XI.

Bericht über die in der Poliklinik für Ohrenkranke zu Tübingen vom 1. April 1883 bis 1. April 1884 beobachteten Krankheitsfälle.

Von

Dr. Wagenhäuser,

Privatdocent an der Universität Tübingen.

Bei Errichtung einer Poliklinik für Ohrenkranke dahier wurde mir die freundlichste Unterstützung und Förderung durch Herrn Prof. Dr. P. Bruns zu Theil, indem ich ihm nicht allein die Einrichtung der hierzu nöthigen Räumlichkeiten im Nebenhause der chirurgischen Klinik, sondern auch den erforderlichen Bedarf an Verbandmitteln und Medicamenten aus dem Material der Klinik verdanke. Abgehalten wurde die Poliklinik in den Vormittagsstunden von 9 $\frac{1}{2}$ —11 Uhr und ergab die Frequenz in der Zeit vom 1. April 1883 bis 1. April 1884 die Zahl von 400 Patienten, wovon ein Drittel die Stadt Tübingen sowie die hiesigen academischen Krankenhäuser stellten, während die übrigen zwei Drittel aus den umliegenden Ortschaften, sowie von ferner her, aus dem südlichen Württemberg und Hohenzollern, sich recrutirten.

Dem Alter und Geschlecht nach vertheilten sich die 400 wie folgt:

Alter	Männlich	Weiblich	Summa
unter 1 Jahr	2	2	4
von 1—10 Jahr	59	41	100
= 10—20 =	52	44	96
= 20—30 =	39	20	59
= 30—40 =	20	12	32
= 40—50 =	19	10	29
= 50—60 =	27	14	41
= 60—70 =	16	11	27
über 70 =	10	2	12
Summa:	244	156	400

Von diesen 400 wurden nach einmaliger Untersuchung ohne Behandlung entlassen 91. Von den behandelten 309 Patienten

wurden geheilt	146
wurden wesentlich gebessert	42
blieben ungeheilt	15
blieben aus (Erfolg unbekannt) . . .	95
verblieben in Behandlung	11

Summa: 309

In Bezug auf die bei den untersuchten und behandelten Kranken zur Beobachtung gekommenen Krankheitsformen ergibt sich folgende Tabelle.

Krankheitsform	Summa	Rechts	Links	Beiderseits
Phlegmone des Ohrkläppchens	1	1	—	—
Ekzem der Ohrmuschel und des Gehörgangs	12	4	3	5
Missbildung des äusseren Ohres	1	—	1	—
Cerumenpfropf	62	19	22	21
Fremdkörper	6	4	2	—
Pilzbildung	2	—	—	2
Verletzung des Gehörgangs	1	—	1	—
Furunkel	9	3	5	1
Diffuse Entzündung des Gehörgangs	17	9	2	6
Exostosen	2	1	—	1
Ruptur des Trommelfells	3	1	2	—
Acute Entzündung des Trommelfells	1	1	—	—
Acuter Katarrh der Paukenhöhle	29	11	7	11
Chronischer Katarrh der Paukenhöhle	122	13	17	92
Acuter Katarrh der Ohrtrompete	7	2	2	3
Chronischer Katarrh der Ohrtrompete	12	2	3	7
Acute eitrige Entzündung der Paukenhöhle	22	10	7	5
Chronische eitrige Entzündung der Paukenhöhle, mit Caries und Nekrose 3, mit Polypen 18	91	35	17	39
Residuen eitriger Processe	52	27	16	9
Primäre Periostitis des Proc. mast.	1	1	—	—
Neuralgie des Plexus tymp.	3	1	2	—
Nerventaubheit nach Trauma 5, nach Eiterung 2, nach Syph. heredit. (?) 1	8	1	3	4
Taubstummheit	14	—	—	14
Sausen ohne Befund	2	—	—	2
Summa:	480	146	112	222

Dazu finden sich von Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes notirt:

Adenoide Vegetationen	8 mal
Hochgradige Hypertrophie der Tons.	9 "
Chronischer Nasenkatarrh	13 "
Ozaena	2 "
Polypen der Nase	2 "

Aus der Anzahl der beobachteten Fälle möchte ich die folgenden einer kurzen Beschreibung für werth erachten.

Bei der angeführten Missbildung ($\frac{3}{4}$ jähriges Kind) zeigte sich an Stelle der linken Ohrmuschel ein schlankes, nach oben gekrümmtes Knorpelstückchen, an das sich nach unten zu ein $1\frac{1}{2}$ Cm. langer Hautlappen anschloss. Nach hinten vom Knorpel ein querliegender seichter Spalt, nach vorn davon zwei flache Grübchen. Die ganze linke Ohrgegend im Vergleich zu rechts bedeutend abgeflacht.

Als unangenehme Folgeerkrankung nach dem Ausspritzen eines Ohrenschmalzpfpfropfes wurde ein vom Gehörgang ausgehendes und über den ganzen Kopf sich erstreckendes Erysipel beobachtet. Der betreffende Patient (34jähriger Mann) war schon bei der Untersuchung in Ohnmacht gefallen, so dass von einem sofortigen Ausspritzen abgesehen und Erweichung des Pfpfropfes angeordnet wurde. Tags darauf geschah dann die Ausspritzung leicht, schnell und sicher ohne Verletzung des Gehörgangs. Drei Tage nachher zeigte sich der Gehörgang nässend, von gelblichen Krusten an den Wänden bedeckt und weitere fünf Tage später entwickelte sich das Erysipel. Das Aufweichen scheint hier das Ekzem des Gehörgangs hervorgerufen und den Boden für die Infection geliefert zu haben. Günstiger Ablauf des Processes.

Eine Fractur der vorderen Wand des knöchernen Gehörgangs links mit Absplitterung des Knochens, zugleich mit einer Fractur des rechten Unterkiefers durch Hufschlag entstanden, kam in kurzer Zeit zur Heilung. Drei Monate nach eingetretener Verletzung zeigten sich an der Fracturstelle zwei blasse, kegelförmige Exostosen.

Otitis externa haemorrhagica wurde 2 mal beobachtet. In beiden Fällen war auch das Mittelohr ergriffen und konnte die Anwesenheit von Secret daselbst durch den Katheterismus constatirt werden. Der eine Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass es dabei zu heftigen Delirien mit Verfolgungsideen gekommen war.

Er betrifft den 30jähr. Jak. H. aus Kirchentellinsfurth, einen geistig sehr zurückgebliebenen, als Steinklopfer und Viehtreiber verwendeten Menschen. Nach Aussage des ihn vorführenden Bruders war derselbe zwei Tage vorher nach starker Durchnässung mit heftigen Schmerzen im rechten Ohr erkrankt. In der folgenden Nacht wollte er entfliehen, glaubte sich von Landjägern verfolgt, die ihn ins Gefängniss bringen sollten, und konnte nur mit Gewalt von seinem Bruder zurückgehalten werden. Den Tag verbrachte er schmerzlos,

schlafend, oder vor sich hinbrütend, in der Nacht aber wiederholten sich die gleichen Erscheinungen. Auch auf dem Wege hierher soll er noch immer vor sich hing gesprochen haben. Bei der Untersuchung liess er, mit finsternen Blicken jede Bewegung verfolgend, alles ruhig über sich ergehen. Gehörgang rechts nässend, mit abgestossener Epidermis an den Wänden bedeckt. Im knöchernen Theil an der hinteren Wand und am oberen Abschnitt des Trommelfells schlaffe blaurothe Blasen. Reichliche Rasselgeräusche beim Katheterismus. Die beschriebenen Erscheinungen traten später nicht mehr auf und zeigte sich Patient am nächsten Tage ganz zutraulich und gesprächig. Die Blutblasen wurden punctirt, unter Borsäurebehandlung wurde der Gehörgang rasch trocken und konnte Patient, nach Resorption des Exsudates in der Paukenhöhle, geheilt entlassen werden.

Derartige Fälle von Mitbetheiligung des Gehirns bei Ohr-affectionen, welche Betheiligung, wie Schüle in seinem Handbuch der Geisteskrankheiten sagt, nicht auf direct neurotischem Wege, sondern durch das Mittelglied leptomeningitischer Reizprocesse zu Stande kommt, wurden bei eitriger Mittelohrentzündung mehrfach beobachtet. Der vorliegende Fall dürfte dafür sprechen, dass auch schon heftigere Gehörgangsentzündungen ohne stärkere Betheiligung des Mittelohres solche Gehirnerscheinungen hervorrufen können.

Von den beiden Otomykosen bot der eine Fall (der andere bestand aus *Asp. fumigatus*) eine bisher im Gehörgang noch nicht beobachtete Pilzform dar, den *Mucor coymbifer*, einen der pathogenen Mucorineen Lichtheim's. Dieselbe fand sich bei dem 27jährigen Kasp. L. aus Ofterdingen, der seit Kindheit her infolge chronischen Mittelohrkatarrhes schwerhörig war und an Ohrensausen litt. In den letzten Monaten hatte sich das Sausen bedeutend verstärkt und war ein lästiges Jucken in beiden Gehörgängen dazu gekommen. Dasselbst zeigten sich neben dunkeltem Cerumen grauweisse dichtgefügte Massen, das Lumen fast ganz erfüllend und konnte man schon makroskopisch sich erhebende Fäden und dunklere Köpfchen unterscheiden. Ein Theil der Massen lässt sich leicht mit der Spritze entfernen, in den tieferen Partien des Gehörgangs, namentlich hinter einer beiderseits von der hinteren Gehörgangswand ausgehenden Exostose sitzen die Massen fester und können nur mit der Sonde herausbefördert werden. Trommelfell und Gehörgangswände mit aufgelockerter Epidermis bedeckt, stark geröthet. Sublimatalkohol. Kein Recidiv.

Lichtheim hat diese Pilzform, deren Sporen in die Blutbahn von Kaninchen eingeführt eine schwere, tödtlich verlau-

fende Krankheit erzeugen, als zufällige Verunreinigung von Culturen gefunden. Dieselbe gedeiht nur schwer bei Zimmertemperatur, leicht dagegen bei Körpertemperatur. Bezüglich der genaueren Charakterisirung des Pilzes auf Lichtheim (Zeitschr. f. klin. Medicin. VII. Bd. 2. Heft. S. 140) verweisend, führe ich nur an, dass sich derselbe nach ihm durch doldentraubenförmige Stellung der Sporangienträger, das kleine farblose, birnenförmige Köpfchen, die bräunliche, kreiselförmige Columella und winzige farblose, längliche Sporen deutlich kennzeichnet.

Die entfernten Pilzmassen wurden von Herrn Prof. Ziegler als aus *Mucor corymbifer* bestehend erkannt. Herr Cand. med. Hückel züchtete erfolgreich damit und bestätigte die Experimente Lichtheim's.

Die Rupturen des Trommelfells kamen 2 mal durch directe Gewalt (eingestossenen Draht, Strohalm bei Kindern) und 1 mal durch indirecte Gewalt (Fall von der Treppe auf den Kopf mit mehrstündiger Bewusstlosigkeit) zu Stande. Alle 3 mal kam es zur Eiterung. Die beiden ersten heilten innerhalb drei Wochen, der letzte entzog sich bald der Beobachtung.

Zu den Erkrankungen des Mittelohres stellten die chronischen Katarrhe, sowie die chronischen Eiterungen das grösste Contingent. Wie sehr die Eiterungen des Ohres hier vernachlässigt werden, ergibt sich nicht allein aus der Dauer der einzelnen Fälle (40, 50 und 60 Jahre bestehende Eiterungen sind mehrfach notirt), sondern auch aus dem Zustande, welchen derartige Kranke häufig darbieten. Relativ häufig war das Vorkommen von Polypen, die bis vor die äussere Ohröffnung zu Tage traten. Bei einer 32jährigen Patientin, die seit dem 12. Lebensjahre an doppelseitiger Eiterung litt und bei welcher beiderseits der eben genannte Zustand der Fall war, hatte bereits 8 mal, in Zwischenräumen von je 2 Jahren, eine Entfernung der Geschwulst stattgefunden. Die Patientin war immer nur gewissermaassen aus kosmetischen Gründen erschienen, wenn die Polypen zum Ohr heraushingen. Nach der letzten Operation ist dieselbe wieder ausgeblieben.

Ein hierher gehöriger Fall von Polypenbildung im Mittelohr mit starker Granulationswucherung am Ohreingang, der operirt wurde, dürfte erwähnenswerth sein.

Er betrifft die 19jährige Barb. H. aus Schwenningen. Dieselbe bot, als sie am 1. Februar 1884 mir zugeführt wurde, folgendes Bild dar. Der linke äussere Gehörgang wird durch eine flache,

in gleichen Niveau mit der Umrandung der Ohröffnung stehende Granulationsmasse vollständig verschlossen. Die Granulationen gehen rings vom Rande der Ohröffnung aus, nach hinten und oben sind sie von weissem Narbengewebe begrenzt. Bei Druck auf den Tragus quillt aus der Mitte der Granulationsfläche dicker Eiter hervor und gelangt man hier allein auch mit der Sonde in die Tiefe. Nach Angabe des Vaters handelte es sich um eine seit 4 Jahren bestehende Ohreiterung mit namentlich in der letzten Zeit auftretendem heftigen Kopfschmerz und Schwindel. Die weitere Angabe, es habe ein Gewächs zum Ohr herausgeragt, das weggeätzt worden wäre, veranlasste mich, bei dem bisher behandelten Arzt hierüber anzufragen. Derselbe theilte mir mit, die betreffende Patientin sei mit einem zum Ohr heraushängenden Polypen und geringer Granulationsbildung, die den Eingang des Meatus auditor. rings umgab, zu ihm gekommen. Der Polyp sei abgetragen worden, die Granulationen am Gehörgang hätten sich aber trotz Aetzung immer weiter entwickelt, um so mehr, als die Patientin nur sehr unregelmässig, oft mit achttägiger Pause, zu ihm gekommen sei. Die Behandlung geschah, nachdem Patientin auf die chirurgische Klinik aufgenommen war, in der Weise, dass in der Narkose die Granulationen mit dem scharfen Löffel so weit abgetragen wurden, bis man auf derbes Gewebe kam. Hierbei zeigte es sich, dass dieselben sich ringsherum über die ganze Hälfte des knorpeligen Gehörgangs nach innen erstreckten. Weiter hinein war dann die Auskleidung normal und das Lumen von einem blassen Polypen ausgefüllt. Das auf diese Weise am Eingang gewonnene, etwa 5 Mm. weite Lumen wurde durch Laminaria erweitert, bis die Einführung eines dickwandigen, $7\frac{1}{2}$ Mm. breiten Drainrohres gelang. Tags darauf wurde dann der aus der Paukenhöhle stammende Polyp möglichst tief abgetragen und die eingedickten Eitermassen aus der Tiefe entfernt. Die weitere Behandlung bestand im Gebrauch der alkoholischen Sublimatlösung, die, bei fest eingefügtem Ohrtrichter eingegossen, trotz der Wundfläche am Eingange nur geringe Schmerzen machte. Die Paukenschleimhaut wurde bald trocken und nur die Wundfläche am Eingang lieferte noch geringe Eitermengen. Kleine, um das Drainrohr herum nach aussen aufschliessende Wucherungen wurden stets mit Lapis beseitigt. So schön der Heilungsprocess vor sich ging, indem die von innen her erfolgende Ueberhäutung der Wundfläche sich deutlich verfolgen liess, so konnte doch eine definitive Heilung nicht erzielt werden, indem die Patientin am 26. Februar die Klinik wegen Platzmangel verlassen musste. Ihr Arzt, dem sie wieder zugewiesen wurde, schrieb mir einige Wochen darauf, es sei noch der gleiche Zustand, später verlor er sie aus den Augen.

Auf ein abnormes Offenstehen der Tuba Eustachii wurden die Erscheinungen in den folgenden drei Fällen zurückgeführt, wo sich in schönster Reihenfolge Respirationsbewegungen am Trommelfell, auscultatorisch wahrnehmbares Athmungsgeräusch und schliesslich die ausgesprochene Autophonie beobachten liessen.

Sie betrafen Patienten der chirurgischen Klinik, die mir zur Untersuchung und Verwendung in den Cursen überlassen waren.

Beim ersten von ihnen, Jak. B., 77 Jahre alt, von Obenhausen (wegen glandulärer Hypertrophie der Nase auf der Klinik), der durch Fall von der Scheune vor drei Jahren vollständig ertaubt sein will, findet sich rechts am verdickten, grauweißen Trommelfell, etwas höher als das Hammergriffende beginnend und nach hinten davon, ein dunkler, linearer Streifen, der nach unten gegen die Peripherie hin verläuft. Der nach hinten davon gelegene Theil des Trommelfells zeigt nun bei jedem Respirationsact deutliche Bewegungen, er wölbt sich bei der Expiration vor und sinkt bei der Inspiration zurück, wobei zugleich der geschilderte Streifen abwechselnd breiter und schmaler erscheint. Auscultatorische Erscheinungen fehlen.

Der zweite von ihnen, Wendelin D., 59 Jahre alt, aus Rettingen, will seit letzter Zeit beim Athmen durch die Nase (wegen Carcinom der Nase auf der Klinik; linke Nasenseite ist eingesunken und die Oeffnung narbig verschlossen) ein dröhnendes Geräusch im rechten Ohr bemerken, das ihm unangenehm ist. Das rechte mattgraue Trommelfell wölbt sich bei jeder Expiration durch die Nase in den hinteren und oberen Partien deutlich vor und zugleich lässt sich mit dem Otoskop ein lautes Brausen beim Ein- und Ausathmen wahrnehmen.

Beim dritten Patienten endlich, welcher die Erscheinungen der Antophonie in ausgesprochenem Grade darbot, konnte sowohl das Auftreten wie das Wiederverschwinden derselben verfolgt werden. Es betraf den 55jährigen Karl Pf. aus Pffumel, der wegen einer starken Infiltration der Wangenschleimhaut links auf der Klinik war. Bei seiner ersten Vorstellung am 2. November 1883 gab er in Betreff seines Ohres an, dass er seit Sommer an Sausen im linken Ohr leide, das anfangs intermittirend, sich jetzt bedeutend verstärkt habe und continuirlich geworden sei; dabei in Anfällen auftretender Schwindel, dass er sich anhalten müsse. Im Hören keine Verschlimmerung. Beide Symptome, Sausen und Schwindel, hätten sich gleichzeitig mit der Affection an der linken Wange entwickelt. Uhr beiderseits $\frac{30}{150}$, erhaltene Knochenleitung. Leichte Trübungen der Trommelfelle. Anämische Rachenorgane. Beim Catheterismus breites Eindringen des Luftstromes, Nachlass des Sausens. Acht Tage später gab Patient an, beim Athmen ein Blasen im Ohr zu verspüren, als ob bei jedem Athemzuge die Luft eindringe. Objectiv ist nichts davon wahrzunehmen.

Anfangs December stellt Patient sich neuerdings vor. Derselbe war operirt worden (Incision) und hatte dann später eine leichte Pneumonie durchgemacht. Abgemagert und von auffallend schlechtem Aussehen, klagt er, dass die Erscheinungen von Seiten des Ohres bedeutend stärker geworden sein. Das Blasen daselbst belästigt ihn sehr und erscheint dasselbe nur beim Liegen vermindert. Beim Sprechen fühle er einen „Schneller“ im Ohr und halle dann seine

Stimme unangenehm wieder. Beide Erscheinungen, das Brausen und die verstärkte Resonanz der Stimme, lassen sich jetzt auscultatorisch nachweisen. Schon bei ganz oberflächlichem Athmen ist ersteres zu constatiren, beim Sprechen hört man ein leichtes Knattern und dann, namentlich bei m und n, sehr starke Resonanz. Beim Valsalva'schen Versuche und dem Politzer'schen Verfahren dringt die Luft ganz leicht ein. Ausser hochgradiger Blässe im Rachen nichts Abnormes. Verschluss des Gehörgangs oder Füllung desselben mit Glycerin bringt keine Linderung, ebensowenig eine Zinklösung mit dem Katheter in die Tuba gebracht. Ein eingelegtes dickes Bougie, das längere Zeit liegen bleibt, beseitigt anfänglich auf mehrere Stunden, später aber nur vorübergehend die lästigen Symptome.

Patient blieb dann wieder aus. Am 6. Januar erscheint derselbe zum letzten Mal. Er hat sich trefflich erholt und gekräftigt; die Affection an der Wange ist verschwunden (auf den Gebrauch von Jodkali hin, wie ich nachträglich erfuhr). Die Autophonie hat sich ganz verloren, das Brausen tritt nur noch bei forcirtem Athmen auf, ist aber, auch objectiv nachweisbar, bedeutend schwächer wie früher. Patient wird nach Hause entlassen. Er hat nichts wieder von sich hören lassen; ich glaube jedoch annehmen zu dürfen, dass sich mit dem weiteren Heben seines Allgemeinbefindens der Zustand vollständig zurückgebildet haben wird.

Der letzte Fall bestätigte die Beobachtung Hartmann's, dass mit dem Sinken des Kräftezustandes ein derartiges Offenstehen der Tuba eintreten und mit der Besserung desselben wieder vorübergehen kann.

Die aufgeführten Fälle von Nerventaubheit kamen alle erst nach mehrjährigem Bestehen der Affection zur Untersuchung. 5 mal waren dieselben durch Traumata bedingt (Schuss in die Schläfenbeinschuppe, Fall auf das Hinterhaupt, Basisfracturen mit gleichzeitiger Verletzung des Trommelfells); 2 mal handelte es sich um langjährige Eiterung und Mitbetheiligung des Labyrinthes, in einem Fall (13 jähriges Mädchen) war die Taubheit plötzlich unter heftigen Schwindelerscheinungen, 1 Jahr nach Ablauf einer Augenaffection (welcher Art, konnte nicht eruirt werden), aufgetreten. Ausser leichter Auftreibung beider Tibiae deutete nichts am Körper auf Lues hereditaria hin und liess sich auch anamnestisch nichts dafür finden.

Die Angaben, die bezüglich der ursächlichen Verhältnisse der Taubstummheit gemacht wurden, ergaben nur wenig zuverlässige Resultate. 5 mal war das Vorausgegangensein einer Meningitis ärztlich bezeugt worden, 1 mal handelte es sich um eine Scharlachotorrhoe mit doppelseitigem Verlust des Trommelfells, 2 mal konnten als Residuen abgelaufener Mittelohrerkrankungen

Narben constatirt werden. In einem Fall mit Idiotismus konnte chronischer Hydrocephalus mit Wahrscheinlichkeit als Ursache angenommen werden. Ein 4jähriger Junge, der von der 7. Woche bis zu 1½ Jahren an häufig wiederkehrenden Krampfanfällen gelitten haben soll und bei dem sich, trotz ausreichend guten Gehöres (die gegen den Rücken des Knaben leise gesprochenen Aufforderungen des Vaters, die Thür zu schliessen, die Mützen zu bringen, werden prompt ausgeführt) der ganze Sprachschatz auf „da, na“ beschränkte, kann für eine angeborene Aphasie wegen des niederen Alters noch nicht in Betracht kommen.

Bei einem 11jährigen Mädchen, das bereits die Taubstummenanstalt besuchte, ziemlich gut sprach und noch Vocalgehör besass — im zweiten Lebensjahr soll nach einer (welche?) Erkrankung ein kurz dauernder Ausfluss vorhanden gewesen sein, wovon eine rundliche Narbe links nachweisbar ist) — ergab die Prüfung am Clavier, dass sämmtliche Töne bis zum g hierauf vernommen wurden, was darüber war, wurde nicht percipirt.

Die aufgeführten Affectionen des Rachens betreffen nur die prägnantest ausgesprochenen Formen, die dann zum Theil auf der chirurgischen Klinik operirt wurden.

Zum Schluss fühle ich mich verpflichtet, den Herren Directoren der klinischen Institute, vor Allem dem Herrn Prof. Bruns, für die freundliche Untersuchung und Förderung meiner Poliklinik den wärmsten Dank auszusprechen.