monate, sonst weniger als 1 Monat, in 40 % der Fälle sogar weniger als 10 Tage. In 25 % der Fälle wurden gekörnte Zylinder gefunden, ferner wurden in allen Fällen Epithelien und meistens auch Leukozyten nachgewiesen. In 23,3 % der Fälle war auch Hämaturie vorhanden. Die Dauer der durch Albuminurie komplizierten Fälle war durchgehend nicht länger als die der unkomplizierten. Die Prognose der gewöhnlichen Otitiden scheint sich also nicht ungünstiger zu stellen, wenn auch Albuminurie vorhanden ist; anders dagegen in den Meningitisfällen, indem bei den Fällen ohne Albuminurie die Mortalität nur 65,2 %, in den Fällen mit Albuminurie dagegen 100 % betrug.

Jörgen Möller.

c) Inneres Ohr.

12. *Siebenmann, Prof. (Basel)*. Akustisches Trauma und persönlicher Schutz gegen professionelle Schwerhörigkeit. Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte Bd. 45. 1915. S. 385.

S. gibt an Hand der verschiedenen, aus seinem Institut hervorgegangenen experimentellen Arbeiten eine kurze und klare Übersicht über die durch Schall erzeugten Veränderungen des Gehörorgans. Er kommt zu folgendem Resultat: Das akustische Trauma des Labyrinths wird in der Regel nicht durch Knochenleitung, sondern auf dem Luftwege vermittelt. Es entsteht infolge molarer Schwingungen der Flüssigkeitssäule der Skalen und äußert sich zunächst in mechanischer Reizung und Zerstörung des Cortischen Organs und sekundären Veränderungen im Hörnerv. Stamm und Extremitäten des Menschen sind so schlechte Schalleiter, daß die Übertragung des Schalls auf diesem Wege zum Kopf resp. zum Ohr keine Rolle spielt. Zudem ist es überhaupt experimentell erwiesen, daß bei intaktem Mittelohr die Luftleitung der Kno-

chenleitung überlegen ist. Infolge dieser Verhältnisse, welche im histologischen Nachweis durch das Tierexperiment ihre Bestätigung gefunden haben, ist die Isolierung der Extremitäten des Arbeiters durch Filzsohlen und Gummihandschuhe u. a. als Schutz gegen professionellen Lärm wirkungslos, während eine, das Mittelohr nach außen isolierende, luftfreie, dichtschießende Einlage in den Gehörgang einen guten Schutz gewährt.

Oppikofer.

13. *Mayer, Otto, Privatdozent Dr. (Wien).* Über das Hörvermögen bei Labyrintheiterung. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1915. H. 1.

Bericht der Krankengeschichte und des histologischen Befundes eines Falles von Mittelohreiterung. Der Fall ist deshalb von so großer Bedeutung, weil durch ihn zum erstenmal mit Sicherheit festgestellt worden ist, daß trotz bestehender diffuser Labyrinthitis Gehör vorhanden sein kann.

Durch exakte Funktionsprüfung war zwei Tage vor dem Tod ein Hörvermögen von 1 m für Flüsterstimme einwandfrei festgestellt worden. Die mikroskopische Untersuchung des Labyrinthes ergab eine von einem Defekt im horizontalen Bogengang ausgehende diffuse serös-eitrige Labyrinthitis.

Damit ist die von der Bezoldschule ausgegangene These, daß jede auch geringe Entzündung im Labyrinth Taubheit hervorruft, widerlegt.

Brock.

14. *Ruttin, Erich, Dr. Privatdozent (Wien).* Weitere Beiträge zur Klinik der Labyrinthfistel. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1915. H. 7 u. 8.

R. berichtet in dieser Arbeit, nachdem er schon im Jahre 1909 16, im Jahre 1912 50 Fälle mitgeteilt hat, über weitere meist genau beobachtete 50 Fälle mit Fistelsymptom.

Seine aus diesen letzten 50 Fällen gewonnene Erfahrung hat er in folgenden Kapiteln niedergelegt.

Hörvermögen; Kalorische Reaktion; Drehreaktion; Fistelsymptom: a) Richtung des Fistelsymptoms, b) Verhältnis der Kompression zur Aspiration, c) Sitz der Fistel, d) Dauerkompression, bzw. Aspiration, e) Prüfung des Fistelsymptoms mit dem Massageapparat, f) die langsame Augenbewegung, g) Auslösbarkeit des Fistelsymptoms, h) Fistelsymptom und Schwindel, i) Entstehung des Fistelsymptoms nach der Radikaloperation, j) Fistelsymptom und Doppeltsehen.

Hörvermögen: Von 42 Fällen, die das F.-S. schon vor der Radikaloperation zeigten, waren taub 2, hörten unter 1 m 32, über 1 m 8 Conv.-Spr. Von dem Einfluß der Radikaloperation auf das Gehör geben folgende Zahlen ein Bild. Von 26 für diese Frage in Betracht kommenden Fällen

wurde das Hörvermögen gebessert 10mal, verschlechtert 12mal, davon 8 taub, gleich geblieben ist das Hörvermögen 4mal.

Kalorische Reaktion: Dieselbe war erhalten unter 46 verwendbaren Fällen 41mal. In der Mehrzahl blieb die Reaktion auch nach der Radikaloperation erhalten; verloren ging sie nach der Operation 7mal, davon endeten 3 nach der Labyrinthoperation letal.

Drehreaktion: Die Fistelfälle haben bei längerer Erkrankung oder nach der Radikaloperation im allgemeinen einen horizontalen und rotatorischen Nachnystagmus, dessen Dauer um oder unter der unteren Grenze des normalen schwankte und für beide Seiten mehr oder minder gleich war, d. h. also Werte, die sich den bei der sog. Kompensation gefundenen Werten nähern.

Für den vertikalen Nachnystagmus waren die Werte nicht verschieden von denen normaler Fälle.

Fistelsymptom: Dasselbe war auslösbar 49mal.

In 37 Fällen war es typisch, in 2 Fällen war nur die typische langsame Augenbewegung auslösbar, in 9 Fällen war es umgekehrt.

Unter 24 radikaloperierten Fällen erlosch das Fistelsymptom 13mal, davon 3 Fälle mit Taubheit und Verlust der kalorischen Reaktion; bei den bleibenden 10 verschwand das F.-S. bei der Heilung. Die Zeit bis zum Erlöschen des F. S. durch Heilung schwankte zwischen 6 Wochen und 2 1/4 Jahren.

Die restlichen 11 von den 24 Radikalop. behielten das F.-S. Von diesen zeigt ein Fall (Fall 18) ein ganz merkwürdiges Verhalten; sowohl Kompression als Aspiration rief nämlich Nystagmus zur kranken Seite hervor.

Vor und nach der Radikaloperation zeigte das F.-S. meist dieselbe Richtung, nur in wenigen Fällen wurde eine Umkehr oder ein Wechsel beobachtet.

Verhältnis der Kompression zur Aspiration: Als typisch gilt das F.-S., wenn der Nystagmus bei Kompression zur kranken Seite, bei Aspiration zur gesunden Seite schlägt, als umgekehrt bei umgekehrtem Verhalten.

Nach R. gehört zum typischen F.-S. auch noch die stärkere Wirksamkeit der Kompression. Da es nun aber auch Fälle gibt, in denen sich bei sonst typischem Verhalten des Nystagmus die Aspiration als stärker wirksam erwiesen hat, so hat R. zur genaueren Bezeichnung des F.-S. noch den Begriff „typisch wirksam“ und „umgekehrt wirksam“ eingeführt.

Das F.-S. unter diesen Gesichtspunkten betrachtet, läßt folgende sechs Möglichkeiten zu:

1. Fistelsymptom typisch und typisch wirksam.
2. „ „ „ „ umgekehrt wirksam.
3. „ „ „ „ umgekehrt und typisch wirksam.
4. „ „ „ „ umgekehrt wirksam.
5. „ „ „ „ typisch und gleich wirksam.
6. „ „ „ „ umgekehrt und gleich wirksam.

Der Sitz der Fistel war unter den 50 Fällen: der horiz. Bogengang 32 mal, der frontale Bogengang einmal, das ovale Fenster einmal; nicht feststellbar war der Sitz 16 mal.

Aus der Richtung des Nystagmus läßt sich kein sicherer Schluß auf den Sitz der Fistel ziehen.

Dauerkompression beziehungsweise Aspiration: Bei Dauerkompression bzw. Aspiration (auf die gewöhnliche Weise geprüft) trat auf: a) Umkehr des Nystagmus oder b) Aufhören des Nystagmus oder c) Fortdauer des Nystagmus. Bei Dauerkompression bzw. Aspiration (mit Massageapparat geprüft) trat stets oder wenigstens überwiegend Fortdauer des Nystagmus ein.

Prüfung des F.-S. mit dem Massageapparat: In keinem der mit dem Pneumomassageapparat untersuchten Fälle trat irgendwelcher Nystagmus oder irgendwelches Schwindelgefühl auf; denn offenbar üben zwei gleichstarke, entgegengesetzte, rasch aufeinanderfolgende mechanische Reize auf die Cupula keine Wirkung aus.

Die langsame Augenbewegung: Nicht die langsame Augenbewegung — wie eigentlich zu erwarten — trat als erster Effekt der Fistelprobe für unser Auge in Erscheinung, sondern vielmehr die zentral ausgelöste schnelle Rückbewegung; nur in 6 Fällen war die langsame Komponente deutlich zu beobachten oder überhaupt anstatt des Nystagmus vorhanden. In den 3 Fällen mit alleiniger langsamer Bulbusbewegung war die langsame Bulbusbewegung erst nach der Radikaloperation aufgetreten, während vorher normales F.-S. bestanden hatte. Da die alleinige langsame Bewegung in der Regel als schwächere Reaktion aufzufassen ist, schließt R., daß es sich in diesen Fällen um ein Symptom der Heilung handelt.

Von ganz besonderem Interesse ist eine Beobachtung bei einem Fall mit doppelseitigem F.-S. Wurde nämlich bds. gleichstark komprimiert, so traten beide Bulbi in den inneren Augenwinkel, d. h. die langsame Bewegung kam am kontralateralen Auge nicht zum Ausdruck, d. h. beim F.-S. ist die langsame Bewegung auf dem homolateralen Auge die stärkere.

Auslösbarkeit des Fistelsymptoms: Die Auslösbarkeit war sehr verschieden und hing wohl nicht so sehr von der Größe und Form und Sitz

der Fistel ab, als vielmehr von den zwischen Ohren und Fistel befindlichen festen Massen.

Fistelsymptom und Schwindel fehlte fast nie, doch bestand zwischen der Stärke des durch die Fistelprobe ausgelösten Nystagmus und der Stärke des Schwindels keine Kongruenz.

Entstehung des Fistelsymptoms nach der Radikaloperation: Hierfür können zwei Momente die Veranlassung geben.

1. Kann schon vor der Operation die Bildung einer Fistel sich angebahnt haben.
2. Kann die sekundäre Nekrose nach Krebs die Ursache sein.

Fistelsymptom und Doppeltsehen: Die Beobachtung von Doppeltsehen in einzelnen Fällen von diffuser Labyrinthitis mit starkem Nystagmus ohne nachweisbare Augenmuskelparese erklärt R. mit der Ungleichheit der Stärke des Nystagmus auf beiden Augen. Brock.

d) Hörstörungen infolge zerebraler Erkrankungen inkl. Hirntumoren.

15. *Sture Berggren*. Über das Syndroma Bárány mit einem kasuistischen Beitrag. — Allm. svenska läkartidningen Nr. 24-1915.

Ein 50jähriger, früher gesunder Mann hatte seit 7 Jahren zunehmende Schwerhörigkeit links mit Sausen; das Sausen seit 2 Jahren kontinuierlich; gleichzeitig ab und zu Schwindelanfälle und Erbrechen, mit Schmerzen im linken Hinterhaupt verbunden. Abweichung nach links beim Gehen, kein Nystagmus; Gehör links stark herabgesetzt. Zeigerversuch negativ, jedoch bei Anwendung des Reich'schen Kunstgriffes bei Pronation Deviation der linken Hand nach innen. Rotatorische und kalorische Reaktionen vorhanden. Die übrigen Schädelnerven bieten nichts besonderes dar. Bei einem Schwindelanfall einige Zeit später lebhafter rotatorischer und horizontaler, spontaner Nystagmus und Fall nach links bei verschiedener Kopfhaltung. Nach dem Anfall Nystagmus wieder verschwunden. Es wurde oberhalb des linken Sinus transversus eine Trepanationsöffnung von 4×5 cm Größe angelegt und die Haut dann wieder primär vernäht. Nach der Operation erhebliche und zunehmende Besserung; kein Fehlzeigen. Wahrscheinlich hat es sich in diesem Falle um die von Bárány angenommene Liquor-Retention in der lateralen Brückenzyste gehandelt, denn es bestanden keine Symptome, die auf eine Geschwulstbildung, noch auf einluetisches oder tuberkulöses Leiden deuteten.

Jörgen Möller.

16. *August Wimmer*. Doppelseitiger Akustikustumor. — Bibliotek for Läger Nr. 7. 1915.

Der Fall wurde zu Lebzeiten als eine disseminierte Sklerose mit vorwiegend bulbo-zerebellarer Lokalisation aufgefaßt. Die vorwiegenden Symptome waren geistiger Rückgang, Schwerhörigkeit, Schwindel, unsicherer Gang, alles allmählich zunehmend. Auf dem linken Ohre war sowohl die statische als die akustische Funktion völlig aufgehoben, während rechts die statische Funktion ungeschädigt, die akustische stark beschränkt war. Später trat Verschleierung der Papillengrenzen auf, ferner Sprachstörungen, ataktische Erscheinungen, dagegen keine generellen Hirndruckerscheinungen; es entwickelten sich dann auch noch weitere neurologische Symptome, Störungen der Reflexe usw., Neuritis optica, zuletzt Schluckbeschwerden, Kollaps, Sopor, Exitus. Bei der Sektion fand man beiderseits einen Kleinhirnbrückenwinkeltumor, der sich in den erweiterten inneren Gehörgang hinein ausdehnte. Mikroskopie: Sarkom. — Bemerkenswert ist, daß während des Krankheitsverlaufes mehrmals deutliche Remissionen auftraten. Jörgen Möller.

17. *Fumarola*. La sindrome dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare (Contributo clinico e anatomo-patologico). Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica etc. 1914.

Aus der einleitenden historischen Skizze ist zu entnehmen, daß der erste hierher gehörige Fall von Sandifort im Jahre 1777 stammt. Der größte Teil der Fälle wurde klinisch unter verschiedenen Namen diagnostiziert. Sternberg hat im Jahre 1900 als erster auf das klinische Syndrom dieser Krankheit aufmerksam gemacht. Bis zum Jahre 1902 wurden Neoplasmen dieser Gegend als Akustikustumoren beschrieben. Erst 2 Jahre später wurde von Henneberg und Koch der Name „Kleinhirnbrückenwinkeltumor“ eingeführt. Die ersten in Italien mit richtiger klinischer Diagnose vom klinischen und anatomopathologischen Standpunkte analysierten Fälle von Tumoren dieser Gegend stammen von Mingazzini. Später wurde das klinische und anatomopathologische Bild dieser Tumoren immer weiter ausgebaut und vervollkommen. An der Hand von 7 genau beobachteten und ausführlich mitgeteilten, einschlägigen Fällen bespricht Verf. eingehend Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, pathologische Anatomie und Therapie dieser Krankheit. Dieselbe ist von dunkler Ätiologie, kommt am häufigsten im mittleren Alter (zwischen 30—40 J.) und öfter auf der linken Seite vor. Die Symptome sind 1. allgemeine, 2. lokale. Zu 1. gehören Kopfschmerzen (am konstantesten), zerebrales Erbrechen (oft), Schwindel (häufig), Stauungspapille (sehr oft), Pulsverlangsamung (nicht häufig), intellektueller Torpor (tritt spät und wenig markant auf), epileptiforme Anfälle (selten), Lumbalpunktat manchmal unter gesteigertem Druck, mitunter mit positiver Wassermann-Reaktion trotz Abwesenheit von Lues. Zu

den lokalen Symptomen gehören: Störungen im Gebiete des N. VIII (Parakusien und Hypakusien gehen fast immer den allgemeinen Symptomen voraus), des N. VII (häufig aber nicht konstant), des N. V (sehr häufig, besonders in Form von Hyporeflexia corneae, welche in Verbindung mit den Akustikusstörungen und Nystagmus die für Neoplasmen dieser Gegend charakteristische Symptomentrias konstituiert, ferner in Form von Hypaesthesien und Neuralgien), der motorischen Augennerven, bes. des VI in Form von Strabismus convergens und horizontalem Nystagmus (unabhängig von Labyrinthreizung) und im Gebiete anderer Hirnnerven (abhängig von der intrakraniellen Drucksteigerung). Zu den lokalen Symptomen gehören weiter: das zerebellare Syndrom, wie zerebellare Ataxie, Asynergie, Adiadochokinesis, die ein sehr variables Verhalten zeigen und auch ganz fehlen können, wenn bei langsamerer Entwicklung der Neubildung eine Adaptierung der nervösen Elemente und die vikariierende Funktion anderer Organe einsetzen kann, der Ausfall des Bárány'schen Zeigerversuches, Störungen im Gebiete der motorischen und sensiblen Nerven der Gelenke beim Stehen, beim Gehen, manchmal auch Jacksonsche Epilepsie. Diese Erscheinungen sind schwer zu erklären, vielleicht auf zerebrale Hypertension zu beziehen. — Die Entwicklung der Symptome ist in vielen Fällen eine schematische; es erscheinen zuerst Störungen im Gebiete des Akustikus, dann folgen solche im Gebiete des V, VI und VII, die zerebellaren und paretischen Phänomene und schließlich Störungen in den Bereichen des IX, X, XI und XII Hirnnerven. Oft erscheinen die Symptome ganz regellos, transitorisch, intermittierend. Der Verlauf ist meist langsam progressiv oder unterbrochen, manchmal durch alternierende Besserungen und Verschlechterungen bisweilen sehr rapid. Der Exitus ist immer sehr fatal.

Die Diagnose basiert auf 1. dem Syndrom der zerebellaren Hypertension und 2. dem gleichzeitigen Bestand der einseitigen Lähmung der Hirnnerven, besonders des N. VIII, VII und V. Die Symptomentrias von Oppenheim, die zerebellaren und die sensiblen und motorischen Störungen in den Gelenken bestätigen immer mehr die Diagnose. Doch ist die Symptomatologie oft unvollständig und die Differentialdiagnose von Meningitis basilaris luetica, tuberculosa oder serosa oder von Tumoren anderer Gehirnteile oft sehr schwer, da kein einziges wirklich pathognomonisches Zeichen vorhanden ist zur Unterscheidung besonders im Beginne intrazerebellarer von extrazerebellaren Tumoren, wie des Nähern ausgeführt wird. Das wichtigste differenzialdiagnostische Kriterium liegt nicht in den Symptomen selbst, sondern in der Reihenfolge ihres Auftretens, in ihrer Gruppierung und in ihrer relativen Frequenz. In anatomischer Beziehung sind diese Tumoren von verschiedener Größe und Konsistenz und können verschiedene Typen der Struktur

von Neurofibromen, Fibrosarkomen, von Sarkomen oder von Gliomen darstellen, die durch Druck auf die Nachbarschaft wieder mannigfache makroskopische und histologische Veränderungen der angrenzenden Hirnnarbe bewirken. Am häufigsten von der Kompression betroffen sind die Nervenstämme des VIII, dann des VII, V und des VI, die schwersten mikroskopischen Läsionen finden sich in der Kleinhirnrinde, in den Kernen des Kleinhirns und des Akustikus. Ihren Ursprung nehmen die Winkeltumoren zumeist im inneren Gehörgang vom Bindegewebe des Oktavus (Akustikustumoren), aber auch von jenem des Fazialis und von den Wänden der verschiedenen diese Region begrenzenden Partien (Meningen, Gefäße, Knochen usw.). Die genauere akustisch-vestibulare Untersuchung, welche in vielen Fällen die frühzeitige Diagnose einer Akustikusläsion gestattet, zu einer Zeit, wenn noch gar keine subjektiven Beschwerden seitens des Patienten auf eine solche Krankheit hinweisen, wird ihrer Wichtigkeit entsprechend in einem besonderen Kapitel ausführlich erörtert. Die Therapie kann nur eine chirurgische sein. Da eine solche Intervention nur im Frühstadium einen Erfolg verspricht, darf man keine kostbare Zeit mit Jod- oder Merkurbehandlung oder mit Lumbalpunktion verlieren, sondern sofort nach gesicherter Diagnose soll man zur radikalen Exstirpation schreiten. Alle Statistiken zeigen Vorteile der zweizeitigen Operation auf. Im allgemeinen sind jedoch die Operationsresultate dieser Tumoren wenig tröstlich. In nichtoperablen Fällen ist eine dekompressive Trepanation als Palliativum angezeigt.

Spira.

5. Verletzungen und Fremdkörper.

18. *Stye, Dimitrias Dimitriadis Dr., Privatdoz. der Oto-Rhino-Laryngologie an der National-Universität Athen.* Über Verwundungen an den Ohren, der Nase und dem Kehlkopfe in den letzten beiden Kriegen Griechenlands 1912—1913. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1915. H. 6.

Statistik der in den beiden Kriegen beobachteten Verwundungen an den Ohren, an der Nase und am Kehlkopf.

Unter 50634 Verwundeten wurden beobachtet:

Verletzungen an den Ohren	188
„ der Nase mit der Stirnhöhle . . .	54
„ des Kehlkopfes	8

zusammen: 150 = 0,49%.

Brock.

6. Ohr- und Allgemeinleiden.

19. *Thomas, O. Edgar Dr. (Beloit, Wisconsin, U. St. A.).* Klinische Untersuchungen über die Erkrankungen des Gehörorgans bei Diabetes mellitus mit besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen des inneren Ohres. Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie 1915. H. 4/5.

Im Vorwort gibt Verf. einen Überblick über die Ansicht verschiedener Autoren bezüglich des Zusammenhanges zwischen Diabetes und Erkrankungen, a) des äußeren, b) des Mittelohres, und berichtet ferner über die bei Diabetes häufiger vorkommenden Veränderungen am Nervensystem.

Verf. hat 52 Fälle von Diabetes (26 Männer und 26 Frauen) funktionell genau untersucht (Cochlearisprüfung) und in annähernd der Hälfte (25 = 45%) Symptome vonseiten des inneren Ohres gefunden.

Der Wunsch einer ätiologischen Anordnung dieser 25 Fälle führte zu folgender Tabelle:

1. Fälle von Innenohraffektion bei Diabetes mellitus, in welchen sich außer dem Diabetes keine anderen ätiologischen Momente auffinden lassen	II = 44% ¹⁾
2. Fälle von Innenohraffektion bei Diabetes mellitus und gleichzeitiger nachweisbarer Arteriosklerose, jedoch ohne andere ätiologische Momente	8 = 32%
3. Fälle von Innenohraffektion bei Diabetes mellitus mit Lungentuberkulose ohne andere auffindbare ätiologische Momente (P. starb im Coma diabet.) . . .	I = 4%
4. Fälle von Innenohraffektion bei Diabetes mellitus mit Lues und eventuell hierdurch verursachter Arteriosklerose	4 = 16%
5. Fälle von Innenohraffektion bei Diabetes mellitus mit Endokarditis infolge von Nikotinmißbrauch . . .	— —

Das Ergebnis seiner Untersuchungen formuliert Verf. in folgenden Schlußsätzen:

1. Die Häufigkeit von Erkrankungen des inneren Ohres bei Diabetikern und die in mehreren Fällen festzustellende Tatsache einer Besserung der Hörstörung in der Zeit fehlender oder geringerer Zuckerausscheidung (und umgekehrt) gestatten uns, zweifellose ätiologische Beziehungen des Diabetes zu Erkrankungen des inneren Ohres anzunehmen.
2. Die Befunde sprechen dafür, daß in einem Teil der Fälle der Diabetes selbst eine Erkrankung des inneren Ohres, bzw. der

¹⁾ Im Original steht hier 14%, offenbar ein Druckfehler.

Hörnerven hervorruft. Das Zustandekommen dieser Erkrankung ist aus einer direkten Giftwirkung auf den Hörnerven und das Labyrinth (toxische Neurolabyrinthitis) zu erklären.

In andern Fällen ist anzunehmen, daß die pathologischen Veränderungen im Gehörorgane durch die arteriosklerotischen Veränderungen der Blutgefäße, die sich bei Diabetes so häufig finden, herbeigeführt werden.

Für eine Reihe von Fällen endlich kommt für die Entstehung von Innenohraffektionen die Summierung der genannten ätiologischen Momente in Betracht.

Zum Schluß Mitteilung der Krankengeschichten von denjenigen Fällen, deren Ohrbefund für das Thema in positiver Weise von Interesse ist.

Als Nachtrag bringt Verf. noch die Krankengeschichte einer Patientin mit diabetischer einseitiger Vestibularisaffektion. Brock.

II. Nase und Nasenrachenraum.

1. Entwicklungsgeschichte, Anatomie und Physiologie.

20. *Mink.* Über die Funktion der Nebenhöhlen der Nase. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 453.

In den Nebenhöhlen kommt am Ende der Inspiration ein Ausgleich des negativen Druckes einigermaßen explosivartig zustande. Es kommt so zu Nebenströmen, die sich vom Hauptstrom abzweigen. Wenn die Öffnungen der Nebenhöhlen derart liegen, daß die von ihnen hervorgerufenen Nebenströme zusammenfallen, so kann man diese Räume in funktioneller Beziehung als eine Einheit betrachten. Man kann so unterscheiden die hinteren Nebenhöhlen (hinteres Siebbein, Keilbeinhöhle) und die vorderen (Stirn-Kieferhöhlen und vorderen Siebbeinzellen). Die hinteren Nebenhöhlen haben, da der von ihnen ausgehende Nebenstrom für gewöhnlich die Riechgegend trifft, eine spezielle Bedeutung für das Riechen. Die allgemeine physiologische Bedeutung der Nebenhöhlen der Nase besteht in der von ihnen erwirkten Ausbreitung des Reizungsgebietes für die inspirierte Luft. Dieser Ausbreitung ist eine Verstärkung des Reizes zuzusprechen, der der Hauptsache nach vom Hauptstrom der insp. Luft geliefert wird. Es wird dann besprochen, welchen Effekt dieser Reiz im allgemeinen hat: auf die Inspiration, auf die bleibende Füllung der Lungen, die Atembewegungen usw.

Weingärtner.

2. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. (Apparate und Instrumente.)

21. *Schuhmacher, Heinrich, weil. Dr.* Ein neues Instrument für die Punktion der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus. Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie 1915. H. 1.

Das Instrument stellt eine Kombination des Hartmannschen Pfriemens mit einem gewöhnlichen Trokar dar.

Der Vorzug des Instrumentes soll darin bestehen, daß bei einiger Vorsicht Nebenverletzungen so gut wie ausgeschlossen sind, und daß bei der Notwendigkeit weiterer Kieferhöhlenspülungen die Kanüle meist durch die Punktionsöffnung eingeführt werden kann.

Die Firma H. Reiner in Wien hat die Herstellung und den Vertrieb des Instrumentes übernommen. Brock.

22. *Halle.* Die intranasalen Operationen bei eitrigen Erkrankungen der Nase. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 1. S. 73.

Auf 39 Seiten bespricht Halle an der Hand von 2 Tafeln und 42 Textfiguren seine bekannten intranasalen Methoden. Nach einem historischen Rückblick auf die Entwicklung, besonders der intranasalen Stirnhöhlenöffnung, gibt H. eine Beschreibung von Vorbereitung, Anästhesie und Technik seiner Siebbein- und Stirnhöhlenoperation. Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. Hervorgehoben werden die Vorzüge der H.schen neueren Methode gegenüber der früher von ihm geübten und gegenüber allen später vorgeschlagenen Verfahren. Die Erfolge in 76 operierten Fällen waren durchweg gute bis auf einen Fall, der an einer eitrigen Meningitis zugrunde ging. Der feinere ursächliche Zusammenhang mit der Operation konnte durch den geringen autoptischen Befund nicht hinreichend klargestellt werden. H. empfiehlt seine Operation besonders dringend für die Patienten, die sich aus kosmetischen Gründen einer Operation von außen nicht unterziehen können. Zum Schluß bespricht H. noch seine Methode der Eröffnung der Keilbeinhöhle mit der Fraise. Weingärtner.

23. *Aurel Réthi.* Eine neue Methode der intranasalen Eröffnung der Stirnhöhle. Aurel Réthi in den Verhandlungen der Budapester kgl. Ärztengesellschaft vom 25. IV. 14. Pester med.-chirurg. Presse 1915. Nr. 43/44.

In Ausarbeitung seiner von ihm früher angegebenen Methode der endonasalen Stirnhöhleneröffnung bedient sich R. nicht mehr des Meißels und der Zange zur Durchmeißelung des Nasenbeines und Entfernung der Crista frontalis, sondern einer zylindrischen Fraise mit Schutz-

mantel und Führungsstift. Die Fraise kann nur in der Richtung des Führungsstiftes, also in dem Sinus frontalis fortschreitend arbeiten. In der nachfolgenden Diskussion wird die Berechtigung der endonasalen Operationen der Stirnhöhle überhaupt angezweifelt sowie die Verletzungsmöglichkeit des Gehirns durch die Fraise trotz des Schutzmantels erwähnt. Beide Einwände wies R. zurück. Ludwig Joseph.

24. *Schilling*. Nasenplastik mit Knochenimplantation. — Verh. d. chir. Vereins Kristiania 1915. S. 42.

S. hat in einem Fall von Sattelnase durch eine transversale Inzision an der Nasenwurzel einen Knochen-Periost-Splitter implantiert und dann noch zur Stütze desselben einen zweiten Splitter im unteren Rande des häutigen Septums, nach hinten auf der Spina nasalis stützend.

Jörgen Möller.

25. *Ragnvald Ingebrigtsen*. Direkte Transfusion von Blut. — Norsk magasin for lægevidenskaben Nr. 5. 1915.

Bei einem 8jährigen Knaben mit starkem und anhaltenden Nasenbluten war eine erhebliche Anämie vorhanden, Hämoglobinmenge 30%. Es wurde direkte Transfusion von der A. radialis des Vaters in die V. saphena des Knaben vorgenommen. Nach der Transfusion erhebliche Besserung, Hämoglobinmenge 84%. Später einige Zeit Hämaturie und Bildung von Petechien; der spätere Verlauf befriedigend. J. Möller.

3. Spezielle Pathologie.

a) Neubildungen.

26. *Henschen (Zürich)*. Demonstration zweier Fälle von primärem Alveolarsarkom des Epipharynx. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte, Bd. 45. 1915. S. 857.

In beiden Fällen handelt es sich um 19 Jahre alte Mädchen. Entfernung des Tumors bei beiden Patienten von der Mundhöhle aus nach vorausgehender medianer Spaltung des weichen Gaumens. Zudem bei Fall 2 außer Spaltung des weichen Gaumens auch Teilresektion der hinteren Teile des knöchernen Gaumens mit Meißel und Luerscher Zange, wie dies zum Zweck der operativen Raumgewinnung Nélaton und Gussenbauer vorgeschlagen haben. Um die Gefahr der Pneumonie und der Blutung zu umgehen, ist es zweckmäßig die Operation in Lokalanästhesie vorzunehmen und einige Tage vor der Operation Gelatineinjektionen oder Calcium chloratum zu verordnen. Bei Fall 1 schon nach 2 Monaten wieder deutliches Rezidiv und bei Fall 2 glatte Heilung,

aber weiterer Verlauf unbekannt (wie aus späterer Mitteilung durch Nager, Corr.-Blatt für Schweizerärzte 1915, Bd. 45, S. 1340, hervorgeht, auch bei diesem zweiten Falle Rezidiv). Oppikofer.

27. *Ladislav Onodi*. Kongenitale teratoide Geschwülste der Nasenscheidewand in einem Falle von Cheilognathopalatosis. Archiv. f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 1. S. 30.

Mitteilung dieser äußerst seltenen Geschwulstbildung, beobachtet an einem 4 Tage alten männlichen Neugeborenen. Genaue Beschreibung und Abbildung der Präparate.

Makroskopisch: Links am unteren vorderen Teil des Septums zwei durch eine Furche geteilte rundliche Geschwülste, die vordere 6 mm lang und breit, die hintere 9 mm lang und 7 mm breit.

Mikroskop: Das vordere Teratoid der Nasenscheidewand bildet einen mit Haut bedeckten, mit Haarfollikeln, Schweiß- und Talgdrüsen versehenen Polyp, das hintere Teratoid bildet eine mit Plattenepithel bedeckte und einen Zahn enthaltende Geschwulst der Nasenscheidewand. Weingärtner.

28. *Leotta*. Il sarcoma primitivo dell'etmoide. Atti della clinica etc. 1914.

Im Anschluß an die Mitteilung und die Besprechung eines selbst beobachteten Falles von typischem Spindelzellensarkom, der klinisch genau beobachtet und anatomisch gründlich untersucht und dessen primärer Sitz im Siebbein zweifellos sichergestellt werden konnte, wird die anatomische Evolution, die Symptomatologie und die Therapie solcher Tumoren ausführlich auseinandergesetzt. Wenngleich die Möglichkeit der Provenienz von Sarkomen der Nasenhöhle von degenerierten Nasenpolypen aus im allgemeinen zugegeben werden muß, so ist doch diese Entstehungsart für primäre Ethmoidalsarkome auszuschließen. Da es sich in den meisten Fällen um die weniger bösartige Spindelzellenform handelt, so kann oft bei rechtzeitiger Diagnose und Behandlung eine radikale Heilung erreicht werden. Die Symptome sind mannigfach und von der Ausbreitung des Tumors in den benachbarten Höhlen — Nase, Orbita, Nebenhöhlen, Schädelhöhle — abhängig. Die Diagnose des Tumors ist meist erst in der Periode des Übergreifens auf die Nachbarschaft möglich. Die Anamnese und der Verlauf gestatten in vielen Fällen den primären Sitz im Siebbein zu erkennen. Die Prognose ist im allgemeinen im Einzelnen von der histologischen Struktur und dem Stadium der Krankheit abhängig. Die Behandlung erfordert eine möglichst frühzeitige und radikale chirurgische Intervention. Die nasalen, maxillaren und die infralabialen

Wege, die näher beschrieben werden, verschaffen nur ungenügenden Zutritt zum Operationsgebiet. Am besten findet Verf. die orbitale bzw. bei stärkerer Verbreitung des Tumors, die orbito-nasomaxillare Methode und betrachtet die letztere als die Methode der Wahl. Spira.

b) Ozäna.

29. *L. Hofer und Kofler*. Weitere Mitteilungen über die Ergebnisse der Vakzinationstherapie bei genuiner Ozäna mit einer aus dem *Cocobacillus foetidus ozaenae* Perez hergestellten Vakzine. Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. 29. Heft 1.

In dieser Arbeit wird die genaue Behandlungsweise sowie die Summe aller bisherigen Erfahrungen beschrieben.

Die benutzte Vakzine ist polyvalent und wird dadurch gewonnen, daß eine Anzahl von Stämmen des Perezschen Bazillus mit steriler physiologischer Kochsalzlösung emulgiert und vorsichtig in der Wärme (bei höchstens 68—70 Grad, event. fraktioniert) abgetötet wurde. Die Haltbarkeit dieser Vakzine ist eine beschränkte, sie muß in absolut dunklen und kalten Räumen aufbewahrt werden und soll mindestens alle 3 Monate durch frische Vakzine ersetzt werden. Injektionsort: Bauchhaut oder Haut des Oberarms. Regelmäßige Behandlung: eine Woche Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden Injektionen. Die Verfasser haben sich einen Vakzinesatz mit je nach dem Keimgehalt pro ccm verschiedener Konzentration hergestellt. Die Wahl der Dosishöhe erfolgt nach früher beschriebenen Grundsätzen. Von den auftretenden Reaktionen, nämlich der Allgemeinreaktion, der lokalen Reaktion am Einstich und der Herdreaktion (am Orte der eigentlichen Erkrankung) verdient die letztere besondere Beachtung. Längere Behandlung ist meist nötig. Der therapeutische Effekt äußert sich in 1. starker Abnahme event. Aufhören der Krustenbildung in der Nase und Veränderung ihrer Qualität, 2. schnellem Nachlassen bzw. Verschwinden des Fötors, 3. meist sehr bald nachweisbarer Besserung (Sukkulenz) der mitbefallenen benachbarten Organe (Pharynx, Larynx, Trachea, Tuben), 4. erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens. Zu erwarten ist auch ein Stillstand des atrophischen Prozesses.

Mitteilung von 15 genauen Krankengeschichten, aus denen der therapeutische Wert der Vakzination erhellt. Bei jüngeren Individuen scheint diese Behandlung besonders gute Erfolge zu zeitigen.

Weingärtner.

c) Erkrankungen der Nebenhöhlen.

30. *Kosokabe*. Über die klinisch-anatomische Untersuchung des Ostium maxillare bei Sinuitis maxillaris chronica. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 1. S. 155.

K. hat bei 484 Japanern das Ostium maxillare mit einer skalierten Sonde nach Kubo sondiert und die durchschnittliche Entfernung der Ostien vom Naseneingang und ihren durchschnittlichen Durchmesser festgestellt. Die Entfernungszahlen betragen 3,7—4,6 cm je nachdem das Ostium in der vorderen oder hinteren Fontanelle lag. Die Durchmesserzahlen schwanken zwischen 0,3 und 0,5 cm.

31. *F. Diebold (Zürich)*. Zur Diagnose und Behandlung der Nasenhöhlenentzündungen. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte, Bd. 45. 1915. S. 1025.

Zur Diagnose der Nebenhöhleneiterung speziell bei spärlichem Sekret empfiehlt D. die 1894 von Bresgen empfohlene Methode, ein kleines Stück Hexaäthylviolett, das an einen Sondenknopf angeschmolzen wird, in die kranke oder zu untersuchende Nebenhöhle einzulegen. Das aus der Nebenhöhle ausfließende Sekret wird nun während Tagen oder Wochen blauviolett gefärbt sein. — Nach der Ansicht des Referenten wird diese Methode bei der heutigen Ausbildung unserer diagnostischen Hilfsmittel aus verschiedenen Gründen kaum Anhänger finden und wenn D., gerade gestützt auf diese Färbemethode, von neuem die alte irrige Anschauung vertritt, daß die gemeine Ozäna Folge einer verkannten Nebenhöhleneiterung ist, so muß heute gegen diese Auffassung energisch Stellung genommen werden, weil auf der Suche „nach dem eigentlichen Urherd“ mancher Ozänapatient lange vergeblich gequält wird und die bei Ozäna fast ausnahmslos unnützen und schädlichen Nebenhöhlenoperationen nicht ungefährlich sind. Oppikofer.

32. *Winckler*. Über Therapie der Stirnhöhlenerkrankungen. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 1. S. 113.

W. betont den oft schwierigen Standpunkt des Praktikers bei seinen therapeutischen Entschlüssen und Eingriffen.

Bei den akuten Nebenhöhlenerkrankungen vorwiegend konservative Therapie; nur bei dringenden Indikationen gründliche Freilegung von außen.

Chronische Nebenhöhleneiterung ohne Polypenbildung sollte zunächst ausgiebigst endonasal in Angriff genommen werden und erst nach dem Versagen dieser Therapie von außen. Chronische Nebenhöhleneiterung mit Polypenbildung, besonders die ein- oder doppel-

seitige Pansinusitis heilt meist nur nach Operation von außen. Für die prognostische Beurteilung einer Nebenhöhlenaffektion ist die Beschaffenheit der Nasenschleimhaut wichtig. Atrophische Nasenschleimhaut gibt ungünstigere Chancen als eine sukkulente. Bei ersteren also mehr konservatives Verfahren, bei letzteren Radikaloperation empfehlenswert. Auch die Konfiguration der Nase ist bei therapeutischen Erwägungen zu beachten. Stets muß in akuten wie in chronischen Fällen besonders auf das Siebbein geachtet werden, über das uns am besten das Röntgenbild orientiert. Länger bestehende chronische Eiterungsprozesse, besonders solche, die zu Krusten- und Borkenbildung neigen, können auch ohne alle Eingriffe durch zweckmäßige Trink- und Inhalationskuren gebessert, ja geheilt werden. Nach Besprechung der bekannten äußeren Operationsmethoden der Stirnhöhlen (wobei die osteoplastische Operation besonders berücksichtigt wird) hinsichtlich der mehr oder weniger guten Aussichten auf Erfolg wendet sich Verfasser gegen die endonasalen Methoden der Stirnhöhlenoperation von Halle und Réthi. Diese Verfahren hält W. für unchirurgisch und für einen Rückschritt, weil sie auf einem unkontrollierbaren Wege und nicht zu überschaubaren Operationsterrain neue Infektionsstellen schaffen, welche in nächster Nähe des Sinus longitudinalis, der Crista galli und Lamina cribrosa liegen. W. spricht sich zum Schluß gegen jedes schablonenmäßige Operieren der Stirnhöhlen aus. Für jeden einzelnen Fall ist vielmehr nach den Krankheitserscheinungen, dem Röntgenbild, der Gestalt der Nase und des Stirnbeins ein passender Operationsplan zu entwerfen.

Weingärtner.

d) Nase und Auge inkl. abführende Tränenwege.

33. *A. Onodi.* Über die Lehre von den Augenleiden nasalen Ursprungs. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 430.

Übersichtliche Darstellung unserer heutigen Kenntnisse über dieses Gebiet. Nach einer kurzen Zusammenstellung des seit 1897 veröffentlichten Materials wendet sich Verfasser der Ätiologie zu und betont dabei sehr das Fehlen der Kenntnis von den feineren pathohistologischen Veränderungen dieser Affektionen. Die rhinogenen oculo-orbitalen Krankheitsformen und Symptome werden aufgezählt und hinsichtlich ihrer Bedeutung und diagnostischen Verwertung eingehend gewürdigt. Näheres muß in dem Original selbst nachgelesen werden. Weingärtner.

e) Sonstige Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes.

34. *Menzel.* Berufliche Erkrankungen an der Schleimhaut der oberen Luftwege der Bäcker. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 394.

Die bei 76 Bäckern vorgefundenen Nasenveränderungen haben Ähnlichkeit mit denen, die Menzel als den Stockdrechslern eigentümlich beschrieben hat. Und zwar ist das schädliche Agens hier wie dort der bei der Berufsarbeit eingeatmete Staub. Der chemisch indifferente Mehlstaub hat nur eine rein mechanische Wirkung. Die Veränderungen bestanden in zirkumskripter Verdünnung und Perforation des Septums an einer oberhalb und hinter dem Locus Kießelbachii gelegenen Stelle, Metaplasie des Epithels, Muschelatrophy und Pharynxveränderungen. Auffallend ist im Gegensatz zu den Stockdrechslern das relativ seltene Vorkommen der Septumperforation. Weingärtner.

35. *Menzel*. Über die beruflichen Erkrankungen in den oberen Luftwegen der Stockdrechsler. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 1. S. 129.

Verfasser hat in Nase und Rachen von Stockdrechslern häufig folgende, mit der Berufstätigkeit verbundene, krankhafte Erscheinungen beobachtet:

1. am Septum: a) zirkumskripte Verdünnung mit } hinter u. ober-
Schwund des Knorpels } halb des Lo-
b) Perforation } cus Kießel-
c) Deviation } bachii.
2. Deformierung der äußeren Nase infolge der in manchen Fällen sehr weitgehenden Zerstörung der knorpeligen Septumpartien.
3. Veränderungen der Nasenmuscheln, besonders Atrophie.
4. Metaplasie des Epithels der Nasenschleimhaut.
5. Entzündungen an der Schleimhaut des Nasenrachenraumes und der hinteren Wand des oralen Pharynxteiles.

Die Septumperforation beginnt in diesen Fällen nicht als primäres Geschwür der Septumschleimhaut, sondern als zirkumskripte Atrophie des Knorpels an der Stelle, wo sich später die Perforation findet. Durch fortschreitende rarefizierende Entzündung stellt sich schließlich die Septumperforation ein, die unter Andauer der gleichen Schädlichkeiten sich vergrößert, bis sie an den Knochen grenzt, ja in denselben hineinreicht. Die Untersuchung von Holzstaubproben aus derartigen Betrieben ergab chemisch differente Stoffe (z. B. chromsaures Kali) und relativ reichliche Mengen von Quarzsand. Die besprochenen Schädigungen sind als die Folgen von chemischer und mechanischer Wirkung des eingeatmeten Staubes anzusehen. Weingärtner.

36. *V. Montesano*. Rinite da cemento consecutiva pollicolite siccolita del labbro superiore. Atti della clinica etc.

Die Irritation, welche durch die hygroskopische und kaustische Wirkung der Zementpartikelchen während der Beschäftigung der Zementarbeiter auf der Nasenschleimhaut ausgeübt wird, in Verbindung mit der Reizung durch die Finger der Patienten, welche bestrebt sind, diese Fremdkörper aus der Nase zu entfernen, ist oft die Ursache von Alterationen in der Nase, die verschiedene Grade bis zur Ulzeration des Septum erreichen können. Das aus der Nasenhöhle fortwährend auf die Oberlippe herabfließende Exsudat ruft hier eine septische Folliculitis hervor, welche in Verbindung mit den komplizierenden Erscheinungen einer ekzematösen Reaktion auf der Oberfläche der angrenzenden Haut das klassische Bild einer Sycosis vulgaris konstituieren. Eine Heilung dieser mit der Profession zusammenhängenden Krankheit kann nur durch Aufgabe des Berufes erreicht werden. Oft werden auch die Ohrmuscheln, die Lider und die Gesichtshaut ergriffen, wodurch das Gesicht eine eigentümliche rigide Gestalt bekommt und als Endstadium eine chronische elephantiastische Verdickung der Haut resultiert. An der Hand eines mitgeteilten einschlägigen Falles wird das Krankheitsbild und der Verlauf eingehender beschrieben. Spira.

37. *Diebold (Zürich)*. Nasenscheidewandperforationen. Correspondenzblatt für Schweizerärzte. Bd. 45. 1915. S. III.

D. hat in einem Falle von Septumperforation nach submuköser Resektion durch Einlegen eines soeben resezierten Knorpelstückes die Perforation zum Verschlusse gebracht, ein Verfahren, das auch schon von anderer Seite empfohlen worden ist. D. hält die Gefahr einer Nekrose des Knorpelstückes für gering. Dieser Anschauung möchte Referent beistimmen; er hat nicht nur bei durch Operation geschaffener Perforation, sondern bei ausgedehnter Resektion auch zur Stütze der beiden intakten Schleimhautblätter bis heute in 28 Fällen eine kleine zugeschnittene Knorpelplatte wieder eingesetzt, und durchwegs ist der Knorpel anstandslos eingeheilt. D. empfiehlt auch bei alten Septumperforationen zu versuchen, den Perforationsrand anzufrischen und nun ein von einem anderen Patienten mit Septumresektion gewonnenes Knorpelstück, oder eine Platte von Hartparaffin einzulegen. Oppikofer.

38. *Mink*. Zur Pathologie und Therapie des Recessus sphenoidalis. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 2. S. 165.

M. lenkt unsere Aufmerksamkeit auf die Erkrankungen der Recessusschleimhaut (Oberflächenerkrankungen). Der Recessus sphenoidalis spielt bei den hinteren Nebenhöhlen etwa die gleiche Rolle wie der Hiatus semilunaris bei den vorderen. Die Erkrankungen der Recessusschleimhaut sind meist die primären, das schädliche Agens

kommt mit dem Luftstrom in den Recessus. Von dieser Oberflächen-erkrankung aus kann es dann sekundär zu einer Infektion der in den Recessus mündenden Nebenhöhlen kommen, dadurch, daß nach dem Aufhören der inspiratorischen Luftansaugung die Luft und damit auch die in dem Recessus vorhandenen Sekrete in die Nebenhöhlen mit einer gewissen Kraft hineinstürzen. Akute Katarrhe der Nasenschleimhaut können abheilen bis auf die Gegend des Recessus spheno-ethm. Eine geschwollene Rima olfactoria und ein Schleimpfropf am Hinterende der mittleren Muschel sind pathognostisch für diesen partiellen Nasenkatarrh. Werden diese Katarrhe chronisch, so gehen sie einher mit einer gewissen Atrophie nicht nur der mittleren Muschel, an deren Hinterende häufig eine charakteristische Borke sitzt, sondern auch der ganzen befallenen Nasenhälfte. Rein physiologische Erwägungen führen den Verfasser zu der Annahme, daß derartig trophische und sekretorische Störungen von dem Ganglion spheno-palat. ausgehen. Da dieses sehr nahe am Recessus spheno-ethmoid. liegt, ist ein Übergreifen von Erkrankungen des letzteren auf das erstere denkbar. „Auf diese Weise werden Zirkulationsstörungen, trophische Schädigungen und Sekretionsanomalien in der Nasenschleimhaut als Folgezustände eines Katarrhes des Recessus spheno-ethmoid. begreiflich sein.“ Wenn bei einer Erkältung der Verlust des Geruchs gewöhnlich länger anhält, als die Nasenverstopfung, so ist nach M. ein subakuter Katarrh des hinteren oberen Abschnittes der Nasenhöhle, der sich hinter der verschwollenen Rima olfactoria versteckt, anzunehmen. Hier kommt Lokalbehandlung in Betracht in Gestalt von Mentholdampfapplikationen, ferner Adrenalisierung mit einem von M. angegebenen Sprayapparat, und besonders in älteren Fällen Applikation von Adstringentien, Causticis und evt. reiner Jodtinktur mit einem eigens dazu angegebenen und leicht herstellbaren Watteträger. Die hierzu nötige Technik wird genau angegeben. Vielleicht könnten auch die Alkoholinjektionen in das Ganglion spheno-palat. in ähnlicher Weise von der Nase ausgeführt werden. Weingärtner.

-
39. *H. Burckhardt*. Über die Mitbeteiligung des Gesichtsschädels bei Lues hereditaria tarda mit besonderer Berücksichtigung der Kiefer. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 2. S. 205.

Durch Photographien und Röntgenbilder belegte Mitteilung folgenden Falles. Bei einem 15jährigen Knaben, einzigem Kind luetischer Eltern, der bald nach der Geburt an hartnäckigem Schnupfen und Exanthem erkrankt war, hatte sich vom 8. Jahre an eine langsam zunehmende schmerzlose Auftreibung einzelner Knochen, der Tibiae und besonders des Gesichtsschädels eingestellt. Stark behinderte Nasenatmung infolge konzentrischer Verengerung der Nase. Zeichen für hereditäre Lues sind vorhanden. Wassermann +. Im Röntgenbild starke

Verdickung der Arcus superciliares und der Nasenwurzel. Oberkiefer halbkugelig aufgetrieben, besteht aus einer strukturlosen soliden Knochenmasse mit einzelnen Zahnkeimen der Molaren. Sehr starke gleichmäßig diffuse knochige Verdickung des Unterkiefers, auch seiner Gelenkfortsätze. Unter antiluetischer Behandlung bildete sich ein Teil der Veränderungen zurück, kam aber an anderen Stellen, allerdings abgeschwächt, wieder zum Vorschein. Zusammenstellung der schon veröffentlichten diesbezüglichen Fälle und differentialdiagnostische Bemerkungen.

Weingärtner.

40. *Gerber*. Zur Histologie des Schleimhautlupus. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 1. S. 49.

Ein Beitrag zur frühzeitigen und besonders histologischen Diagnose des Lupus.

G. weist besonders hin auf das primäre und subepitheliale Lupusknötchen der Schleimhaut und seine Histologie. Er kommt nach einigen Bemerkungen über die Fortpflanzung des Lupus vom Naseninnern auf dem Lymphwege und über einige histologische Charakteristika des Lupus auf den Lupus in Tumorform zu sprechen. G. prägt hier zum Unterschied von den Tuberkulomen das Wort Lupome. Er unterscheidet da histologisch zwei verschiedene Arten: „Erstens solche, die größtenteils aus echt tuberkulösem Granulationsgewebe bestehen und zweitens solche, die Fibrome oder Fibroepitheliome-Pappillome sind und auf lupösem Grunde entstanden, und einige oder fast gar keine lupösen Bestandteile aufweisen.“ Für jede der beiden Kategorien bringt Verfasser ein Beispiel mit histologischem Bild. Zum Schluß gibt G. den Rat zu häufiger Untersuchung von Teilen des zytogenen Nasenrachenringes, die bei makrosk. normalem Aussehen mikrosk. deutliche lupöse Veränderungen aufweisen können. Zur leichteren Auffindung von Tuberkelbazillen in lupösem Gewebe empfiehlt G. die Antiformierung der Gewebstücke und nachfolgende Färbung nach Much oder auch mit Karbolfuchsin.

Weingärtner.

III. Mundhöhle und Rachen.

41. *Amersbach*. Zur Frage der physiologischen Bedeutung der Tonsillen. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 1. S. 59.

Durch 13 Versuche am Menschen und 14 Experimente am Hunde kommt A. im Gegensatz zu anderen Autoren, besonders zu Henke, zu der Überzeugung, daß in die Nasenschleimhaut eingebrachte korpuskuläre Elemente nicht nach der Tonsille transportiert werden, sowie daß ein von der Nase nach den Tonsillen gerichteter Lymphstrom bis heute

nicht bewiesen ist. Auf Grund eigener durch Abbildungen belegter Erfahrungen glaubt A., daß bei den Henkeschen Präparaten kleinste Wasser- bzw. Wasserdampftropfchen zu der irrtümlichen Deutung von Rußkörnchen geführt haben könnten. Weingärtner.

42. *Bulatnikow*. Regio latero-pharyngea. Topographie ihrer Arterien im Zusammenhang mit der Frage über gefährliche Blutungen bei operativen Eingriffen in der Regio tonsillaris. Archiv f. Lar. 1915. Bd. 29. H. 2. S. 225.

Dieses Thema wird auf 57 Seiten und 4 Tafeln sehr eingehend behandelt. Und zwar wird gesprochen von der 1. Blutversorgung der Tonsillen und der lateralen Pharynxwand; 2. Beziehung der Art. carotis und ihrer Zweige zur Tonsille bei normaler Kopflage (bei Erwachsenen und bei Kindern); 3. Beeinflussung der Topographie der Regio tonsillaris durch Hervorziehen der Zunge und Tonsille, Niederdrücken der Zunge, Kopfwenden, Kopfbeugen, Zurückwerfen des Kopfes nach hinten; 4. Existenz und Bedeutung des Stylodiaphragmas.

Die Untersuchungen wurden an 35 Leichen gemacht. Aus der Reihe dieser Resultate seien folgende hervorgehoben. Die Gefäße liegen bei Erwachsenen gewöhnlich näher an den Tonsillen als bei Kindern. Die Entfernung zwischen Gefäßen und lateraler Schlundwand ist eine veränderliche und besonders von der Kopfhaltung abhängig. Das Maximum der Veränderung in der Lage der Gefäße wird bei dem Kopfwenden beobachtet. Auf der Seite, von welcher der Kopf abgewandt ist, nähern sich die Gefäße der lateralen Schlundwand. Auf der Gegenseite aber entfernen sich die Gefäße von ihr. Die Entfernung zwischen der Mandel und der Carotis int. beträgt 1,5 cm und zwischen ihr und der Carotis externa 2 cm; sie ist eine veränderliche Größe, es kommen oft größere, besonders aber geringere Abstände zur Beobachtung. In anbetracht der Möglichkeit von Gefäßanomalien ist es notwendig, vor jedem operativen Eingriff am Schlunde und den Mandeln sich frühzeitig durch Palpieren von der Abwesenheit einer Pulsation zu überzeugen. Bei der Tonsillektomie soll weder die Mandel aus ihrer Nische herausgezogen, noch das Instrument in die laterale Schlundwand eingedrückt werden. Für die Eröffnung der peritonsillären Abszesse stellt Bulatnikow genaue Regeln auf, wie: Die Inzision soll nur dann, wenn die Anwendung aller Methoden der Hämostase (Mikuliczsche Zange, Gaumenbogennaht, Ligatur der Carotis communis) möglich ist, vorgenommen werden bei in der mittleren Lage fest fixiertem Kopf und nicht weit geöffnetem Munde. Die Schleimhaut mit dem Messer durchschneiden, die folgende Vertiefung der Wunde muß stumpf ausgeführt werden. Weingärtner.

43. A. Réthi. Über Hypopharyngoskopie. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 437.

Empfehlung und Beschreibung seines Distraktors, eines mit einer vorderen und einer rückwärtigen Branche versehenen Instrumentes, das, in den Hypopharynx eingeführt, in gespreiztem Zustand den Larynx von dem Pharynx abhebt.

Weingärtner.

44. Levinstein. Pathologie und Therapie der Pharyngitis lateralis. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 403.

Auf 26 Seiten gibt L. eine umfassende Darstellung unserer jetzigen Kenntnisse über die Pharyngitis lateralis. Der geschwollene Seitenstrang bietet nach den Untersuchungen von Cordes und L. histologisch das Bild einer Tonsille dar. Und zwar kann es das Bild einer normalen oder einer akut oder chronisch erkrankten Mandel sein. Demgemäß wird die Pharyngitis lateralis eingeteilt in:

1. Pharyngitis lateralis acuta = Angina der Seitenstränge (L.).
 - a) simplex,
 - b) fossularis.
2. Pharyngitis lateralis chronica,
 - a) simplex,
 - b) fossularis (L.).

Es wird genau eingegangen auf Ätiologie, Pathogenese, pathologische Anatomie und Symptomatologie dieser verschiedenen Formen der Pharyngitis lateralis. Auch die Diagnose und besonders die Therapie werden eingehend besprochen. Besonders empfohlen wird neben den bekannten Methoden die Galvanokaustik, sowohl der Seitenstrangoberfläche wie der einzelnen Fossulae. Bleibt bei der üblichen konservativen Behandlung (Pinselfungen, Gurgeln, Behandlung der Nase usw.) der Pharyngitis lateralis chronica der Erfolg aus, so ist nach L. a) in denjenigen Fällen, in denen weder eine erhebliche Schwellung des Seitenstranges noch eine fossuläre Erkrankung derselben vorhanden ist, die chemische Ätzung der Seitenstrangoberfläche, bei auch hierdurch nicht erreichtem Resultat, die Galvanokaustik der letzteren vorzunehmen.

b) in den Fällen, in denen eine chronisch fossuläre Erkrankung des Seitenstranges vorliegt, die Galvanokaustik der Fossulae mittels des rotglühenden Spitzbrenners vorzunehmen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob es sich hierbei um eine erhebliche oder eine nur geringfügige Schwellung des Seitenstranges handelt;

c) in denjenigen Fällen, in denen eine starke Schwellung des Seitenstranges, nicht aber eine chronische Erkrankung der Fossulae vorliegt — Beschwerden, die in diesem Falle auf die Schwellung an sich zu be-

ziehen sind, vorausgesetzt — die Exstirpation des Seitenstranges auf blutigem Wege auszuführen. Weingärtner.

45. *Th. Ansteensen.* Über das Auftreten der Diphtherie im Nordre Odalen 1913–1914 und die Unnützlichkeit der präventiven Seruminjektionen. — Tidsskr. f. d. norske lægeforening Nr. 4, 1915.

Nachdem in dem betreffenden Bezirke viele Jahre hindurch nur vereinzelte Fälle von Diphtherie vorgekommen waren, traten Ende 1912 als Vorläufer einer größeren Epidemie 32 Fälle auf. 1913 kamen 106 Fälle vor, unter denen jedoch etwa 10 das klinische Bild einer Diphtherie nicht darboten, sondern nur als Bazillenträger auftraten. Die Epidemie trat vorwiegend nur in einem Schulkreise auf, sowie in den benachbarten Teilen anderer Schulkreise. Es wurden nur die Schulkinder systematisch untersucht. Verf., der früher ein Anhänger der präventiven Seruminjektionen gewesen, meint in dieser Epidemie keinen Nutzen davon gesehen zu haben; die Seruminjektionen wirken nur antitoxisch, nicht bakterizid, so daß man die Gefahr läuft, geradezu eine Zahl von Bazillenträgern zu produzieren, die schon infiziert werden, niemals aber klinische Symptome darbieten; die Seruminjektionen wirken demnach eher schädlich. Auch muß man darauf Rücksicht nehmen, daß man bei einem Kinde, das schon einmal der prophylaktischen Seruminjektion unterzogen worden ist, bei einer erneuten Injektion eine höchst unerwünschte anaphylaktische Wirkung hervorrufen könne. Zur Kontrollierung der Bazillenträger ist es notwendig, wenn erst ein negativer Befund vorliegt, gleichzeitig drei Impfungen vorzunehmen, die dann nach wenigstens 4 Tagen wiederholt werden; erst wenn alle sechs Impfungen negativ sind, darf man sich darauf verlassen. Jörgen Möller.

46. *Feer.* Fortschritte der Diphtheriebehandlung. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte. Bd. 45. 1915. S. 599.

Sobald das Krankheitsbild für Diphtherie spricht und nicht ganz leicht erscheint, so soll sofort die Seruminjektion vorgenommen und nicht das Resultat der bakteriologischen Untersuchung abgewartet werden; bis zum Erscheinen des bakteriologischen Berichtes 1–2 Tage abzuwarten, kann den Tod verschulden. Zudem ist es nicht selten, daß auch bei schwerer und sogar tödlich verlaufender Diphtherie die Diphtheriebazillen erst nach mehrfacher Untersuchung gefunden werden. Daß wirklich das Serum heilend wirkt, ist außer Zweifel. Dafür sprechen vor allem die folgenden Momente: 1. Die Abnahme der Mortalität sofort nach Einführung des Serums; 2. die Zunahme der Mortalität, je später die Seruminjektion vorgenommen wird; 3. der Verlauf der Spitalinfek-

tionen: während in der Vorserumzeit die Mortalität der Kinder infolge Hausinfektion mit Diphtherie fast so groß war wie die Mortalität der mit Diphtherie eingelieferten, sterben jetzt die Kinder, welche im Spital erkranken und sofort gespritzt werden, nicht mehr; 4. das seltenere Übergreifen der Rachendiphtherie auf den Kehlkopf: während in der Vorserumzeit im Laufe der Behandlung die Diphtherie oft auf den Kehlkopf und die Bronchien übergang, sieht dies F. seit der Serumbehandlung nicht mehr; 5. das Seltenerwerden der Tracheotomie: wenn eine Kehlkopfstenose 24 Stunden nach der Injektion die Tracheotomie noch nicht erfordert, so ist dieselbe fast immer entbehrlich; 6. das frühere Abstoßen der Membranen, 3—4 Tage früher als vor der Vorserumzeit; Canüle und Tube lassen sich infolgedessen früher entfernen; unter der Serumbehandlung zieht F. die Intubation der Tracheotomie vor, ein Standpunkt, dem Referent aus verschiedenen Gründen nicht zustimmen möchte; 7. die Serumbehandlung, ausgiebig und frühzeitig angewendet, verhütet meist Herzinsuffizienz, Cachexie und septische Erscheinungen, Nephritis und schwere Lähmungen.

Bei schweren Fällen wurden früher zu kleine Dosen Serum angewendet. Auch wissen wir heute, daß das Serum bei intravenöser Injektion wirksamer ist als bei subkutaner Einverleibung. Auch die intramuskuläre Injektion ist nach Morgenroth noch 5—7mal wirksamer als die subkutane. F. verwirft deshalb die subkutane Injektion und braucht für gewöhnlich die intramuskuläre, die am Vastus externus schmerzlos ist; für schwerere Fälle bedient er sich der intravenösen Injektion, wenn sich in der Ellbeuge eine genügend große Vene finden läßt.

F. gibt in leichten Fällen von Rachendiphtherie (ausschließliche Beteiligung der Mandeln) 1000—2000 J.-E. intramuskulär, bei schweren Fällen von Rachendiphtherie und solchen, die schon einige Tage alt sind, 5000—6000 J.-E., womöglich intravenös, ebenso bei Beteiligung des Kehlkopfes. Bei leichter isolierter Nasendiphtherie werden 2000 J.-E. und bei schwerer 5000 J.-E. gegeben. In verzweifelten Fällen sind hohe Dosen notwendig; so gibt F. die Krankengeschichte eines schweren Falles, bei dem in 5 Tagen 27000 J.-E. verabreicht wurden.

Oppikofer.

47. *Pässler*. Die chronischen Infektionen im Bereiche der Mundhöhle und der Rachen, insbesondere ihre Bedeutung für die Wehrfähigkeit und für die Beurteilung von Rentenansprüchen. Therapie der Gegenwart. 1915. H. 10/11.

P. tritt wiederum energisch für radikale Tonsillektomie bei chron. Entzündungsprozessen in den Tonsillen ein. Von diesem an sich oft unbemerkten Leiden werden besonders Rheumatismen, Herzmuskel-

und Klappenerkrankungen, Nephritiden, sowie funktionelle Herzstörungen und besonders Blasenstörungen (Dysurien) unterhalten. Verf. führt 12 Fälle von Kriegsteilnehmern an, bei denen nach langer erfolgloser konservativer Behandlung durch Ausschälung beider Tonsillen mit einem Schläge Heilung aller noch heilbarer Schäden bewirkt wurde. Besonders tritt er für energische Behandlung Wehrpflichtiger ein.

Die Tonsillenausschälung ist bei genügender Technik als ein unerheblicher Eingriff im Sinne des Reichs-Militär-Gesetzes zu betrachten und muß von jedem Soldaten auf Anordnung des Arztes erduldet werden.

R. Kauffmann.

48. *Ernst Urbantschitsch*. Über Hyperkeratosis lacunaris. Med. Klinik 1915, Nr. 45.

U. macht von neuem aufmerksam auf die nicht geringe Häufigkeit und praktische Bedeutung der epithelialen Verhornungsprozesse im Bereiche der Mund- und Rachenschleimhaut. Als solche kommen vor:

1. die einem follikulär-anginösen Belag ähnliche Hyperkeratosis lacunaris der Tonsillen (Pharyngitis keratosa punctata Fränkel), zu erkennen an dem Fehlen von Entzündungserscheinungen;

2. in Form der Hyperkeratosis linguae (schwarze Haarzunge), bei der die filiformen Zungenpapillen meist direkt vor den Papp. circumvallatae eine monströse Hypertrophie mit Verhornung erfahren, so daß die Zunge behaart erscheint. Ätiologie unbekannt. Zuverlässige Behandlungsmethoden fehlen. Bewährt hat sich dem Verf. mechanische Entfernung der Papillen und Ätzung des Papillengrundes mit 2 % Methylenblausilberlösung.

Kauffmann.

49. *Dr. Fahm (Basel)*. Über einige Fälle von schwerer Sepsis im Gefolge von Halsentzündungen. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte Bd. 45. 1915. S. 1146.

Mitteilung von 5 Fällen des kindlichen Lebensalters, 3 mit Exitus. Scharlachangina war auszuschließen. Die Sepsis äußerte sich in den zwei ersten Fällen in einem vorwiegenden Befallensein der Gelenke, zudem auch Pleuritis und Hautblutungen. Im dritten und vierten Falle standen die Pleuritis und Peritonitis im Vordergrund und im fünften Falle die multiplen Abszesse in Gelenken und Haut. Oppikofer.

50. *Sticker*. 15 Fälle von Mundhöhlenkrebs mit Radium günstig behandelt. Berl. Klin. Wochenschr. 1915. Nr. 40.

Günstige Erfolge durch nächtliche Dauerbestrahlungen. Grund.

IV. Kehlkopf.

1. Allgemeines.

a) Berichte usw.

51. *Diebold (Zürich)*. Über die Stimme und Stimmbildung. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte Bd. 45. 1915. S. 310.

Vortrag, gehalten in der Ärztesgesellschaft Zürich, bestimmt eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Gesangsphysiologie zu geben.

Oppikofer.

52. *Karl Weinberg*. Studienüber das Stimmorgan bei Volksschulkindern. — Hygiea 1915. S. 225.

W. hat 800 Kinder im Alter von 7—14 Jahren untersucht, von jeder Altersstufe 100, Knaben und Mädchen zu gleicher Zahl. Der Stimmumfang war sehr beschränkt, reichte bei den Mädchen gewöhnlich von etwa b bis es^2-f^2 , bei den Knaben von b bis d^2-es^2 . Die höchsten beobachteten Töne waren h^2 und a^2 in zwei bzw. einem Fall. Die Stimme war in dem 10. Jahre gewöhnlich am besten entwickelt; mit dem 12. Jahre verlor die Knabenstimme ihre Höhe; mit dem 14. Jahre war vielfach eine zweite Entwicklung der Mädchenstimme zu verzeichnen. Die Mutation zeigte sich schon bei den 12jährigen Kindern. Die Mutation zeigte zwei Haupttypen, einen stürmischen, mehr sukkulenten und einen langsamen, mehr trockenen. Ein diesem letzten Typus entsprechendes Bild fand man bei den Mädchen der höchsten Altersstufen. — Von den untersuchten Kindern besaßen nur 34,7 % eine klare Sprechstimme, dagegen 40,3 % eine klare Singstimme; die Heiserkeit war besonders in den älteren Klassen und bei den Knaben hervortretend. Die Heiserkeit beruhte in 65 % der Fälle auf laryngoskopisch sichtbaren Veränderungen, welche in 37 % akuter, in 27 % chronischer Natur waren.

Jörgen Möller.

b) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Apparate und Instrumente).

53. *Réthy*. Untersuchungsmethode bei den indirekten Kehlkopfoperationen. Aurel Réthy in den Verhandlungen der Budapestergl. Ärztesgesellschaft v. 2. V. 14. Pester med. Presse 1915. Nr. 45/46.

R. stellt ein Instrument, genannt Distractor, vor, welches durch Druck auf die Basis der Epiglottis und die beiden Aryegenden die Glottis öffnet und die Stimmbänder fixiert, sowie gleichzeitig die Zunge herunterdrückt, so daß dem Operateur die Möglichkeit gegeben ist, trotz der indirekten Methode frei mit beiden Händen zu arbeiten.

Ludwig Joseph.

54. *G. Killian*. Zur Geschichte der Endoskopie von den ältesten Zeiten bis Bozzini. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 347.

Mit zahlreichen Abbildungen versehene Studie, die die Zeit vom Papyros Ebers bis ins Ende des 18. Jahrhunderts umfaßt. „Blicken wir bis zu Hippokrates Zeiten zurück, so müssen wir gestehen, daß man vor Bozzini (1805) in der ärztlichen Welt auf endoskopischem Gebiet eine lebhaftete Tätigkeit entfaltet hat. Das Bestreben, in das Innere des Körpers einzudringen und dem Auge den Weg dahin freizumachen, zieht sich durch alle Jahrhunderte. Man verstand, von außen mit natürlichem und künstlichem Licht direkt und durch Reflexion mit dem Plan- oder Konkavspiegel zu beleuchten. Man verstand, das natürliche und künstliche Licht mit Hohlspiegeln oder Linsen zu sammeln. Ja man hat sogar das Spiegelprinzip im Innern des Körpers zu Beleuchtungszwecken zur Geltung gebracht. Die Frage der passenden Umformung des Eingangs der Körperhöhlen und der Höhlen selber zum Zwecke besseren Sehens war durch die Specula bei Mund, Rachen, Nase, Ohr, Mastdarm, Scheide und weiblicher Harnröhre in befriedigender Weise gelöst. Der diagnostische und therapeutische Wert der endoskopischen Prozeduren wurde hinreichend gewürdigt.“ Weingärtner.

55. *Weingärtner*. Die Röntgenstereoskopie und ihre Anwendung in der Rhino-Laryngologie. Archiv.f.Lar. Bd. 29. H. 3. S. 297.

Nach einem kurzen Überblick über die Entwicklung der Röntgenstereoskopie bespricht Verf. die Prinzipien dieses Verfahrens und gibt eine Beschreibung der von ihm angewandten Technik und Apparatur. Besonders eingehend wird auf die Betrachtung der stereoskopischen Röntgenbilder mit dem Spiegelstereoskop und nach dem Eijkmann-Hegenerschen Verfahren eingegangen. Die an über 300 Bildpaaren gesammelten Erfahrungen lauten dahin, daß für die übliche Bestätigung der Diagnose einer Kiefer- oder Stirnhöhlenaffektion im Sinne einer Verdunkelung das einfache Röntgenbild vollkommen genügt. Das Stereobild kommt in Betracht zur Aufklärung über Form, Tiefe und Lagebeziehungen einer Höhle, über schwierige Siebbein- und Keilbeinhöhlenaffektionen, über Formveränderungen im Gebiete der Sella turcica, über pathologische Prozesse des Schädeldaches, Schädelknochenfrakturen und nicht zuletzt über Sitz und Lage von Fremdkörpern. Auf 12 Tafeln werden 12 typische Stereoröntgenogramme beigelegt.

Weingärtner.

56. *Röhr*. Ein universeller Apparat zur Kompressionsbehandlung bei Störungen im Larynx. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 2. S. 179.

Beschreibung eines im Prinzip dem Katzensteinschen ähnlichen Apparates. Die Vorzüge sind nach R. folgende: Vermeidung eines Druckes auf die Jugulares und dadurch Fortfall der bei dem Katzensteinschen Apparat oft auftretenden venösen Stauungen an Hals und Kopf; Ausübung eines stärkeren fein zu regulierenden Druckes und die Möglichkeit, diesen Druck auch einseitig und in jeder gewünschten Richtung auf den Larynx einwirken zu lassen. Wegen der einfachen Handhabung auch für den Selbstgebrauch der Patienten geeignet. Weingärtner.

57. *Brunner u. Jakubowski*. Über die Behandlung des Skleroms der oberen Luftwege mittels der Autovakzine. Arch. f. Lar. Bd. 29. H. 2. S. 282.

Auf Grund ihrer Erfahrungen mit dieser Therapie empfehlen die Verfasser, daß man so bald als möglich die spezifische Behandlung der früh erkannten Fälle von Sklerom vornehmen soll und daß man die immunisierenden Impfungen der noch gesunden Personen, welche an Infektionsherden wohnen, einführen muß.

Die Vakzine wurde folgendermaßen hergestellt: Von einer 24 Stunden alten reinen Agarkultur des Keimes des gegebenen Falles wurde eine bestimmte Zahl von Platinösen in 10 ccm einer sterilisierten physiol. Kochsalzlösung hergestellt; Erwärmung dieser Mischung im Wasserbade bei 60° C eine Stunde lang. Subkutane Injektion alle Tage oder alle 2 bis 3 Tage je nach dem Grad der Reaktion. „In den meisten Fällen trat verhältnismäßig rasch eine Besserung des Allgemeinbefindens ein, eine Verringerung oder gar ein Verschwinden der Atemnot, der Heiserkeit usw.“ Die Behandlung muß lange Zeit hindurch fortgesetzt werden. Alte narbige Veränderungen werden nicht beeinflußt. Weingärtner.

58. *E. Lautenschläger u. S. Adler*. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung ultravioletter Lichtstrahlen und ihre therapeutische Verwendung in der Laryngologie. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 1. S. 36.

Das Resultat dieser Arbeit ist für die Praxis beachtenswert. Es ist den Verfassern, ebenso wie schon früheren Autoren, zwar geglückt, bei hinreichend langer Bestrahlungszeit mit ultraviolettem Licht oberflächlich liegende Bakterienkulturen abzutöten; aber hinsichtlich des der Arbeit zugrundeliegenden Gedankens einer praktischen Verwertung dieser Methode gegen die Bakterien der Mundhöhle kommen die Verfasser zu einem negativen Ergebnis. Die Versuche wurden mit verschiedenem, an ultravioletten Strahlen besonders reichem Lichte angestellt und haben als Hauptgrund für diese geringe Desinfektionsmöglichkeit der Mundhöhle die mangelnde Tiefenwirkung der in Frage

kommenden Lichtquellen ergeben. Besonders halten die Verfasser aus diesem Grunde eine Sterilisation sowie Beseitigung von Keimen, welche in den Mandellakunen sitzen, für ausgeschlossen. Es ist also in entsprechenden Fällen die Tonsillektomie durch Bestrahlung nicht zu ersetzen.

Den ultravioletten Strahlen scheint eine anästhesierende Wirkung zuzukommen; jedenfalls sind sie imstande, Areflexie im Sinne der Spießschen Entzündungstheorie herbeizuführen. Weingärtner.

2. Spezielle Pathologie.

a) Verletzungen, Fremdkörper und Stenosen.

59. *Gerber*. Über Schußverletzungen der oberen Luftwege und benachbarter Teile. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 331.

G. teilt aus einem großen Material heraus an Hand von 37 Röntgenbildern eine Anzahl einschlägiger Fälle mit. Für Nase und Larynx unterscheidet G. 1. tangierende Schüsse, Streif- und Konturschüsse, 2. perforierende Schüsse, 3. destruierende Schüsse. Die Komplikationen am Larynx, soweit sie von ihm selbst herrühren, sind akute (Ödem) und chronische (Stenosen). Unter den Verletzungen der Nase und Nebenhöhlen verdient besondere Erwähnung ein Fall von Stirnhöhlenschuß mit totaler Zertrümmerung der Hinterwand, Heilung durch Operation.

Nach Konturschüssen des Larynx tritt bisweilen funktionelle Aphonie ein, die vielfach als Schockwirkung aufgefaßt werden muß. Erwähnt sei ferner ein Kehlkopfschuß mit entzündlicher Ankylose des Cricoarytaenoidgelenkes und eine Schußverletzung mit Lähmung der N. VII, IX/X u. XII. Weingärtner.

60. *Emil Glas*. Laryngologisches vom Verbandplatz. Von Oberarzt Dozent Dr. Emil Glas. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1915. Heft 2 u. 3.

Bericht über fünf bemerkenswerte Beobachtungen.

1. Fall: Vorübergehende rechtsseitige Rekurrenslähmung nach Granatexplosion, wobei der betr. Pat., abgesehen von leichten Hautblutungen im Gebiete des 1. Trigonum caroticum, keine äußere Verletzungen erlitt. Als Ursache der Rekurrenslähmung nimmt Verf. kleine, durch den erhöhten Luftdruck zustande gekommene Blutextravasate im Verlaufe des N. laryng. inferior an.
2. Fall: Rekurrenslähmung durch ein im Gebiet des Trig. carot. eingedrungenes Mantelgeschoß. Bestätigung des Semon-Rosenbachschen Gesetzes.
3. Fall: Hysterische Aphonie nach Granatexplosion.

Im Anschluß an diese drei Fälle berichtet Verf. noch kurz über zwei Soldaten mit schweren Formen von Rhino- bzw. Laryngosklerom, die beide trotzdem wacker für ihr Vaterland gestritten haben.

Bei dem einen fand sich eine völlige Obturierung der l. Nasenöffnung und konzentrische Einengung der Choane, bei dem andern eine Verengung des Kehlkopflumens auf ein 3 mm messendes Loch. Brock.

61. *Seifert*. Großes Knochenstück im Kehlkopf. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 321,

13jähriger Knabe mit einem viereckigen (18:13:12:10 mm) und bis zu 8 mm dicken Knochenstück im Larynx. Starke Atemnot. Ex-
traktion auf indirektem Wege ein Tag nach dem Verschlucken. Be-
sprechung von ähnlichen in der Literatur niedergelegten Fällen und der
dabei angewandten Therapie unter genauer Quellenangabe.

Weingärtner.

b) Tuberkulose.

62. *Th. Begtrup-Hansen*. Über die Behandlung der Kehlkopftuber-
kulose in den Sanatorien. — Ugeskrift for Læger Nr. 28. 1915.

Unter 63 Fällen von Kehlkopftuberkulose betrafen 21 Patienten,
die so schwer krank waren, daß eine eingreifende Lokalbehandlung un-
möglich war; in 29 Fällen von leichteren Kehlkopfleiden besserte sich
dieses gleichzeitig mit dem Allgemeinzustande nur bei Hinzuziehen von
Milchsäure oder Menthol. In 9 Fällen, wo das Kehlkopfleiden bei der
Allgemeinbehandlung nicht gebessert wurde, erzielte man durch Küret-
tage, Galvanokaustik usw. gute Erfolge. Die Pfannenstiel-Behandlung
veranlaßt oftmals unangenehme Komplikationen, Pleuritis, Hämoptyse
usw. Das Einblasen von Ulsanin scheint dagegen bei Geschwüren aus-
gezeichnete Wirkung zu haben. — Bei der Indikationsstellung muß man
immer auf den Allgemeinzustand genügend Rücksicht nehmen. Die-
jenigen Sanatorienpatienten, die einer aktiven, chirurgischen Behand-
lung ihres Kehlkopfleides bedürftig sind, ließen sich vielleicht zeitweise
in eine laryngologische Klinik überführen; ein besonderes Sanatorium
für Kehlkopftuberkulose sei nicht so dringend notwendig; die Nach-
behandlung wird ohne Schwierigkeit in den gewöhnlichen Sanatorien
durchgeführt werden können.

Jörgen Möller.

c) Sonstige Erkrankungen des Kehlkopfes.

63. *Carl Peschardt*. Ein seltener Polyp in der Regio glosso-epi-
glottica. Ugeskrift for Læger Nr. 29. 1915.

Ein 29jähriger Mann hatte 5—6 Tage lang das Gefühl eines Fremd-
körpers in der Kehle gehabt; in der linken Vallecula eine bohngroße,

gelbliche, gestielte Geschwulst, die entfernt wurde. Die Geschwulst bestand hauptsächlich aus nekrotischem, strukturlosem, teilweise verkalktem Gewebe. Wahrscheinlich hat es sich um eine schon längst nekrotisierte Lymphdrüse gehandelt, die erst später gestielt worden ist.

Jörgen Möller.

64. *Carl Peschardt*. „Inkarzeration“ der Epiglottis. — Ugeskrift for Læger Nr. 9. 1915.

Eine 38jährige Frau hatte seit Jahren ein sehr störendes Fehlschlucken, so daß sie nur bei einer gewissen Kopfstellung und mit großer Vorsicht zu essen vermochte; häufig auch Schmerzen und Erstickungsanfälle. Die Zungentonsille stark hypertrophisch und der Epiglottisrand liegt hinter demselben eingeklemmt. Die Tonsille wurde durch Galvanokaustik teilweise entfernt, wonach die Symptome aufhörten.

Jörgen Möller.

V. Untere Luft- und Speisewege.

(Tracheo-Bronchoskopie und Oesophagoskopie.)

65. *Henschen*. Operative Erweiterung der narbig stenosierten Trachea durch Osteoplastik. Correspondenzblatt für Schweizer-ärzte Bd. 45. 1915. S. 244.

25 Jahre alter Zeichner, im Alter von 4 Jahren wegen Diphtherie tracheotomiert. Im 16. Lebensjahre wegen Atemnot das zweite Mal Tracheotomie, nach 3 Wochen Dekanulement. In den folgenden 9 Jahren beständig Atembeschwerden wechselnden Grades, bis November 1913 der Luftröhrenschnitt das dritte Mal notwendig wurde. Operation: submuköse (?) Abtragung der 4–5 cm langen bis zum Cricoid reichenden Narbenwälle und Osteoplastik aus dem Schlüsselbein. Besserung, aber nicht Heilung, zudem Endausgang noch nicht bekannt. — Auffallend ist, daß bei einem so schweren Falle von Trachealstenose zum wenigsten zur Diagnosenstellung und genaueren Orientierung die Tracheoskopie nicht erwähnt wird.

Oppikofer.

66. *Chiari*. Über die zirkuläre Resektion und Naht der Trachea und die plastische Rekurrensresektion größerer Defekte der Trachea. Von Hofrat Prof. Dr. O. Chiari in Wien. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1915. H. 6.

Zusammenstellung der wichtigsten auf das Thema sich beziehenden Krankengeschichten aus der Literatur und Mitteilung derselben im Auszug. Weiter Bericht über eigene Erfahrung und Mitteilung eines einschlägigen Falles.

Bei einer 36jährigen Frau, bei der die direkte und indirekte tracheoskopische Untersuchung einen die Trachea fast ganz ausfüllenden rötlichen, runden, höckerigen, teilweise beweglichen, von der Höhe des achten Trachealringes ausgehenden Tumor ergeben hatte, entschloß sich Verf. wegen der Unzulänglichkeit der wiederholt vorgenommenen bronchoskopischen Operationen und wegen der schnellen Rezidivierung des Tumors (Sarkom) zur Trachealresektion. Dieselbe wurde nach Morphinum-Scopolamininjektionen in Lokalanästhesie ausgeführt. Hautschnitt von Schildknorpel bis zum Iugulum; Bildung eines größeren linken und kleineren rechten türflügel förmigen Hautlappens.

Nach Freilegung der Trachea und Spaltung derselben vom 2. bis 10. Trachealring und Abpräparierung der vom Tumor durchwachsenen linken und hinteren Trachealwand Exzision der linken Halbröhre der Trachea vom 5.—9. Trachealring.

Annäherung des linken Hautlappens an den hinteren, des rechten an den vorderen Schnitttrand der Trachea. Glatter Heilungsverlauf mit Persistenz eines Tracheostoma, welche Patientin durch Aktion der *Musc. sternothyreoidei* und *sternohyoidei* oder auch der Sternalpartien des Kopfnickers willkürlich schließen lernte.

Stimme trotz Lähmung der linken Stimmlippe sehr laut und klar.

Zum Schluß weist Verf. auf eine Gefahr der zirkulären Resektion von großen Stücken der Trachea mit nachfolgender zirkulärer Naht hin.

Die Verwachsung der beiden Tracheallumina erfolgt nämlich durch eine Narbe oder einen niederen fibrösen Schlauch; dieser Schlauch kann durch den fortwährenden Zug der Lunge sich dehnen; dadurch kommt es zur Einsenkung der beiden Seiten des Schlauches und zur Bildung einer schmalen sagittalen Stelle. Wegen dieser Beobachtung empfiehlt Verf. bei großen Trachealdefekten die Glucksche plastische Operation.

Brock.

67. *Soerensen*. Zwei Fälle von Totalexstirpation der Trachea wegen Carcinom. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 2. S. 188.

Die Totalexstirpation der Trachea ist bisher noch nie angewandt worden. Die Frage der Operabilität solcher Tumoren kann durch die modernen Untersuchungsmethoden hinreichend entschieden werden.

Kurze Besprechung der bis jetzt in Angriff genommenen Trachealgeschwülste und der dabei angewandten Technik. Topographisch-anatomische Bemerkungen über die in Betracht kommenden Partien.

Der Totalexstirpation der Trachea ging eine Voroperation voraus: Anlegen eines Tracheostoma, durch das während der Hauptoperation eine lange Kanüle bis über die Stenose hinaus vorgeschoben wurde. Die völlige Isolierung der Trachea bis über die untere Geschwulstgrenze weg, ist technisch nicht allzu schwer und der zum Herausziehen der

Trachea notwendige Zug machte keinerlei Beschwerden hinsichtlich der Atmung und der Herztätigkeit. Die Trachea wird nur schrittweise abgetrennt und durch sofortige Vereinigung des Bifurkationsstumpfes mit einem aus der Haut des Sternums und mit zwei rechts und links oberhalb des Schlüsselbeins entnommenen Hautlappen ein neues häutiges Trachealrohr geschaffen. Einlegen einer langen Trachealkanüle. Nach abgeschlossener Heilung Einlegen eines Gummirohres, das von der Bifurkation bis in den Larynx unterhalb der Stimmbänder reicht, wodurch dem Pat. normale Atmung und Sprache ermöglicht ist.

Mitteilung der beiden Krankengeschichten. In dem einen Falle handelte es sich um eine etwa gänseeigroße retrotracheale Struma aberrans, die karzinomatös entartet und von hinten her in die Luftröhre hineingewuchert war, in dem anderen Falle um ein typisches primäres Carcinom der Trachealschleimhaut.

Weingärtner.

68. *A. Thornval.* Über Fremdkörper in den tieferen Luftwegen.
— Ugeskrift for Läger Nr. 51, 1915.

In der oto-laryngologischen Abteilung des Reichshospitals wurden seit ihrer Eröffnung im Jahre 1910 19 Fälle von Fremdkörpern in der Luftröhre und den Bronchien behandelt. Die Fremdkörper waren folgende: 1 Gräte, 1 Knochensplitter, 1 Porzellanstück von einer Puppe, 4 Nadeln, 2 Nägel, 1 Stück Eierschale, 1 Maiskern, 1 Kürbiskern, 1 Kerngehäuse aus einem Apfel, 1 Bleistiftdüse, 2 Teile von Musikinstrumenten. 5mal saß der Fremdkörper in der Trachea, 5mal im rechten und 6mal im linken Bronchus. Die Extraktion gelang vollständig in 12 Fällen, teilweise in 2, in 2 gar nicht. Exitus trat in 2 Fällen ein wegen Bronchopneumonie bzw. Pneumonie mit Gangrän. Tracheotomie wurde 5mal gemacht, in dem einen Falle jedoch erst nach der Extraktion, wegen Larynxstenose. In 2 Fällen geschah es, daß der Fremdkörper bei der Passage durch den Kehlkopf abgestreift und in die gesunde Lunge aspiriert wurde, was besonders dann von sehr ernster Bedeutung sein kann, wenn der Fremdkörper eine so erhebliche Entzündung hervorgerufen hat, daß die betreffende Lunge mehr oder weniger funktionsunfähig ist. Man muß deshalb in Fällen, wo die Art des Fremdkörpers eine solche ist, daß bei der Extraktion Widerstand erwartet werden kann, am liebsten gleich Tracheotomie machen und besonders dann, wenn der Fremdkörper schon längere Zeit in der Lunge lag. In einem Falle, bei einem 4jährigen Kinde, veranlaßte ein Fremdkörper, der nicht diagnostiziert wurde, mehrere Monate lang periodische Lungenentzündungen, bis endlich nach der Aufnahme im Reichshospital die Röntgenaufnahme das Vorhandensein des Fremdkörpers nachwies. Man muß deshalb auch bei dem leisesten Verdacht eines Fremdkörpers diesen

Verdacht immer festhalten, bis der Fall endgültig aufgeklärt ist, und z. B. auch erinnern, daß die durch einen Fremdkörper hervorgerufene Atelektase sehr leicht eine Pleuritis vortäuschen kann. — Die Arbeit enthält einen kurzen Bericht über sämtliche Fälle. Jörgen Möller.

69. *Kay Schäffer*. Ein Fall von Fremdkörper in der Lunge mit Mediastinalabszeß. — Ugeskrift for Läger Nr. 16, 1915.

Ein 10-jähriger Knabe fing vor 2 Jahren zu husten an, wurde später plötzlich krank mit Fieber und Frösteln und es wurde eine rechtsseitige Pleuritis gefunden. Nachher fortdauerndes intermittierendes Husten mit grüngelbem, eitrigem, übelriechendem Auswurf. Später zweimal hohes Fieber und Zeichen einer Lungenentzündung. Er gibt selber an, einen Nagel „verschluckt“ zu haben, trotz dieser anamnestischen Angabe wurde aber eine Tuberkulose vermutet und er wurde in das Vejle-fjord-Sanatorium aufgenommen. Man fand hier Dämpfung und abgeschwächte Respiration über der rechten Lungenbasis, ferner bei der Röntgenuntersuchung einen kräftigen breiten Schatten nach unten, außerdem hinter der C. III. direkt bei dem Sternum einen nagelförmigen Schatten. Er wurde jetzt endlich in das Reichshospital aufgenommen, wo Bronchoskopie gemacht wurde; bei dieser sieht man aus dem rechten Bronchus Eiter fortwährend hervorquellen, so daß selbst bei energischem Aussaugen weitere Untersuchung unmöglich ist. Bei einer späteren Untersuchung findet man in einem der unteren Äste eine Granulationsmasse, die entfernt wurde, wonach die Spitze des Nagels 30 cm von der Zahnreihe entfernt gefunden wurde; Extraktion mißlingt jedoch. Eine spätere Röntgenuntersuchung zeigt jetzt den Nagel in dem linken Bronchus, bei der Bronchoskopie aber war er weder rechts noch links zu finden und zwar, wie eine dritte Röntgenaufnahme ergab, weil er an einer ganz außergewöhnlichen Stelle eingeklemt war, nämlich im linken Oberlappenbronchus; wiederholte Extraktionsversuche mißlangen fortwährend. Das Befinden war jetzt besser und er wurde auf Wunsch entlassen. 5 Monate später wurde der Nagel ausgehustet, nachher viel Eiter ausgeworfen, wonach Heilung eintrat. Jörgen Möller.

70. *E. Toft*. Ein Fall von Fremdkörper in der Lunge. — Ugeskrift for Läger Nr. 17, 1915.

Ein 22-jähriges Mädchen hatte eine Stecknadel „verschluckt“. Es wurde eine Röntgenuntersuchung vorgenommen, als aber während dieser die Stelle der Nadel mit einem Farbstifte markiert werden sollte, bekam die Patientin den Gedanken, man sei daran, gleich eine Operation vorzunehmen, erschrak heftig, machte eine gewaltsame Inspirationsbewegung und bei dem darauffolgenden Hustenstoß wurde die Nadel hinausgeschleudert. Jörgen Möller.

71. *Freudenthal*. Über die direkte Applikation des elektrischen Stromes sowie medikamentöser Mittel bei der Behandlung des Bronchialasthmas. Archiv f. Lar. Bd. 29. H. 3. S. 443.

Die beim Asthma zu beobachtenden spastischen Kontraktionen der Bronchialmuskeln werden z. T. ähnlich wie beim Laryngismus stridulus der Kinder, verursacht durch ein Hineinfließen von Sekreten aus der Nase in die Trachea und in die Bronchien. Im übrigen wird auch das nasale und das dyspeptische Asthma erwähnt. Die Behandlung muß z. T. gegen das Grundübel gerichtet, z. T. auch eine lokale sein. Um die zum Spasmus führende ursprüngliche Hypersensibilität wie die sekundäre Atonie aufzuheben, hat F. die direkte Galvanisation und Faradisation der Bronchien angewandt. Er bediente sich dazu einer Kombination von Bronchialspray und Bronchialelektrode und fand, daß der galvanische Strom eine verminderte Sekretion, der faradische eine Vermehrung aber auch Verflüssigung der Sekrete zur Folge hat. Beide erhöhen die Absorptionsfähigkeit der Mucosa derart, daß man schon dadurch die Atonie in gewissen Fällen verhüten kann. Zum Schluß bringt F. einige Beispiele für seine Behandlungsmethode.

Weingärtner.

72. *Monnier*. Demonstration. Ärztegesellschaft Zürich. Correspondenzblatt für Schweizerärzte Bd. 45. 1915. S. 596.

1. Fall von kongenitalem Verschuß des Ösophagus mit tracheo-ösophagealer Fistel. Gleichzeitig auch Atresia ani. Am zweiten Tage nach der Nahrungsaufnahme wird Erstickungsanfall und Erbrechen bemerkt. Sondierung ergibt Verschuß der Speiseröhre auf Höhe der Bifurkation. Bei der Oesophagotomia externa gelingt es nicht, das zentrale Stück der Speiseröhre zu finden. Sektion: der obere Teil des Ösophagus endigt als Blindsack mit dicker Wand, und das untere Stück der Speiseröhre mündet mit schlitzförmiger Öffnung 3 cm unterhalb des Blindsackes in die hintere Trachealwand, also der gewöhnliche typische Befund.

2. Fall angeborener Pylorusstenose. 3 Wochen altes Kind. Ramdstedt'sche Operation, Heilung.

Oppikofer.

73. *Girard (Genf)*. Demonstration. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte Bd. 45. 1915. S. 1042.

Idiopathische Speiseröhrenerweiterung bei 20 Jahre altem Mann. Freilegen der Cardia und Längsschnitt in Ösophaguswand bis auf die Mukosa und, um die nachträgliche Wiedervereinigung der zirkulären Muskelfasern und dadurch die Stenose zu verhindern, Einsetzen eines Netzstückes in den Längsschnitt. Schluckakt jetzt fast normal.

Oppikofer.

74. *Dr. Streit (Bern)*. Über einen Fall von Oesophagitis exfoliativa. Correspondenzblatt f. Schweizerärzte Bd. 45. 1915. S. 115.

Bei 40 Jahre alter gesunder Frau stellte sich ohne bekannte Ursache plötzlich Dysphagie, Brechreiz, Blutbrechen und Auswürgen von weißen Membranen ein. Die Membranen bestanden ausschließlich aus nicht verhorntem mehrschichtigem Plattenepithel; Bindegewebe und Knorpel Elemente fehlten. Ein Monat nach Beginn der akuten Erkrankung bestanden keine Beschwerden mehr. Oppikofer.

VI. Allgemeinleiden, Schilddrüse, Hypophyse, Thymus, Hals.

75. *Ove Gjellerup*. Ein Fall von Fistula colli congenita completa. — Hospitalstidende Nr. 35, 1915.

Ein 11-jähriges Mädchen hatte eine Fistelmündung am vorderen Rande des Sternocleido, 4 cm oberhalb der Clavicula; bisweilen bildete sich am Halse eine Schwellung, die nach Entleerung von seropurulenter Flüssigkeit durch die Fistelöffnung wieder schwand; übrigens keine Beschwerden. Nach Wismuth-Injektion kann der ganze Verlauf der Fistel nachgespürt werden; sie öffnet sich nach innen gleich unter der rechten Tonsille. Es wird die Fistel bloßgelegt, was bis zum M. digastricus ganz leicht gelingt; von da aus geht sie in die Tiefe zwischen der Carotis externa und interna. Eine Sonde wird jetzt von außen durchgeführt, das äußere Ende der Fistel an dieselbe festgebunden und indem die Sonde durch den Mund hinausgezogen wird, stülpt man den ganzen Fistelgang in den Schlund hinein, wo er abgebunden und abgeschnitten wird. Patientin nach 10 Tagen geheilt entlassen. Jörgen Möller.

VII. Sprachkrankheiten.

76. *Emil Frösche s.* Stottern und Nystagmus. Von Privatdozent Dr. Emil Fröschels. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1915. H. 2/3.

Aus der Beobachtung, daß beim Stottern in allen am Stottern beteiligten Muskelgruppen sowohl tonische als auch klonische Bewegungsstörungen auftreten können, während sich in den äußeren Augenmuskeln nur die tonische Form findet, und aus der Tatsache, daß ein richtiger Nystagmus nicht gemacht werden kann, schließt Verf., daß es sich beim Stottern nicht um einen Krampf, wie der Lehre Kußmauls folgend Großmann und seine Schule annimmt, sondern um abnorme Bewegungen handelt, welche aus willkürlichen Bewegungen hervorgegangen sind und auch immer in einem gewissen Zusammenhang mit dem Willen stehen. Brock.

77. *Karl Weinberg*. Bericht über Untersuchungen bezüglich der stotternden Kinder in den Volksschulen Stockholms, sowie deren Behandlung. 1909—1912. — Skolhygieniske undersökningar II, 1915.

Unter 25513 Kindern befanden sich 1909 256 Stotterer, 1911 unter 25404 Kindern 181 Stotterer; Verf. meint jedoch, daß der Unterschied auf verschiedenen zufälligen Umständen beruht. Unter den Stotterern befanden sich doppelt so viele Knaben als Mädchen. Jörgen Möller.

78. *Rothe*. Das erste Jahr in der Sonder-Elementarklasse für sprachkranke Kinder. Von Carl Cornelius Rothe, Volksschullehrer. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1915. H. 2/3.

Verf. berichtet über seine Erfahrungen, die er als Leiter einer versuchsweise eröffneten Sonder-Elementarklasse für sprachkranke Kinder in Wien während des Schuljahres 1913/14 gemacht hat. Als Ergebnisse seiner Erfahrung teilt er zum Schluß seiner interessanten Arbeit folgende Thesen mit:

1. Sprachkranke und in der Entwicklung der Sprache zurückgebliebene Elementarschüler sind in relativ hohem Prozentsatz vorhanden. Dieselben bedürfen einer besonderen Behandlung, einer speziell angepaßten Erziehung, eines speziell angepaßten Unterrichts. Dies kann ihnen am besten und billigsten in den Sonder-Elementarklassen geboten werden.
2. Arzt und Lehrer (und zwar Spracharzt und speziell ausgebildeter Lehrer) können und müssen in diesen Sonder-Elementarklassen gemeinsam wirken.
3. Die Sonder-Elementarklasse bietet dem Lehrer und dem Arzt ganz besonders günstige Gelegenheiten zu Forschungen, die für Erziehung und Unterricht, ebenso wie für Sprachheilkunde und Kinderheilkunde (im weitesten Sinne) von hoher Bedeutung sind.
4. Eine Weiterführung der Sonderklassen in spätere Schuljahre, also der Ausbau nach oben, ist mindestens für ein, wenn möglich, für weitere Schuljahre notwendig und anzustreben.
5. Da die Sprache Trägerin der ganzen Bildung ist, da ferner und daher Sprachgebrechen eine bedeutungsvolle Entwertung des Individuums bedeuten oder zur Folge haben, so beginnt mit der speziellen therapeutischen und prophylaktischen Behandlung sprachkranker Schulkinder zugleich auch eine besondere kulturelle Förderung des Individuums bzw. des Volkes, deren Folgen sich gar nicht absehen lassen. Es ist eine durch die Alltagserfahrung sich fortwährend bestätigende Tatsache, daß die Pflege der Sprache nicht in einem unserer ganzen Kulturhöhe

entsprechenden Maße geübt wird. Und doch bedeutet die Sprache so endlos viel. Eine Regeneration auf diesem Gebiet hat ab ovo zu beginnen, also mit der Pflege der Sprache im Elementarunterricht. Broch.

VIII. Varia.

79. *E. Müller*. Die Therapie der angeborenen Syphilis nebst einigen klinischen Bemerkungen. Berl. klin. Wochenschr. 1915, Nr. 40.

Empfehlung intensiver wiederholter kombinierter Kuren von Neosalvarsan- und Kalomelinjektionen (0,001 Kalomel und 0,015 Neosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht). Grund.

80. *Strauss*. Zur Lecutylbehandlung der Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. 1915, Nr. 41.

Interne Darreichung von Lecutyl (Lecithinkupfer) verbunden mit Einreibungen und intravenösen Injektionen brachte Heilung in einer Anzahl von Lupusfällen bzw. auch des Gesichts und der Nase. Grund.

81. *Brösamles* u. *Zeeb*. Über den Wert von Blutuntersuchungen bei der Durchführung einer Tuberkulinkur. Arch. f. klin. Med. 118. B. S. 163.

Kranke, welche eine Tuberkulinkur gut vertragen, reagieren auf jede Injektion mit einer Vermehrung der Eosinophilen. Dauernes Ausbleiben der Vermehrung läßt darauf schließen, daß der betreffende Kranke für die spezifische Therapie ungeeignet ist. Grund.

82. *Gh. Ferreri (Rom)*. Commemorazione del prof. Emilio De Rossi. Atti della clinica etc. 1914.

In der Gedenkrede, welche am 11. November 1913 bei der Eröffnung der 16. Versammlung der italienischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft gehalten wurde, preist F. die reichhaltige und fruchtbare Tätigkeit seines Vorgängers an der Universität in Rom, des De Rossi, welche eine Fortsetzung der Tradition berühmter italienischer Gelehrter, wie des Fallopi, Valsalva, Scarpa u. a. in der medizinischen Wissenschaft bildet. De Rossi glänzte durch von ihm angebahnte Fortschritte und durch seine Genialität nicht nur auf dem Gebiete der Otiatrie, sondern auch auf jenem der Rhinolaryngologie, und seit seinen Jugendjahren schöpfte er aus allen Zweigen der physikalischen und biologischen Wissenschaften, um sich eine tiefe intellektuelle Erziehung anzueignen. Er liebte die Künste und die Literatur wie wenige andere Männer der

Wissenschaft, und als Lehrer hatte er wie kein anderer die Fähigkeit, bei seinen Jüngern die Begeisterung für die Wissenschaft und das Vertrauen in ihre Zukunft einzuflößen, und er pflegte die jungen Studenten aufzufordern, den Traditionen der Renaissance folgend, den größten Wert auf das Individuelle und auf die Unabhängigkeit des eigenen Urteils zu legen. Er gehörte zu jenen erleuchteten Geistern, welche ohne in die Grenzen des Unbekannten einzudringen und, ohne Mystiker zu sein, gestützt auf die Leistungsfähigkeit der Wissenschaft und des menschlichen Geistes, von dem Glauben an die Unsterblichkeit durchdrungen waren.

Zum Schlusse folgt ein ausführliches Verzeichnis der zahlreichen Arbeiten des De Rossi, unter welchen außer der italienischen viele in der deutschen, zwei in der französischen und eine in der englischen Sprache abgefaßt sind.

Spira.

83. *Gh. Ferreri (Rom)*. La informa universitaria e l'inseguamento della oto-rino-laringoiatria in Italia. Atti della clinica 1914.

Die wichtigsten Vorschläge der „Königlichen Kommission“ bezüglich der Reform der medizinischen Studien betreffen 1. die Trennung des Doktorats von dem Diplom zur Befähigung zur praktischen Ausübung der Medizin; 2. die obligatorischen Lehrgänge für die eine und die andere Laufbahn und 3. die Einrichtung der wissenschaftlichen Institute. Diese Unterscheidung in gelehrte und in professionelle medizinische Studien, gleichsam als ob es eine metaphysische und eine praktische Medizin gäbe. Diese Beschränkung und Bevormundung der wissenschaftlichen Ausbildung muß als ein Rückschritt und als eine Drosselung der Wissenschaft angesehen werden und hat die einmütigen Proteste sämtlicher akademischen Korporationen hervorgerufen, während keine einzige billigende Stimme sich zu ihren Gunsten erhoben hat. Auch die Vorschläge betreffend die Studienordnung, den Unterrichtsstoff und die Vereinigung verschiedener Schulen in einige prinzipielle Institute, denen die anderen untergeordnet sein sollen, bedeuten einen Rückschritt und können der Wissenschaft und dem Unterricht nur zum Schaden gereichen, wie ausführlich auseinandergesetzt wird. Man muß sich vor Augen halten, daß die Dekadenz der Universität schon in der übermäßigen Ingerenz des Staates seinen Ursprung hat und daß, um die italienische Universität wieder auf jene Höhe zu bringen, von welcher aus sie im Mittelalter und in der Renaissance die zivilisierte Welt erleuchtete, ihr absolute uneingeschränkte Freiheit, mit der didaktischen, disziplinaren und administrativen Autonomie ohne jede Einmischung des Staates wieder gegeben werden muß. F. verwahrt sich gegen die unserer speziellen Wissenschaft drohenden *diminutio capitis*, da

gerade dieser Spezialität die Lösung mancher ernsten biologischen und klinisch-sozialen Probleme zu verdanken ist und beklagt es, daß in Italien, in dem einzigen der zivilisierten Staaten, der Unterricht und die Prüfung in der Oto-Rhino-Laryngologie noch nicht obligatorisch sind. Zum Schlusse drückt F. die Hoffnung aus, daß der besprochene Reformvorschlag eine radikale Modifikation erfahren wird, entsprechend den Bemerkungen und den Wünschen aller jener, denen der freie Fortschritt der Wissenschaft in der künftigen italienischen Universität am Herzen liegt.

Spira.