IV. Ueber Rhinitis fibrinosa diphtherica.

Von Dr. F. Pluder in Hamburg.

(Schluss aus No. 44.)

Um die volle Ueberzeugung zu bringen, dass die Rhinitis fibrinosa eine leichte Erscheinungsform der Diphtherie ist, können noch eine Anzahl klinischer Thatfachen beigebracht werden. Während schon Seifert eine Häufung der Fälle zu einer bestimmten Zeit sah, verschiedene Beobachter [Hartmann, Fraenkel, Seifert, Roland²⁴⁾] das gleichzeitige Auftreten bei mehreren Geschwistern derselben Familie constatirten, der Fall von Scheinmann während einer lokalisirten Diphtherieepidemie zur Beobachtung kam, beschreibt Abel¹⁰⁾ einen Fall fibrinöser Rhinitis, wo sich kurz nach Ablauf einer Rachendiphtherie bei diesem Patienten die Nasenaffection entwickelte, und einen zweiten, wo bei einem neunjährigen Knaben die Erkrankung auftrat, nachdem seine Mutter kurz vorher an Rachendiphtherie gelitten hatte. Contagion ist anzunehmen bei einem Falle von E. Meyer,²²⁾ wo Gespielen des an Rhinitis fibrinosa leidenden Knaben, die in demselben Hause wohnten und einer anderen Infektionsquelle, soweit eruirbar, sich nicht ausgesetzt hatten, bald darauf schwere Rachendiphtherie acquirirten, und dieselbe Uebertragung wird angegeben in je einem Falle von Treitel und von Katz.²⁵⁾ Gerber¹³⁾ berichtet über einen gleichen Fall, wo nach Ablauf der Nasenaffection und eines dazwischen liegenden, fast achtwöchentlichen Gesundheitsintervalls bei diesem Patienten sich schwere Schlunddiphtherie entwickelte, die zur Weiterverbreitung führte. An der Kinderklinik zu Christiania sah Johannessen²⁶⁾ durch ein an Diphtherie erkranktes Kind in dem betreffenden Pavillon Weiterverbreitung des Giftes und nachfolgende Erkrankung von vier Insassen, dreien an Rachendiphtherie und einem an Rhinitis fibrinosa. Die Combination mit Rachendiphtherie bei demselben Patienten hat Scheinmann²⁷⁾ fünfmal beobachtet. Meine Fälle zeigten Ihnen sowohl Combination mit Rachendiphtherie bei demselben Patienten, sowie Vergesellschaftung mit schwerer und leichter Schlunddiphtherie und mit diphtherischer Angina bei Personen der Umgebung, so zwar, dass entweder die Nasenaffection um eine Woche den Rachenerkrankungen vorausging und der Giftverbreitung angeschuldigt werden muss, oder die Rachendiphtherie einen zeitlichen Vorsprung hatte und zur Ansteckung Veranlassung gab. Es ist somit die Contagion in beiderseitiger Beziehung für die Rhinitis fibrinosa als gegeben zu erachten; für die wenigen Jahre, wo die Affection erst daraufhin controllirt wird, müssen die angeführten Beispiele als genügend angesehen werden. Bei meinen Beobachtungen bestand die Vergesellschaftung mit Schlunddiphtherie in der Umgebung gerade in der Hälfte der Fälle. Ob danach die Affection auch weiterhin als so harmlos und unschuldig wird angesehen werden können, wie dies Liebreich²⁸⁾ und Hanseemann wollen, überlasse ich Ihrer Beurtheilung. Eine der in meinem ersten Falle geschilderten Familienepidemie ähnliche Hausinfection, die von einer Rhinitis fibrinosa ihren Ursprung nahm, beschreibt noch Ravenel;¹⁶⁾ nur liegen die einzelnen Erkrankungen zu weit auseinander, um ganz einwandfrei zu sein. In zweien meiner Fälle ist gleichfalls eine weiter zurückliegende diphtherische Infektionsquelle notirt, deren Geltung allerdings sehr zweifelhaft ist.

Die Einzelheiten des klinischen Bildes, die der Rhinitis fibrinosa eine Eigenstellung geben, insbesondere den Gegensatz zur Nasendiphtherie begründen sollten, werden einer Kritik nicht standhalten. Die absolut gute Prognose und der milde Charakter der Affection wirken nur deswegen etwas überraschend, weil man sich gewöhnt hat, im Hinblick auf die gewöhnliche Form der vom Rachen her fortgeleiteten Nasendiphtherie mit Nasendiphtherie überhaupt den Begriff einer schweren Erkrankung zu verbinden. Diese fortgeleitete Nasendiphtherie ist aber meist von vornherein toxisch oder schon vorher toxisch, und mit ihrer grösseren Flächenerkrankung, im Bunde mit einer starken Schädigung der Schleimhautdecke, geht die Cumulation der Giftaufnahme in den Körper Hand in Hand. Dass es auch leicht verlaufende Krankheitsbilder dieser diffusen Rachenasendiphtherie giebt, geht aus einem Bericht von Gerlóczy hervor, der 28 Fälle behandelte, von denen acht die leichte, elf die mittelschwere und neun die schwerste Form zeigten. Auch sah ich kürzlich solchen leichten Fall diffuser Diphtherie, von dem zweifelhaft blieb, von wo die Affection ausgegangen war, primär von der Nase aus oder aufsteigend vom Rachen her. Der Grund der Consultation war die seit ein paar Tagen bestehende Nasenverstopfung; erst später kam Fieber hinzu und stieg die Membranbildung in den Kehlkopf hinab, so dass die Tracheotomie nöthig wurde. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelte es sich hier um primäre Nasendiphtherie, die, solange sie in der Nase allein bestand, ohne Allgemeinerscheinungen verlief. Schuld an der vorgefassten Meinung, die Nasendiphtherie müsse immer ein prognostisch ungünstiges Leiden sein, hat besonders auch die Säuglingsdiphtherie, die mit einer gewissen Vorliebe in der Nase sich lokalisiert. Monti²⁹⁾ beschreibt in dem Kapitel der primären Nasendiphtherie nur diese Säuglingsdiphtherie. Dass ein derartiges Leiden in diesem Alter schwer verläuft, ist naheliegend, da schon die gewöhnliche Koryza, beziehungsweise der eitrige Katarrh der Säuglinge ernst aufgefasst werden muss. Dazu kommt noch die öftere Complication mit Sepsis. Monti betont ausdrücklich das häufige Zusammentreffen mit septischen Processen der Mutter, und Ebstein³⁰⁾ ist geneigt, da bacteriologische Bestätigungen der Diagnose zu mangelhaft ausgeführt sind, diese schweren Säuglingserkrankungen als septische Processe aufzufassen und sie ins Gebiet der Pseudodiphtherien zu verweisen. Jedenfalls kann die primäre Nasendiphtherie der Säuglinge nicht zum Vergleich mit der Rhinitis fibrinosa, die gewöhnlich über ein Jahr alte Kinder befällt, herangezogen oder doch nur mit solcher im gleichen Lebensalter (vergleiche Fall von Czernetschka) in Parallele gestellt werden. Mild verlaufende Krankheitsformen sind uns von anderen Infektionskrankheiten (Scharlach, Typhus etc.) her geläufig, und leichte Rachendiphtherie und

Kehlkopfcroup mit keinen oder nur sehr geringen Allgemeinerscheinungen sind keineswegs eine Seltenheit. Auf der anderen Seite sind mässige Allgemeinerscheinungen in den ersten Tagen der Erkrankung gewöhnliche Begleiter der fibrinösen Rhinitis; leicht fieberhaften Zustand während des ganzen Verlaufes zeigten beispielsweise zwei Fälle Gerber's. Der Wegfall der Allgemeinerscheinungen ist übrigens erklärlich, da es bei dieser Form membranöser Schleimhautentzündung zu tieferer Schleimhautnekrose nicht kommt, nur die oberflächlichen Epithelschichten in den Process hineingezogen werden, die Bedingungen der Giftaufnahme in den Körper wohl nicht günstig sein werden, die Bacillen oft abgeschwächten Virulenzgrad und geringere Wachstumsenergie haben und die für den Rachen geltenden Wechselbeziehungen zu anderen Mikroorganismen hier anscheinend nicht so in Betracht kommen. Wenn vollvirulente Loeffler'sche Bacillen auch nachgewiesen wurden, so ist zu berücksichtigen, dass dies eben nur durch den Thierversuch geschehen ist, der Grad der Virulenz bei Mensch und Thier nicht vollkommen parallel zu laufen braucht und die Schwere des Krankheitsbildes vom Virulenzgrade der Bacillen allein nicht abhängt. Für die Abschwächung der Bacillenwirkung, die bacteriologisch sich in dem Umstand zeigt, dass die Stäbchen oft sowohl auf Blutserum, wie auf Agar nicht ganz so tüchtig wachsen und ihre Culturen eher absterben, spricht die klinische Beobachtung, dass bei membranöser Rhinitis öfter eine ganz geringe fibrinöse Exsudation auch auf einer oder beiden Gaumenmandeln sich zeigt (Moldenhauer,³¹) Stamm, Park,¹⁴) Gerber etc.). In Ausnahmefällen, wie beispielsweise bei Scheinmann's²⁷) und meinem ersten Fall, breitet sich diese Exsudation mehr aus, überschreitet die Mandeloberfläche und imponirt dann auch jedem Skeptiker als echte Rachendiphtherie.

Ob der subacute, beziehungsweise chronische Verlauf, der für die meisten Fälle der Rhinitis fibrinosa in der That zutrifft, durch Serumbehandlung zu beeinflussen ist, was als weiterer Beweis der Einheit gelten müsste — die Specificität dieser Behandlung vorausgesetzt —, darüber fehlt mir die Erfahrung. Mein einziger so behandelter Fall war so wie so schon im Abflauen. Die Dauer der Affection ist zu verschieden, um daraus einen Beweis gegen die Unität der Rhinitis fibrinosa und der Diphtherie zu construiren. Gewöhnlich sind es zwei bis drei Wochen, oft jedoch kürzer, manchmal länger, wie ja die Zeitdauer der Fälle von Schlund- und Kehlkopfdiphtherie gleichfalls schwankend ist. Auch bei der progressiv-toxischen Diphtherie schwinden beim gewöhnlichen Gange der Dinge die örtlichen Veränderungen meist zuletzt, beziehungsweise können die Membranen noch zu einer Zeit bestehen, in welcher die Allgemeinerscheinungen längst abgelaufen sind. Da es sich bei der Rhinitis fibrinosa um eine flächenhaft recht ausgedehnte Schleimhautreizkrankung handelt, die in einer engen, ausgebuchteten Spalte vor sich geht, so wird auch ihre Abheilung sich hinzögern müssen. Wie lange Zeit ein solcher fibrinöser Exsudationsprocess in der Nase, der unter bacterieller Mitwirkung (Gradenigo,³²) Lieven³³) rein lokal verläuft, zu seiner Ausheilung braucht, zeigt uns die gelegentlich nach chemischen oder caustischen Aetzungen zur Beobachtung kommende sogenannte Rhinitis fibrinosa artificialis. Auch hier treten die Membranen ein paar Wochen hindurch auf und erneuern sich bei mechanischer Entfernung immer wieder. Chronische, über Monate sich erstreckende Nasendiphtherie*) kennt man übrigens seit langem, und mein sechster Fall kann ebenso gut als solche bezeichnet werden. Was soll auch für ein Unterschied sein zwischen chronischer Nasendiphtherie und chronischer Rhinitis fibrinosa? Bei der toxischen Diphtherie kommt es zur Giftaufnahme in den Körper, auf die der Gesamtorganismus zu Heilzwecken reagirt. Da die Heilung durch Immunisirung bei Rhinitis fibrinosa fehlt, kann der im Durchschnitt längere Verlauf derselben nichts Ueberraschendes mehr bieten.

Berücksichtigt man alles bisher Gesagte, so wird man einen schroffen Gegensatz zwischen Rhinitis fibrinosa und Diphtherie nicht finden können. Auch besteht ein klinischer Uebergang zwischen beiden Krankheitsbildern. Die Rhinitis fibrinosa selbst schwankt sowohl in ihren Allgemeinerscheinungen (fieberloser Verlauf, Fieber am Anfang, dauernder Fieberzustand), als auch bezüglich des Intensitätsgrades der anatomischen Veränderungen (rein croupöse Entzündung und Mischformen, wie mein sechster Fall). Demgegenüber giebt es leichtere Formen der primären Nasendiphtherie, nicht häufig freilich, weil eben die primäre Nasendiphtherie nichts Alltägliches ist. Gerber fügt seinen vier Fällen fibrinöser Rhinitis einen solchen Fall hinzu, und auch in der amerikanischen Statistik werden leichtere Formen aufgeführt (Towson³⁴). Ohne jeden Zwang kann man, wenn man als Eintheilungsprinzip der primären Nasendiphtherie den klinischen Verlauf in den Vordergrund schieben will, eine acute, eine subacute und eine chronische Entzündungsform unterscheiden, und würde die fibrinöse Rhinitis ihr Material theils zur subacuten, theils zur chronischen Form beisteuern. (Stamm's Eintheilung in acute und chronische Nasendiphtherie ist unzureichend, weil die Rhinitis fibrinosa nur in der Minderzahl der Fälle wirklich chronisch verläuft.)

Auch das Beschränktbleiben der Membranbildung auf die Nase ist so typisch nicht. Ganz abgesehen von früheren, auf Bacillen nicht untersuchten Fällen (Raulin¹⁵), sah Treitel kürzlich bei der Rhinoscopia posterior das Fortschreiten des Belags auf die Hinterfläche der Uvula und den Retropharynx. Gerade so wie der Nasenrachen von Exsudationen meist frei bleibt, trotz der gleichen Flimmerepithelbekleidung wie in der Nase, für die der Bacillus eine gewisse Neigung zu haben scheint, ebenso

bleibt auch der vordere, mit Pflasterepithel bekleidete Nasenabschnitt, das Vestibulum, oft frei. Es sind also mit Vorliebe die engeren Theile der der Respiration dienenden Nasenhöhle, die die Mikroben zur Ansiedelung gelangen lassen. Ebenso aber, wie der Process sich gelegentlich nach dem Retropharynx fortpflanzt, kann er auch die vordere Nasenöffnung erreichen und sogar überschreiten, indem er sich in die ekzematöse Nasolabialfalte hinein entwickelt. Ein in bescheidenem Masse gehaltener progredienter Charakter ist also der Affection nicht abzusprechen.

Ofters ist der Process einseitig. Daraus aber einen Gegensatz zur Nasendiphtherie zu construiren, muss unhaltbar erscheinen, wenn man die ungünstigen Ansiedelungsbedingungen berücksichtigt, die auf der Nasenschleimhaut für das Loeffler'sche Stäbchen zutreffen, besonders wenn letzteres, wie schon ausgeführt, als in seiner Actionskraft herabgesetzt gelten muss oder eine geringe allgemeine Disposition des anzugreifenden menschlichen Organismus vorfindet. Eine oberflächliche, wenn auch noch so geringe Epithelläsion*) wird man zur Begünstigung der Ansiedelung in Anspruch nehmen müssen, die natürlich ebenso gut einseitig sein kann wie doppelseitig. Bekanntermaassen sind solche oberflächlichen Läsionen, die nur gröber ausfallen müssen, bei der experimentellen Thierdiphtherie der bacteriologischen Laboratorien nöthig, um den Pilz auf Schleimhäuten zum Wachstum zu bringen. Für eine solche prädisponirende Rolle von Epithelläsionen bei Rhinitis fibrinosa spricht schon die in zweien meiner Fälle begünstigte Entstehung der Krankheit durch ein Trauma und im Fall 5 durch einen Fremdkörper. Auch andere einseitig vorhandene prädisponirende Momente können gegeben sein. Im ersten Falle Gerber's war es eine (nur einseitig sichtbare) Rhinitis atrophicans, deren Bestehen vor dem Eintritt des fibrinösen Processes anamnestic festgestellt wurde. Der Knabe Robert M. zeigt jetzt solchen atrophirenden Schleimhautzustand in seiner rechten Nasenhälfte; nur lässt hier die Anamnese im Stich und dürfte mehr an einen Folgezustand der chronischen Diphtherie gedacht werden. Auch auf der Conjunctiva, auf der die Ansiedelungsbedingungen für den Loeffler'schen Bacillus noch ungünstiger liegen als in der Nase, ist das Auftreten eines einseitigen croupösen Processes ein nicht seltenes Ereigniss. Diese Conjunctivitis crouposa hat Vossius³⁵) in jüngster Zeit ihrer Harmlosigkeit entkleidet und für einen grösseren Theil der Fälle zur Diphtherie in Beziehung gebracht. Selbst einseitig auf die Gaumenmandel lokalisirte Diphtherie ist so selten nicht, wenngleich deren Verbreitung nach der gegenüberliegenden Mandel, den anatomischen Verhältnissen entsprechend, leicht möglich ist.

Nur bezüglich des letzten Punktes, Fehlen von Folgezuständen und Nachkrankheiten, ist der Gegensatz des klinischen Bildes der Diphtherie und der Rhinitis fibrinosa noch nicht recht zu verwischen. Ein in der Litteratur beschriebener Fall von Concetti³⁶) bei dem es zu einer postdiphtherischen Lähmung kam, ist nicht genügend beweiskräftig, da er mehr ins Gebiet der chronischen Nasendiphtherien gehört. Im Kampfe um die Identität des Croup und der Diphtherie, der jetzt als ausgefochten gelten kann, da die Anhänger der Dualität nur noch ganz gering an Zahl sind, wurden die Paralysen, weil sie beim Croup selten sind, als Hauptunterschiedsmoment angeführt. Jedenfalls ist die günstigste Lokalisation des örtlichen Processes für die Giftaufnahme in den Körper immer die Mandel, und werden Mandeldiphtherien leichter Nachkrankheiten aufzuweisen haben, als besonders die Diphtherien der mit Flimmerepithel bekleideten Schleimhäute; zumal wenn es bei diesen Schleimhäuten sich nur um einen mässigen Intensitätsgrad der Entzündung handelt, wird man von vornherein Nachkrankheiten schwerlich erwarten dürfen. Wenn wirklich eine postdiphtherische Lähmung bei Rhinitis fibrinosa beigebracht werden könnte, wenn beispielsweise Fall 6 eine solche nach sich gezogen hätte, was nach der Krankengeschichte am ehesten hätte erwartet werden dürfen, würde dies einen hartnäckigen Gegner wirklich überzeugen? Könnte er nicht immer wieder sagen: „Das ist keine fibrinöse Rhinitis; durch die Combination mit Lähmung wird der Fall als echte Diphtherie charakterisirt! Nach unseren heutigen Vorstellungen spielt beim Zustandekommen der Diphtherie die Disposition eine grosse Rolle, die einen Gegensatz zwischen der Ausdehnung der örtlichen Erscheinungen und der Intensität und Summe der Allgemeinerscheinungen verstehen lässt. Escherich³⁷) unterscheidet eine örtliche oder Oberflächendisposition und eine innere, der Giftempfänglichkeit des Organismus entsprechende. Bei der Rhinitis fibrinosa diphtherica fällt eine grosse Oberflächendisposition mit geringer Giftempfänglichkeit zusammen, wodurch ihr gesammter Verlauf, auch bezüglich des Fehlens von Nachkrankheiten, genügend erklärt wird.“

Während für die Rachenaffectionen die gegenwärtig herrschende Ansicht die ist, überall dort, wo bei acut erkrankter Schleimhaut Diphtheriebacillen vorhanden sind, exsudative Membranbildung aber fehlt, auch echte Diphtherie anzunehmen, stösst dies für die Nase im Hinblick auf die Häufigkeit acuter und subacuter Katarrhe einerseits und die grosse Verbreitung des Loeffler'schen Bacillus andererseits auf Schwierigkeiten. Primäre, latente Nasendiphtherie, also Nasendiphtherie ohne Membranbildung, ist allerdings schon beschrieben worden; jedoch bedürfen diese Fälle (Holt³⁸), deren Symptom der serös-blutige Ausfluss war, noch der Bestätigung. Ich kann die Vermuthung nicht unterdrücken, dass es sich hier um eine diphtherische Erkrankung der Rachenmandel gehandelt haben könnte. Ebenso wie letztere acut erkranken kann in einer Form, wie wir sie bei der Gaumenmandel als Angina lacunaris so häufig sehen, wäre es nicht unmöglich, dass sie in seltenen Fällen Ausgangspunkt oder alleiniger Sitz einer diphtherischen Affection sein kann. Ob unter Umständen ein einfacher acuter Katarrh der Nasenschleimhaut bei Vorhandensein von Loeffler'schen Bacillen und ohne Zusammenhang mit sonstiger Diphtherie, wie derselbe beispielsweise in Fall 6 in der anderen Nasenhälfte Platz griff, schon als echt diphtherisch aufgefasst werden

*) Vergleiche die Fälle von Concetti.³⁶) Gerber und Podack stützen sich in ihrer Beweisführung besonders auf diese Fälle, die theils durch Weiterverbreitung des Giftes, theils durch Combination mit Croup und durch nachfolgende Lähmung sich als echt diphtherisch charakterisirten. Diese Fälle, deren Zugehörigkeit zum Gebiete der Diphtherie man auch früher annahm, werden einen Gegner, der immer das Bild der subacuten Rhinitis fibrinosa vor sich sieht, schwerlich überzeugen.

*) In der Berliner Discussion von M. Wolff besonders betont.

kann, lasse ich dahingestellt. Eine leichte, durch die Bacillen bedingte Oberflächenreizung wird man wohl annehmen können. Jedenfalls giebt es zwei sichere Formen primärer Nasendiphtherie, die, wenn man die Extreme allein berücksichtigt, im Krankheitsbilde wohl ganz erhebliche Unterschiede bieten, deren Zusammengehörigkeit aber nicht bloss bacteriologisch, sondern auch klinisch als feststehend erachtet werden muss und deren fortlaufender Zusammenhang durch Uebergangsformen gesichert ist, die der fortgeleiteten Nasendiphtherie gleichstehende nekrotisirend-toxische, fast ausschliesslich progrediente Form und die rein lokale croupöse Form. Welche der beiden Formen die häufigere ist, vermag ich nicht zu entscheiden, da ich schwere Diphtherie zu wenig sehe. Die Rhinitis fibrinosa diphtherica kann jedoch so selten nicht sein, wie sie gewöhnlich hingestellt wird. Denn meine sechs Fälle habe ich innerhalb vier Monaten gesammelt, und wenn ich auch für diese relative Gehäuftheit einen äusseren Grund annehme — ich dachte an unsere diesjährigen hiesigen Winterverhältnisse*) —, so ist mir doch die Affection früher ebenso ab und zu Gesicht gekommen. Auch muss ich die Vermuthung aussprechen, dass dieselbe der Geringfügigkeit ihrer Erscheinungen wegen oft übersehen wird, und es war gerade Zweck meines Vortrages, Ihre Aufmerksamkeit mehr auf die Verhältnisse der Nase bei diphtherischen Zeitverhältnissen zu lenken. Diese Aufmerksamkeit ist für die Rhinitis fibrinosa besonders nöthig, da sie, wie jede andere diphtherische Einzelerkrankung, die Gefahr der Weiterverbreitung in sich birgt, in meinem ersten Falle beispielsweise eine ganze Familienepidemie verschuldete und einen leicht zu übersehenden Infectionsheerd bilden kann, der, wie Gerber und Podack¹³⁾ ausführen, sowohl des längeren Krankheitsverlaufes wegen nicht zu unterschätzen ist, als auch des Umstandes wegen, dass die Patienten nicht ans Bett gefesselt sind und mit ihrer Umgebung in fortwährend innigster Berührung bleiben. Der schon öfter betonten Isolirung derselben muss deshalb beigelegt werden. Da die Fälle pseudomembranöser Rhinitis ohne Loeffler-Bacillen, denen der Name Rhinitis fibrinosa simplex oder pseudodiphtherica beigelegt werden kann, selten bleiben werden, so wird in praktischer Beziehung, falls die entscheidende bacterielle Untersuchung nicht auszuführen ist, die Affection in Zukunft von vornherein als primäre Nasendiphtherie gelten müssen. In prophylaktischer Hinsicht müssen noch zwei Thatsachen berücksichtigt werden, erstens dass der Loeffler'sche Bacillus nach Ablauf des Leidens in der Nase noch einige Wochen sich halten kann (Abel¹⁰⁾) und dass er sich auch in der Nase gesunder Personen der Umgebung bei gänzlich unverdächtigter Schleimhaut — und zwar auch ausschliesslich in der Nase (Alma Gr. im Fall 5) — findet. Der letztere Umstand legt die Empfehlung nahe, neben den üblichen prophylaktischen Gurgelungen die Nase mit nicht reizenden Mitteln douchen zu lassen.

In diagnostischer Beziehung betone ich besonders das Nasenbluten, das sich auch in stärkeren Graden zeigen kann, neben dem reichlichen dünnschleimigen Ausfluss und dem Naseneingangsekzem. Erwachsene erkranken nicht häufig, ebenso auch Säuglinge in der ersten Hälfte des ersten Lebensjahres. Einen plausiblen Grund für letzteres, von den Immunisirungstheorien abgesehen, giebt Feer an: die grössere Passivität des Säuglings, seine geringeren Greifbewegungen und Locomotionen. Schlichter³⁹⁾ meint, dass Säuglinge leicht Diphtherie acquiriren und dass gerade sie eine Vorliebe für Nasendiphtherie haben. Seinen Fällen fehlt jedoch die bacteriologische Bestätigung. Verständlich wäre allerdings die Vorliebe für Nasendiphtherie in diesem Lebensalter wegen der leichteren Reizbarkeit der Schleimhaut daselbst und der sauren Reaction der Mundhöhle, welche letztere ein Hinderniss der Ansiedelung der Stäbchen bildet; verständlich ist auch ein öfteres Vorkommen in Findelhäusern etc. Begünstigend für die Entstehung der Rhinitis fibrinosa verhalten sich die Traumen (Fall 1 und 3), operative Eingriffe in der Nase und Umgebung (Hartmann), die nach Infektionskrankheiten zurückbleibenden Rhinitiden (Fall 4), und auch von chronischen Zuständen der Nasenschleimhaut (Ozaena) scheint dies angenommen werden zu dürfen.

In therapeutischer Hinsicht ist zu erwägen, ob nicht der grösseren Wichtigkeit der Affection entsprechend die lokale Behandlung sich energischer zu gestalten hätte, als bisher üblich. In Fall 4 führten mich die Umstände von selbst dazu. Darüber zu berichten, reicht die eine Beobachtung nicht aus. Theoretisch ist auch der Serumtherapie das Wort zu reden, da die genaue Kenntniss ihres Einflusses auf die vorliegende rein lokale Entzündungsform, deren weiteren Verlauf man ziemlich sicher abschätzen kann, gewiss wünschenswerth ist.

Litteratur.

- 1) Hartmann, Deutsche medicinische Wochenschrift 1887, No. 29. — Abel, Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde 1892, Bd. XII, No. 24. — 3) A. Baginsky, Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 9. — 4) Concetti, Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde Bd. XII, No. 19. — 5) Stamm, Archiv für Kinderheilkunde 1892, Bd. XIV. — 6) B. Fraenkel, Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 9. — 7) v. Starck, Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 42. — 8) J. Sędziak, Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1893, No. 2 und 3. — 9) Ritter, Sitzungsbericht der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Nürnberg 1893, und Berliner klinische Wochenschrift 1893, No. 48. — 10) Abel, Deutsche medicinische Wochenschrift 1894, No. 35. — 11) Scheinmann, Deutsche medicinische Wochenschrift 1894, No. 34. — 12) Felsenthal, Münchener medicinische Wochenschrift 1895, No. 3. — 13) Gerber und Podack, Deutsches Archiv für klinische Medizin 1895, Bd. 54, No. 14. — 14) Welch, Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde 1894, Bd. XVI, No. 23. — 15) Treitel und Koppel, Archiv für Kinderheilkunde 1895, Bd. XIX. — 16) Ravenel, Ref. Central-

blatt für Laryngologie 1896, No. 1 (s. auch Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde 1896). — 17) Hansemann, Berliner klinische Wochenschrift 1894, No. 50; Virchow's Archiv Bd. 139, Heft 2 und Berliner klinische Wochenschrift 1895, No. 30. — 18) Seifert, Münchener medicinische Wochenschrift 1887, No. 38. — 19) C. Fraenkel, Berliner klinische Wochenschrift 1893, No. 11. — 20) Czernetschka, Prager medicinische Wochenschrift 1894 (Ref. Centralblatt für Laryngologie 1895, No. 14). — 21) Concetti, Ref. Centralblatt für Laryngologie 1892, No. 10. — 22) E. Meyer, Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 2 (Discussion). — 23) Trump, Verhandlungen des Congresses für innere Medizin zu München 1895, S. 74. — 24) Roland, Ref. Zeitschrift für Ohrenheilkunde 1892, Bd. XXII, S. 367. — 25) Ref. bei Felsenthal. — 26) Johannessen, Deutsche medicinische Wochenschrift 1895, No. 13. — 27) Scheinmann, Berliner klinische Wochenschrift 1895, No. 2 (Discussion). — 28) Liebreich, Berliner klinische Wochenschrift 1895, No. 2 (Discussion). — 29) Monti, Croup und Diphtheritis. Wien und Leipzig 1884, S. 256. — 30) Ebstein, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1895. — 31) Moldenhauer, Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1887. — 32) Ref. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde 1890, Bd. VIII, No. 21. — 33) Lieven, Münchener medicinische Wochenschrift 1891, No. 48—49. — 34) Townsend, Ref. Centralblatt für Laryngologie 1895, No. 13. — 35) Vossius, Sammlung zwangloser Abhandlungen über Augenheilkunde. Halle 1896. — 36) Concetti, Ref. Centralblatt für Laryngologie 1893, No. 2. — 37) Escherich, Wiener klinische Wochenschrift 1894, No. 22. — 38) Holt, Ref. Centralblatt für Laryngologie 1891, No. 9. — 39) Schlichter, Archiv für Kinderheilkunde 1892, Bd. XIV.

*) Ein feucht-nebliger Winter, ohne strenge Kälte, mit sehr häufigem Temperaturwechsel.