VII. Der chronische Nasen- und Rachenkatarrh.

Ergänzende Bemerkungen

von

Dr. Max. Bresgen

in Frankfurt a. M.

Meine Schrift über den chronischen Nasen- und Rachenkatarrh (Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1881) hat in einzelnen Punkten missverständliche Auffassung in der Literatur gefunden. Ich lasse es mir im Nachstehenden angelegen sein, durch *thatsächliche* Ergänzungen jenen Irrthümern zu begegnen.

Am heftigsten bin ich von Gottstein in seiner kritisirenden Besprechung¹⁾ meiner Schrift angegriffen worden.

Meiner Behauptung, dass die Einführung von Instrumenten in den Mund und Rachen durch die übergrosse Empfindlichkeit, welche zumeist Folge einer chronisch-katarrhalischen Affection der Rachenschleimhaut sei, beeinträchtigt werde, und dass noch Niemand versucht habe, auf dem natürlichen Wege dieses abnorme und der Untersuchung sehr hinderliche Verhalten zu beseitigen, setzt Gottstein die Bemerkung entgegen, dass alle Autoren mehr oder minder ausführlich über die Hyperästhesie des Rachens und die „natürlichen“ Mittel, dieselbe zu überwinden, sich ausgesprochen hätten und dass bei der rhinoskopischen Untersuchung noch andere Umstände, als die von mir bezeichneten, wie die Nausea mentalis, ungeschicktes Athmen von Seiten des Kranken u. s. w. von Einfluss seien. Auch möchte wohl der Umstand, dass ich stets mit reflectirtem Lichte untersuche, wodurch die Schleimhaut stets röther erscheine, als bei einfallendem Tageslichte, mich zu der Ansicht gebracht haben, dass alle Menschen an Pharyngitis litten.

Ich habe in meiner Schrift ausdrücklich betont, dass ich das natürliche Verfahren zur Beseitigung der Hyperästhesie des Rachens in der Beseitigung ihrer Ursache erkenne; als diese habe ich fast stets einen chronischen Rachenkatarrh erkannt. Der natürliche Weg, diesen zu beseitigen, ist aber nicht das „richtige Athmen“. Dieses ist auf alle Fälle selbstverständlich; denn ohne solches ist eine wirkliche Untersuchung des Rachens und Nasenrachenraumes unmöglich. Dem habe ich in meiner Schrift auch hinreichend Ausdruck verliehen (vergl. Seite 9 u. f.).

Was meine Untersuchung mit „reflectirtem künstlichen Lichte“ betrifft, so hat Gottstein übersehen, dass ich meine Lichtquelle stets mit einem dunkelblauen Cylinder umgeben habe. Das dunkelblaue Licht lässt die Schleimhaut eher fahl als roth erscheinen. Und wenn dies

¹⁾ Breslauer ärztl. Zeitschrift No. 10, 1881.

auch nicht der Fall wäre, so könnte Gottstein's Einwurf schon um deswillen keine Geltung haben, weil ich seit Jahren stets ein und dasselbe Licht verwende, also stets unter den gleichen Verhältnissen untersuche, mithin auch alle Unterschiede ebenso gut erkennen muss, wie wenn ein Anderer stets mit natürlichem Lichte untersucht. Aber überdies ist das alles hinfällig im vorliegenden Falle, da meine hier in Rede stehenden Angaben zum allergrössten Theile auf die Granulierung und nicht auf die allgemeine Schwellung und Röthung der Rachen-schleimhaut sich beziehen.

Gottstein stellt meiner Behauptung, dass zu einer ausreichenden Besichtigung des Rachenraumes ein Hinabdrücken des Zungengrundes erforderlich sei, die Ansicht gegenüber, dass man am besten thue, mit dem vorderen Rande des Spatels in der Mitte die Zunge niederzudrücken.

Es ist nach meiner Erfahrung unmöglich, die hintere Rachenwand in ihrer ganzen Ausdehnung zu betrachten sowie den Nasenrachenraum mit Spiegel zu untersuchen, wenn man die Zunge nur in ihrer vorderen Hälfte niederdrückt. Licht und Raum ist zur Untersuchung der Rachenhöhle vor allen Dingen erforderlich. Wenn ich nur die vordere Hälfte der Zunge mit dem Spatel niederdrücke, so veranlasse ich den Kranken die Zunge hinten zu wölben und mit dem Gaumensegel in Berührung zu bringen. Dadurch gelangt der Kranke von selbst zum Athmen durch die Nase, was eine Untersuchung der Rachenhöhle direct verhindert. Je mehr man den Spatel dem Zungenrunde nähert, um so wichtiger ist bezüglich des Gelingens der Untersuchung eine ruhige Haltung desselben. Je ruhiger derselbe liegend erhalten wird, je langsamer das Niederdrücken desselben stattfindet, desto weniger wird der Kranke belästigt und desto ruhiger natürlich wird seine Rachenmuskulatur sich verhalten.

Wenig Beifall spendet Gottstein meiner Ansicht, dass fast jeder Mensch an einer chronisch-katarrhalischen Affection der Rachenorgane leide, und zwar fast ausnahmslos auf der Basis der sog. Pharyngitis granulosa. Ich bin allerdings nicht im Stande, diese in der Praxis und im gewöhnlichen Verkehre mit sonst gesunden Menschen gemachte Erfahrung durch an zahlreichen Leichen, welchen beliebige Todesursachen zu Grunde lagen, erlangte Sectionsresultate zu stützen. Ich hege aber die Zuversicht, dass mir dies gelingen würde, wenn ich in der Lage wäre, über ein solches Material verfügen zu können.

Ich halte den chronischen granulären Rachenkatarrh für ererbt. Ich lasse es dahingestellt, ob sich im Laufe der Zeit mit oder ohne hinzutretende Schädlichkeiten die Granula vergrössern. Ich sah die stärksten Formen des granulären Rachenkatarrhes schon bei Kindern unter 10 Jahren, ja bei einem solchen von noch nicht 2 Jahren und einem von $\frac{3}{4}$ Jahren¹⁾. Auch habe ich mehrfach Gelegenheit gehabt, bei den verschiedenen Mitgliedern einer Familie die Pharyngitis granulosa zu constatiren.

Weil ich nun die Granula als ererbte Gebilde ansehe und behaupte, dass fast jeder Mensch an einer chronisch-katarrhalischen Affection der Schleimhaut der Rachenorgane, fast ausnahmslos auf der Basis der sog. Pharyngitis granulosa leidet, so glaubt Gottstein den Schluss ziehen zu dürfen, „dass entweder die Granula normale Bildungen der Pharynxschleimhaut seien, oder dass die Disposition zum chronischen Rachenkatarrh sich in der ganzen Menschheit in derselben Weise vererbe, wie etwa andere geistige und körperliche Unvollkommenheiten seit dem Sündenfall.“ Auffallend bleibe es, dass die Granula als normale Bildungen der Schleimhaut von den Histologen bis jetzt nicht beschrieben worden seien.

Ich betrachte, trotzdem ich mich gezwungen sehe, eine mit mehr oder weniger zahlreichen oder grossen Granula besetzte Schleimhaut fast als ein normales Vorkommnis anzusehen, die Granula dennoch nicht als normale Bildungen der Pharynxschleimhaut: ist ja das letztere durchaus nicht nothwendige Folge des ersteren. Ich finde es deshalb sehr begreiflich, dass Niemand die Granula als normale Bildungen der Schleimhaut beschrieben hat. Dahingegen ist es mir sehr wohl denkbar, dass die Nachkommen solcher Menschen, welche entweder durch Khma oder Gewohnheit dem Genusse scharfer Gewürze, Spirituosen überhaupt geistiger Getränke in grösserer Menge, sowie dem übermässigen Gebrauche des Tabaks ergeben sind, die von ihren Vorfahren einmal erworbenen und ihnen vererbten Granula weiter vererben und so zu immer grösserer Ausdehnung und Entwicklung bringen, zumal wenn dieselben oder andere gleichwerthige Schädlichkeiten auf eine schon mit Granulis versehene Rachenschleimhaut dauernd einwirken²⁾.

Meiner im Anschluss an Ziem ausgesprochenen Ansicht, dass weite Nasengänge und Atrophie der Schleimhaut durchaus kein nothwendiges Attribut der Ozaena seien, stellt Gottstein die Frage gegenüber, wer je behauptet habe, dass die Atrophie der Nasenschleimhaut charakteristisch für die Ozaena sei. Es sei doch wohl ein Unterschied, ob man sage,

dass jede Atrophie der Nasenschleimhaut constant zum Foetor führe, oder dass jede Ozaena auf einer solchen Atrophie heruhe.

Ich muss mich wundern, dass Gottstein selbst obige Frage gestellt hat. Denn er selbst hat jene Behauptung an dem auch von mir citirten Orte³⁾ aufgestellt. Wird dort auch zunächst von geräumiger Nasenhöhle und atrophischen Muscheln gesprochen, so versteht sich doch von selbst, dass, wenn die Muscheln atrophiren, die diese bedeckende Schleimhaut dasselbe thut, was ja Gottstein auch selbst annimmt, indem er sagt: „Endlich sind auch nach meiner Beobachtung die Fälle die milderen, in denen neben theilweiser Atrophie noch Reste von Hyperplasie vorhanden sind.“ Dann auch: „So können wir die einfache Erweiterung der Nasenhöhlen selbst bei Vorhandensein von vermehrter Secretion nicht als wesentlichen Factor zur Bildung der Ozaena beschuldigen. Es bleibt nichts übrig, als in der Beschaffenheit der Schleimhaut (!) sowie des Secretes ein Moment zu suchen, das uns die Erscheinungen erklären könnte.“ Und ferner: „Parallel mit dieser Atrophie (der Nasenmuscheln) finden wir aber auch eine eigenthümliche Veränderung der Schleimhaut“ (!). Endlich noch: „Die Nasenschleimhaut (!) der an Ozaena Erkrankten ist blass, anämisch, atrophisch“ (!).

Gottstein behauptet auch, er habe niemals gesagt, „dass in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle die Ozaena ein constantes Symptom nur der chronischen Rhinitis sei, bei dem es zur Atrophie der Nasenschleimhaut gekommen.“

Gottstein sagt nun selbst an dem von mir auch citirten Orte⁴⁾, er habe früher (Berl. klin. Wochenschrift No. 37, 1878) constatirt, „dass in der weitüberwiegenden Anzahl (der Fälle) andere pathologische Processe“ als Atrophie der Nasenschleimhaut „zur Eiterretention und Zersetzung des Secretes nicht“ führten. Heisst dies etwas anderes, als was auch vorstehendes Citat aus meiner Schrift besagt. Und dieses ist auch wiederum wörtlich Gottstein entnommen; nur gehören die oben gesperrt gedruckten Worte seinem Aufsätze in No. 17 der Breslauer ärztlichen Zeitschrift Jahrg. 1879 an und sind daselbst mit dem übrigen Citate, welches ursprünglich dem Aufsätze in No. 37 der Berluer klinischen Wochenschrift, Jahrg. 1878, entstammt, in Verbindung gebracht.

Bezüglich syphilitischer Nasenerkrankung mit Foetor kann ich zum Beweise meiner Behauptung, dass Gottstein erst im Jahre 1879 erfahren, dass Foetor auch bei Nasenerkrankungen auf syphilitischer Basis vorkomme, nur die bezügliche Stelle aus Gottstein's Arbeit (Bresl. ärztl. Z. No. 17, 1879) citiren: „Diese Ansicht muss ich jetzt dahin modificiren, dass, wenn auch in einzelnen Fällen von syphilitischer oder scrophulöser Nasenerkrankung der Foetor bedingt wird durch die atrophische Degeneration der Schleimhaut, es dennoch zweifellos Fälle von Nasenerkrankungen mit Foetor giebt, bei denen andere pathologische Processe zu Grunde liegen.“

Ich habe in meiner Schrift gesagt: „Mir ist es sehr erklärlich, warum so allgemein die Atrophie der Schleimhaut als charakteristisch für die Ozaena hingestellt wird. Die gut situirten Leute gehen wegen ihres gewöhnlichen Nasenkatarrhes in Folge ihrer grösseren Sensibilität, sei sie subjectiver oder objectiver Ursache, meist früher zum Arzte, als das ärmere Publikum. Zudem leben jene nicht in Verhältnissen, in denen sie tagtäglich übelriechende Luft einathmen müssen. Aus diesen zwei Gründen glaube ich es vollkommen erklären zu können, dass bei den vorkommenden Ozaenafällen die Schleimhaut zumeist schon im Zustande der Atrophie angetroffen wird. Denn den wirklichen foetiden chronischen Nasenkatarrh trifft man bei der wohlhabenden Bevölkerungsklasse bei weitem seltener, als bei der ärmeren.“

Wenn nun in Breslau von Gottstein in den letzten drei Jahren unter circa 100 Fällen von „Rhinitis atrophicans cum foetore“ höchstens 6 oder 7 unter ungünstigen äusseren Verhältnissen lebend befunden wurden, so kann ich nicht umhin, diese Thatsache als ein wenig schmeichelhaftes Zeugnis, ausgestellt der wohlhabenden Bevölkerung Breslau's, zu betrachten.

Zu meiner oben citirten Ansicht hin ich nicht zum wenigsten durch Ziem's Arbeit⁵⁾ hingeführt worden. Dieser hatte in einem concreten Falle den Nachweis von der verderblichen Einwirkung von in der Mundhöhle abgelagerten Fäulnisserregern — hier in einem cariösen Zahne — erhalten. Daraufhin gestützt glaubte er annehmen zu können, dass ungeeignete, frische Luft abschliessende Behandlung von Infectionskrankheiten einen vorhandenen gewöhnlichen Schnupfen zur Ozaena wohl umzuwandeln vermöge. Auch der Einfluss dumpfer, feuchter Luft auf die Entwicklung des Leidens sei nicht zu unterschätzen.

Im Anschluss daran sagte ich: „Es leuchtet Jedem wohl ohne Weiteres ein, dass Jemand, der mit einem chronischen Nasenkatarrhe behaftet ist und in diesem Zustande tagtäglich in einer mit üblen Ge-

¹⁾ Deutsche medic. Wochenschrift No. 2. 1881.

²⁾ Vergl. das über den chronischen Nasenkatarrh in meiner ehestens in der Volkmann'schen Sammlung erscheinenden Arbeit „Das Asthma bronchiale und seine Beziehungen zum chronischen Nasenkatarrhe sowie deren Heilung“ Gesagte.

³⁾ Berliner klin. Wochenschrift No. 37, 1878.

⁴⁾ Breslauer ärztliche Zeitschrift No. 17, 1879.

⁵⁾ Monatsschrift für Ohrenheilk. sowie für etc. No. 4. 1880.

rüchen überladenen Atmosphäre zubringen muss, einen foetiden Nasenkatarrh sehr leicht erwerben kann. Dass besonders penetrante Riechstoffe ausserordentlich in der Nase haften, kann man oft genug an sich selbst erleben. Den Foetor aus Nase und Mund bei der einfachen sog. Ozaena oder bei Lues der Nase rieche ich, wenn ich unvorsichtiger Weise zu viel davon in meine eigene Nase eindringen liess, noch mehrere Stunden lang trotz Waschens des Gesichts, des Bartes etc.; so eindringlich haftet der Foetor an den Stellen, welche er bestrich.“

Ich kann mich der Auffassung Ziem's nur anschliessen, wenn er sagt, die grosse Haftbarkeit der Riechstoffe erkläre es, wenn in die Nase eingedrungene und eingenistete Fäulnissträger hier fort und fort eine putride und je länger je mehr putrescierende Blennorrhoe unterhielten und somit schliesslich zu einem oft unlöslichen Circulus vitiosus Veranlassung gäben, da die so schwer entfernbaren zähflüssigen Secretmassen zersetzt, nun ihrerseits neue Fäulnisserreger produciren müssten.

Angesichts solcher Erklärungen ist es mir unerklärlich, wie E. Fränkel¹⁾ meine in Anschluss an Ziem ausgesprochene Auffassung von der möglichen Einwirkung von Fäulnisserregern auf den gewöhnlichen Nasenkatarrh so missverstehen konnte, dass er Martin beistimmt, wenn dieser sage: „C'est une ozène symptomatique d'une Carie dentaire etc.“ Solches kann man doch nicht von der ganzen Hypothese, sondern doch höchstens von dem einzelnen Falle, der aber der Ausgangspunkt jener wurde, sagen. Aber auch darauf dürfte der Ausspruch mit Recht nicht anzuwenden sein. Denn von einer symptomatischen Ozaena im Gefolge eines cariösen Zahnes wird man doch nur dann sprechen können, wenn die erstere nach Entfernung des letzteren ohne weiteres wieder verschwindet.

Bestätigt wird von E. Fränkel meine Behauptung, dass der fötide chronische Nasenkatarrh stets einen gewöhnlichen zum Vorgänger habe, auch dass das atrophische Stadium der sog. Ozaena aus einem hypertrophischen hervorgehe, und zwar auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchungen²⁾.

Neuestens ist Herzog³⁾, der auch zum ersten Male die von mir für Ozaena vorgeschlagene Benennung „fötider chronischer Nasenkatarrh“ anwendet, mit der entschiedenen Behauptung aufgetreten, dass die Scrophulose als einzige Ursache für die Entstehung des letzteren anzusehen sei.

Ich sagte in meiner Schrift über den chronischen Nasen- und Rachenkatarrh, dass ich, wie ja auch andere Autoren vor mir, scrophulös beanlagte Individuen zu chronischen Nasenkatarrhen weit mehr, als andere, geneigt hielte. Ich sagte auch, dass ein gewisser, von vornherein als chronisch auftretender Nasenkatarrh stets auf Scrophulose beruhe.

Wenn ich mir nun Angesichts der Herzog'schen Behauptung die von mir behandelten Fälle von fötidem chronischen Nasenkatarrhe in's Gedächtniss zurückzurufen suche, so muss ich allerdings Herzog in sofern beipflichten, als ich mich nicht eines Falles entsinnen kann, in welchem nicht wenigstens in der Jugend scrophulöse Symptome vorhanden gewesen wären.

Ich lege mir nun aber die Frage vor, wie es komme, dass nicht bei allen scrophulös beanlagten und scrophulösen Menschen aus der gewöhnlichen Form des chronischen Nasenkatarrhes sich die fötide entwickle, oder warum bei so vielen unzweifelhaft scrophulösen Menschen diese letztere Form doch nicht angetroffen werde. Demnach kann ich die Scrophulose doch unmöglich als die „einzige“ Ursache des fötiden chronischen Nasenkatarrhes ansehen. Und da könnte man vielleicht sagen, dass, wenn scrophulöse oder scrophulös beanlagte Menschen, welche an einem chronischen Nasenkatarrhe leiden, ihre Nase Fäulnisserregern auf längere Zeit auszusetzen gezwungen sind, aus dem einfachen Nasenkatarrh sehr leicht und viel leichter als bei anderen Menschen ein fötider werden kann.

Daran scheint aber auch Herzog gedacht zu haben; denn er sagt unter Bezugnahme auf Ziem: „Inwiefern jene Schimmelbildungen von Einfluss sind, will ich vorläufig noch unentschieden lassen; Thatsache ist jedoch, dass durch einen längeren Aufenthalt in derartigen ungünstigen Verhältnissen (in dumpfen, feuchten Wohnungen) sich wie allerwärts in der Haut und in den Schleimhäuten, besonders aber in der Nasenschleimhaut, begünstigt durch den anatomischen Bau der Nase, ein gewisser Reizungszustand ausbildet, der entweder zur spontanen Entstehung eines fötiden chronischen Nasenkatarrhes führt oder die allmälige Entwicklung eines solchen aus einem einfachen chronischen Nasenkatarrh begünstigt.“

Meine Beobachtung, dass zu chronischem Nasenkatarrhe sich häufig

eine katarrhalische Affection des Thränennasenganges geselle, bestätigt Herzog auf Grund seiner Erfahrungen an derartigen Kranken.

Gottstein glaubt meiner Erfahrung, dass häufiges, spontanes Nasenbluten, besonders bei Kindern, für ein sicheres Symptom eines langsam sich entwickelnden chronischen Nasenkatarrhes anzusehen sei, nicht beistimmen zu können. Selbstredend ist das durch Kratzen mit dem Fingernagel an der Scheidewand hervorgerufene Nasenbluten hier nicht gemeint. Ich möchte hier trotz Gottstein nochmals dringend auffordern, bei vorkommendem zweifellos spontanen Nasenbluten, insbesondere bei Kindern, in erster Linie an einen langsam sich entwickelnden chronischen Nasenkatarrh zu denken und daraufhin auch zu untersuchen oder untersuchen zu lassen. Sehr häufig wird man auch schon ausgebildete Katarrhe vorfinden; dann aber fand ich die blutende Stelle meist im Bereiche der unteren Muschel. Diese letzteren Blutungen gehören aber eigentlich nicht mehr zu den spontanen im strengen Sinne des Wortes, denn sie sind wohl stets durch entweder mittelst Schneuzens oder Ausspritzen der Nase hervorgebrachte Lösung von eingetrockneten Secretlappen bedingt.

Auch die von mir als sicheres Symptom eines chronischen Nasenkatarrhes bezeichnete dauernde abnorme Röthung der äusseren Nase, insbesondere der Nasenspitze, will Gottstein nicht anerkennen. Ich habe meine Auffassung in meiner Schrift so ausführlich begründet, dass ich Zweifler auf diese verweisen und auffordern muss, vorkommenden Falles eine genaue Prüfung eintreten zu lassen und die Resultate derselben der Oeffentlichkeit nicht vorzuenthalten.

Bezüglich der Nothwendigkeit der localen Behandlung insbesondere der Nasenkatarrhe möchte ich hier noch einige eindringliche Worte sprechen.

Von ärztlicher Seite wird auf die Beseitigung eines chronischen Nasenkatarrhs noch viel zu wenig Gewicht gelegt. Es kommt ungeheuer häufig vor, dass Kranke Jahre lang von ihrem Hausarzte mit den verschiedensten Mitteln, insbesondere mit der wegen ihrer Bequemlichkeit auf beiden Seiten immer noch so beliebten Nasendouche, ohne irgend welchen wirklichen Erfolg behandelt werden. Oft findet man colossale Schwellungen der Schleimhaut der Muscheln, oft auch die ganze Nase voll Polypen, ohne dass bisher etwas anderes als Schnupfpulver oder Nasendouche und dgl. verordnet worden wäre! Wenn die Verlegung, theilweise oder totale, des Nasenluftweges in ihrer wahren Bedeutung für das Wohlbefinden des ganzen Organismus stets gewürdigt würde, so könnten vorhin gekennzeichnete Fälle nicht vorkommen, ohne dass sofort eine sachgemässe locale Behandlung eingeleitet würde.

Die Nase ist der zum Athmen naturgemässe Weg, welche Thatsache zum Nachtheile des Kranken nur allzuhäufig verkannt wird. Die Nase hat den Zweck, in vielfach gewundenen Gängen die eingesogene Luft zu erwärmen und von den beigemengten Verunreinigungen zu reinigen, indem diese auf der stets feuchten Schleimhaut der Nasenhöhle niedergeschlagen werden. Nur nebenbei dient die Nase als Geruchsorgan.

Wird der Athmungsweg durch die Nase auf irgend eine Weise ganz oder theilweise verlegt, so muss man die zum Athmen nothwendige Luft den Lungen direct durch den Mund zuführen. Das hat aber mancherlei Nachtheile für den Organismus im Gefolge. Es können durch das directe Einströmen von kalter Luft in Mund, Hals und Lungen manche Erkrankungen der hier in Betracht kommenden Organe entstehen. Und in der That ist manche Hals- und Lungen-Entzündung auf die directe Einathmung nicht erwärmter und gereinigter Luft zurückzuführen.

Was nun die Behandlung betrifft, so müssen Schnupfpulver, welche der Kranke selbst anwendet, von gar keiner oder nur geringer Wirkung sein, weil das Pulver dem Luftstrom folgen muss, und der geht in den Nasenrachenraum: das Pulver gelangt nicht in die oberen Theile der Nase, gelangt nicht dorthin, wo es wirken kann und muss. Demnach muss das Pulver, soll es seinen Zweck erfüllen, von einem Kundigen unter Leitung eines Nasenspiegels und mittelst eines Insufflationsrohres dorthin geblasen werden, wo man den primären Sitz der Erkrankung erkannt hat. Wer hierzu die nöthigen Kenntnisse und hinreichende Erfahrung nicht hat, sollte so einsichtig sein, seine Kranken in dieser Beziehung kundigeren Händen anzuvertrauen. Das würde ihm zur Ehre und seinen Kranken zum Heile gereichen!

Gegen die urtheilslose Anwendung der Nasendouche habe ich mich in meiner mehrfach citirten Schrift eingehend und energisch ausgesprochen. Wie Mancher glaubt, er habe genug gethan, wenn er die Nasendouche verordnet hat! Ich will von den Gefahren der Nasendouche hier nicht sprechen. Ich muss nur darauf aufmerksam machen, dass dieselbe nur Palliativum ist; und ein solches darf, wenn wir wirkliche Heilmittel besitzen, vor diesen oder ausschliesslich nicht angewendet werden. Die Nasendouche als solche hat für einen mit einem chronischen Nasenkatarrhe Behafteten durchaus keinen wirklichen Nutzen. Ich bin sogar der Meinung, dass das einfache Ausspritzen der Nase, ohne dass sonst eine sachgemässe locale Behandlung stattfindet, dem Kranken directen und indirecten Schaden bringt.

¹⁾ Breslauer ärztl. Zeitschrift No. 11. 1881. Sep. Abdruck.

²⁾ E. Zuckerkandl bestätigt dies in seinem, jüngst erschienenen, vortrefflichen Werke (normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhangs) vollauf. Vergl. Seite 87—94.

³⁾ Wiener medic. Presse No. 29, 30, 31, 32, 34. 1881.

Directen, insofern durch das Wasser, sei es nun rein oder mit medicamentösem Zusatz versehen, besonders wenn es warm genommen wird, die Lockerung und Schwellung der Schleimhaut nur befördert, und indirecten Schaden, insofern eine sachgemässe locale Behandlung immer mehr hinausgeschoben wird und dadurch die Heilung sich immer schwieriger gestaltet und langsamer von statten geht.

Ich sollte glauben, das sei genügend, um zu zeigen, wie gewissenlos es ist, nicht dafür Sorge zu tragen, dass Nasenranke alsbald sachgemäss behandelt werden. Das gilt von allen Körperregionen, zu deren Untersuchung und Behandlung besondere Kenntnisse und Hilfsmittel erforderlich sind. Was letztere anlangt, so besitzen wir jetzt in der Galvanokaustik ein so vortreffliches Mittel, die Schleimhautschwellungen in der Nase zu zerstören, dass man nicht mehr berechtigt ist, von einer Unheilbarkeit eines Nasenkatarrhs zu sprechen. Was die Entfernung von Nasenpolypen anbelangt, so hat sich die Operationstechnik so vervollkommen, dass man die Operation der Nasenpolypen mittelst der Schlinge schmerz- und gefahrlos bezeichnen kann¹⁾.

Am wichtigsten aber ist schnelle sachgemässe Hilfe bei luëtischer Erkrankung der Nasenhöhle. Das Gleiche gilt natürlich auch von Lues der Mund- und Rachenhöhle und des Kehlkopfes wie von Lues überhaupt. Wenn luëtische Beschwerden von Seiten der Nase stets sogleich als solche erkannt und behandelt würden, so wäre Necrose der Scheidewand, der Muscheln und des harten Gaumens weit seltener, als sie jetzt zur Beobachtung gelangt. So viel Selbsterkenntnis sollte Jeder besitzen, aber auch in die Praxis übertragen, dass, wenn bei der Untersuchung und Behandlung eines Organes besondere technische Schwierigkeiten zu überwinden sind, dies mit Vortheil für den Kranken nur von Solchen geschehen kann, welche reichliche Uebung und Erfahrung darin besitzen.

Seit das Vorstehende geschrieben wurde, ist in dieser W. (No. 6 d. J.) eine Besprechung meiner mehrfach citirten Schrift von M. Schaeffer erschienen. Letzterer lässt mich darin beim chronischen Nasenkatarrhe die Nase ausspritzen. Das ist in seiner Kürze, wie auch die obigen Auseinandersetzungen zeigen, nicht richtig. Denn ich bin ja gerade der erste, welcher das bisherige bedingungslose Ausspritzen der Nase beim chronischen Nasenkatarrhe abgestellt wissen will. Uebrigens hat sich der gleichen Ungenauigkeit wie Schaeffer auch Herzog in seiner oben citirten Arbeit schuldig gemacht. Ich lege auf die Richtigstellung dieses Punktes besonderes Gewicht, wie aus der ausführlich gegebenen Begründung meiner Forderung auch zu ersehen ist.

VIII. Zur Resection des carcinomatösen Pylorus spricht sich Dr. Anton Wölfler in einem offenen Schreiben vom 8. April an Dr. Wittelshöfer in der Wiener medicinischen Wochenschrift dahin aus, dass die bis jetzt erlangten Resultate trotz aller Widersprüche nur zu neuer Thätigkeit aufmuntern könnten und müssten, da er sowohl über die letzte von Herrn Prof. Billroth vor einem halben Jahre ausgeführte Resection, wie über den von ihm operirten Fall nur das Günstigste berichten könne. Es sei gerade ein Jahr, dass er an Maria Gebharter die Resectio pylori wegen eines Gallert-Carcinoms ausgeführt habe. Sowohl der vortreffliche Ernährungszustand der Frau, fährt er fort, als der Mangel aller subjectiven Beschwerden und endlich die in den letzten Tagen wiederholt vorgenommene Untersuchung weisen mit Bestimmtheit darauf hin, dass keine Recidive, weder am Magen noch in den benachbarten Lymphdrüsen vorhanden sei. Aber auch die zweite von Herrn Prof. Billroth am 29. October 1881 operirte Patientin befindet sich vollkommen wohl, sieht prächtig aus und ist glücklich, wieder ihrer gewohnten Arbeit ohne jede Störung nachgehen zu können. „Bedenkt man“, schliesst Wölfler, „dass unter 4 Frauen, welche nach der Pylorusresection mit dem Leben davongekommen sind, die eine ein halbes, und die andere ein ganzes Jahr recidivfrei geblieben sind, so kann eine objective, den gegebenen Verhältnissen Rechnung tragende Kritik den Werth dieser Operation nicht mehr unterschätzen! Und es liefern uns diese Thatsachen den Beweis, dass die Resection des carcinomatösen Pylorus nicht mehr — wie ich vor einem Jahr sagte — ihre Berechtigung habe, sondern im geeigneten Falle sogar geboten erscheint! Der Chirurg vom Fache wird es nicht mehr als sein Recht, sondern als seine Pflicht betrachten, im passenden Falle die Resectio pylori auszuführen!“

IX. Ein hochverdienter preussischer Medicinal-Beamter, der Geh. Kanzleirath im Ministerium der geistl. Angelegenheiten (Medicinal-Abtheilung) Herr Brauser, beging am ersten Osterfeiertage sein 50jähriges Dienst-Jubiläum unter grosser Betheiligung. Wir erwähnen, dass er durch den rothen Adlerorden III. Kl. mit der Schleife ausgezeichnet wurde und

der zur Zeit abwesende Minister von Gossler ein Handschreiben an ihn gerichtet hat, in welchem die Verdienste des Jubilars die wärmste Anerkennung finden. Es dürfte wenige preussische Aerzte geben, die nicht Herrn Brauser, dessen Kenntniss aller Schriftstücke seines Bureaus geradezu staunenswerth ist, zu Dank für seine stete Bereitwilligkeit in jeder Lebenslage verpflichtet sind. Wir wollen aber auch darauf hinweisen, dass wir Herrn Brauser einige vortreffliche epidemiologische Arbeiten über den Gang der Cholera in Preussen verdanken, in denen das reiche, ihm zu Gebote stehende Material mit gesündester Kritik verworther worden ist. Möge er noch lange als eine der festesten Stützen des inneren Lebens der Medicinal-Abtheilung fungiren.

¹⁾ Meine Anschauungen über diese Frage habe ich neuerdings gelegentlich einer Polemik mit A. Hartmann in der Berliner klin. Wochenschrift 1882, No. 3 und 8 eingehender erörtert.