IX.

Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des VIII. internationalen Congresses in Kopenhagen 1884.

Von

Dr. Holger Mygind.

Die VIII. Versammlung des internationalen ärztlichen Congresses fand in Kopenhagen am 10. bis zum 16. August 1884 statt. Die otologische Section zählte 42 Mitglieder. Das Organisationsecomité bestand aus den Herren Dr. Wilh. Meyer (Kopenhagen), Vorsitzender, Dr. V. Bremer (Kopenhagen) und V. Lange (Kopenhagen), Schriftführer, Mathiasen (Horsens, Dänemark), Setterblad (Stockholm) und Generalchirurg Thaulow (Christiania). Zu ausländischen Schriftführern wurden bei der ersten Sitzung gewählt die Herren E. Coussins (London), Dr. Mantels (Hamburg). Zu Ehrenpräsidenten wurden folgende Herren ernannt: Dr. Boucheron (Paris), Prof. Doyer (Leyden), Dr. Keyser (Stockholm), Dr. Ladreit de Lacharrière (Paris), Prof. Lucae (Berlin), Prof. Schwartz (Halle), Dr. Setterblad (Stockholm), Generalchirurg Thaulow (Christiania) und Dr. E. Woakes (London).

Erste Sitzung 11. August Vorm. Nachdem der Vorsitzende die Anwesenden herzlichst begrüsst, motivirt er die Wahl der aufgestellten Verhandlungsthemata. Er berührt das Bedürfniss der Otologie nach grösserer Anerkennung, sowohl unter den übrigen medicinischen Disciplinen als nach aussen hin. Eine Anerkennung indess, wie sie z. B. der Ophthalmologie zu Theil geworden, dürfe die Otologie erst dann erhoffen, wenn sie ihrer genannten Schwesterdisciplin in der Sicherheit der Prognose, Diagnose und Behandlung sich an die Seite stellen könne. Zur Erreichung dieses Zieles sei vor Allem eine genaue Kenntniss der pathologischen Anatomie des Gehörorgans vonnöthen, weshalb möglichst

zahlreiche und sorgfältige Sectionen bei Lebzeiten genau beobachteter Ohrkranken den Otologen als dringliche und bedeutungsvolle Aufgabe vorliegen. Meyer bedauert, dass von den Herren, welche sich zu einleitenden Vorträgen erbieten, eine verhältnissmässig grosse Anzahl am Erscheinen verhindert worden sei; hierdurch seien die bedeutenden Erwartungen, welche man an die Verhandlungen der otologischen Section dieses Congresses geknüpft, von vornherein etwas abgedämpft worden.

Hierauf hielt Dr. Ladereit de Lacharrière (Paris) einen Vortrag über: Die verschiedenen Arten der subjectiven Gehörsempfindungen und ihre Behandlung. Die Gehörsempfindungen lassen sich je nach ihrem verschiedenen Ursprung in folgende Gruppen theilen: 1. die, welche den Verschluss der luftzuführenden Wege — Gehörgang und Tuba Eustachii — charakterisiren; 2. die, welche durch Steigerung des Labyrinthdruckes mittelst der Organe im Mittelohr hervorgerufen werden; 3. die, welche labyrinthären Ursprunges, durch Krankheiten im inneren Ohr hervorgebracht werden, und 4. solche, welche in den benachbarten Theilen des Ohres — pseudo-subjectiv — entstehen und deren Sitz der Arzt zu constatiren hat. — Die erste Gruppe der Geräusche entsteht durch Veränderung des atmosphärischen Druckes; sie sind gleichzeitig und continuirlich (ähnlich dem Geräusch von Mühlrädern, fernem Trommeln etc. — Die Geräusche der zweiten Gruppe werden von den Patienten mit Sausen des Windes in den Blättern, Brausen eines Flusses etc. verglichen. Solche Geräusche können oft für einen Augenblick durch Anwendung des pneumatischen Trichters aufgehoben werden. — Die Geräusche der dritten Gruppe werden immer als musikalische Töne bezeichnet; sie sind den Kranken meist sehr peinlich und können bisweilen ohne jede Verminderung der Hörschärfe vorhanden sein. — Die vierte Gruppe umfasst die sogenannten pseudo-subjectiven Gehörsempfindungen, welche besonders verpflanzte Gefässlaute, also pulsirend und durch Druck auf die grossen Halsarterien zu unterbrechen sind. — Unter den verschiedenen Mitteln nannte Dr. L. Charcot's Chininbehandlung, welche günstige Resultate gegeben habe, freilich oft auf Kosten des Gehörs, weshalb er diese Behandlung erst dann anwende, wenn andere sich erfolglos gezeigt. Die Anwendung des constanten Stromes bei Ohrensausen labyrinthären Ursprunges habe ihm oft glänzende Resultate gegeben, namentlich wenn Atonie der Gefässe vorhanden sei; der con-

stante Strom wurde gewöhnlich so angewendet, dass ein Pol an jedem Gehörgang applicirt wurde.

(Die *zweite Sitzung* war eine combinirte laryngo-otologische, in welcher Dr. Bosworth über die Tonsillen, ihren Bau und ihre Krankheiten vom praktischen Gesichtspunkte und Dr. Bresgen über chronischen Nasenrachenkatarrh sprachen.)

In der *dritten Sitzung*, 12. August Vorm., sprach Dr. Woakes (London) über die verschiedenen Arten der subjectiven Gehörsempfindungen und ihre Behandlung. — Als erste Gruppe der Gehörsempfindungen bezeichnet Woakes diejenigen, welche auch von Anderen gehört werden können. Er erwähnt eines von ihm selbst beobachteten Falles, betreffend eine 30jährige Dame mit Taubheit und Sausen links, welche rechts ein knackendes, auch von ihm beobachtetes Geräusch hervorbringen konnte; dabei hob sich die Trachea. Im Trommelfell gleichzeitig keine Bewegung. Man sah eine kleine Arterie hinter dem Hammergriff pulsiren, die Patientin hatte aber nie eine pulsirende Gehörsempfindung. Woakes nimmt an, dass die Ursache hier, wie in anderen Fällen eine automatische Contraction des Musc. levator veli palatini gewesen sei, wodurch die klebrigen Wände des Tuba abwechselnd sich einander genähert und sich von einander entfernt haben. Woakes war, auf directe Untersuchungen gestützt, der Meinung, dass die Tuba normal offen stehe, so dass ein Theil des Luftstromes, durch den unteren Nasengang einströmend, direct in die offenstehende Tuba hineinpassire. — Die zweite Gruppe umfasst die eigentlich subjectiven Geräusche (pulsirende — klingende und zwitschernde — sausende — siedende). Sie entstehen erstens im Labyrinth, wo sie entweder durch a) Veränderungen des intralabyrinthären Gefässdruckes und zwar durch arterielle Hyperämie oder Anämie (pulsirende Geräusche) oder venöse Stase im Labyrinth und im naheliegenden Gehirnsinus (zwitschernde oder musikalische Geräusche, die oft nach einer anderen Stelle im Kopfe oder ausserhalb der Ohren hinverlegt werden), oder b) durch vermehrten und verminderten Druck von aussen auf die intralabyrinthäre Flüssigkeit (pulsirende Geräusche) hervorgerufen werden können; endlich wird c) ein Fall von Exostenbildung im Meatus auditorius internus mit Druck auf den Nervus acusticus aufgeführt. — Zweitens entstehen sie im Cavum tympani und den Eustachischen Trompeten und zwar a) durch Flüssigkeit im Cavum tym-

pani (gurgelnde Geräusche) — infolge verbesserter Behandlungsmethoden jetzt seltener als früher — b) durch Congestion der Trommelhöhlengefäße infolge von Tubenverschluss etc. — eine verengerte Tuba soll nach Woakes ein hörbares Reibungsgeräusch der durchströmenden Luft verursachen — (Geräusche wie Sausen des Windes), c) durch suppurative Mittelohrkatarrhe (wie b); d) die Trommelhöhlensklerose bedingt die subjectiven Gehörempfindungen durch die Trockenheit der Tubae und das dadurch entstehende veränderte Geräusch bei durchströmender Athemluft, ferner durch Contractionen des subparalytischen M. tensor veli und tensor tympani; e) endlich können sausende Geräusche durch mit der Athmung synchronische Bewegung des atrophischen Trommelfells und dadurch bedingte Stapesbewegung entstehen. — Drittens können sausende und brausende Geräusche hervorgebracht werden durch Ohrenschmalz, Geschwülste, Eczem etc. im äusseren Gehörgang, indem reflectorisch ein Reiz auf den Musc. tensor tympani hervorgerufen wird, und durch diesen erklärt sich auch der intermittirende Schwindel durch Ceruminalpfropfe. — Viertens können Geräusche durch ausserhalb des Ohres liegende Ursachen hervorgerufen werden, wie Aneurysmen der Carotis, Anämie, etc. (pulsirende und sausende Geräusche).

An der diesem einleitenden Vortrage folgenden Discussion theilnahmen sich Dr. Wilh. Meyer (Kopenhagen) und Dr. Rumbold (St. Louis). Meyer bemerkte, dass, wie schätzenswerth auch die schematische und anatomisch localisirte Eintheilung der subjectiven Gehörempfindungen sei, so sei sie doch kaum im Stande, in jedem concreten Fall genügende Aufschlüsse über die Ursachen der Gehörempfindungen zu geben. Meyer glaubt, dass besonders zahlreiche Sectionen ein unumgängliches Bedürfniss für die eingehende Kenntniss dieser oft räthselhaften Erscheinungen sei. Er führte einen Fall subjectiver und zugleich objectiver Gehörempfindung an, deren Localisation und Entstehungsart ihm dunkel geblieben: Ein 24-jähriger, kräftiger Landmann litt seit drei Jahren ohne Abnahme des Gehörs an pulsirenden Geräuschen in beiden Ohren.¹⁾ Die laute Pulsation war dem Herzschlag isochronisch und konnte durch Compression der Carotis communis und externa durchaus beseitigt werden. Herz und Carotidentöne normal; Druck auf die A. auricularis post. ohne

1) Die Pulsationen waren deutlich hörbar, besonders wenn man das Ohr an das des Kranken legte.

Einfluss. Durch gelungenes starkes Lufteinblasen durch den Tubakatheter in die rechte Trommelhöhle wurde die Gehörsempfindung an dieser Seite subjectiv und objectiv vollständig aufgehoben; linkerseits gelang Catheterismus unvollständig und beeinflusste die Gehörsempfindungen nicht. Beide Trommelfelle zeigten geringe Abweichung der Spannung und leicht eingezogene Hammergriffe. — Dr. Rumbold hob die Bedeutung gleichartiger Spannung der Trommelfelle hervor und bemerkte gegen Dr. Woakes, dass die Trommelfelle bei jeder In- und Expiration ihre Spannung verändern müssten, wenn, wie Woakes behauptete, die Tubae normal offen ständen. Rumbold nahm an, dass die meisten Gehörsempfindungen durch eine Paralysis agitans der Binnenmuskeln des Mittelohres entstünden; die für jeden Kranken charakteristische Gehörsempfindung entstehe dadurch, dass ein bestimmter, von aussen kommender Schalleindruck, welcher dem hyperästhetischen Zustand des betreffenden Muskelnerven entspricht, auf den krankhaft angegriffenen Nerven einwirkt, so dass er dieselben Bewegungen der Gehörknöchelchen, wie der von aussen kommende Laut, hervorruft. Deshalb behaupten die Patienten so oft, dass ihre Gehörsempfindung ihnen bekannten Lauten oder Geräuschen ähnlich sei (Beispiel eines Kranken, welcher jahrelang das Geräusch einer Wassermühle im Ohr behielt, nachdem er sich aus ihrer Nähe entfernt hatte). — Dr. Ladreit de Lacharrière sprach die Vermuthung aus, dass die entotischen, objectiv hörbaren Geräusche durch einen Druck der retrahirten Trommelhöhhlenschleimhaut auf eines der arteriellen Gefässchen der Trommelhöhle hervorgebracht sein könnten.

Vierte Sitzung 12. August Nachmittags. Dr. B. Baginsky (Berlin) sprach sich unter Vorzeigung von Präparaten der Gehörschnecke dahin aus, dass auf Grund seiner Untersuchungen der experimentelle Beweis geführt sei, dass die höheren Töne in der Basis, die tiefen in der Spitze der Schnecke vernommen werden.

Darnach hielt Dr. Boucheron (Paris) einen Vortrag über Pseudomeningitis bei jungen Taubstummen und über Taubstummheit durch „Otopiesis“, d. h. Compression des inneren Ohres. Letztere entstehe oft durch Infektionskrankheiten sowie unter anderen Verhältnissen bei Kindern, indem ein Nasenrachenkatarrh sich auf die Tuben ausbreite und diese verschliesse. Die Rarefaction in der Trommelhöhle veranlasse atmosphärischen

Ueberdruck auf das Trommelfell und auf die Labyrinthflüssigkeit. Der so comprimirte Nerv. acusticus veranlasse Taubheit und Ohrensausen, der Einfluss auf die Nerven der halbkirkelförmigen Kanäle Gleichgewichtsstörungen; durch einen Reflex auf die Medulla oblongata entstehe Vagusreizung mit Uebelkeit und Erbrechen, Reizung des Nervus facialis mit Gesichtszuckungen, des Nervus trigeminus mit Zähneknirschen etc. Eine Reizung des thermischen Centrums könne Temperatursteigerung veranlassen. Der Unterschied von einer Meningitis ist nur durch Lufteinblasen durch die Eustachi'schen Röhren zu erweisen, welche plötzlich die genannten Symptome verschwinden macht. Ohne Lufteinblasung wird der Nervus acusticus gelähmt und es entsteht Taubheit bezw. Taubstummheit. Boucheron hat versucht, experimentell durch Aetzungen die Tuben bei Hunden zu verschliessen und hat darauf die Trömmelhöhlen luftleer gefunden; er glaubt in solchen Fällen die Destruction der Endäste des Gehörnerven, sowie des Corti'schen Organes mikroskopisch constatirt zu haben. Er theilt die Otopiesia in die pseudomeningitische, epileptiforme und einfache; erstere kann wiederum mit und ohne Fieber auftreten. Nach Aufzählung der Symptome beschreibt Boucheron den Zustand des Nasenrachenraumes dieser Kranken und äussert, dass dieser Zustand sich bei vielen Taubstummen finde. In vielen Fällen glaubt Boucheron durch eine zweckmässige Behandlung der Tuben und Trommelhöhlen Taubstummheit geheilt zu haben. Die Erbllichkeit der Taubstummheit liege oft in der Erbllichkeit der Nasenrachenaffection und ähnlicher Zustände; Erkältung bald nach der Geburt dürfe auch von Einfluss sein. Boucheron katheterisirt taubstumme Kinder in der Chloroformnarkose.

An der Discussion nahmen Dr. Woakes (London), Dr. Ladreit de Lacharrière (Paris) und Dr. Baginsky (Berlin) Theil; alle sprachen die Ansicht aus, dass die von Boucheron mitgetheilten Beobachtungen und Versuche seine Theorie nur unvollkommen erklärten.

Fünfte Sitzung 14. August Vormittags. Nach einem laryngologischen Vortrag von Dr. B. Fränkel (Berlin) über Reflexneurosen theilt Dr. L. W. Salomonsen (Kopenhagen): Bemerkungen über die Aetiologie der Taubstummheit und über den Taubstummenunterricht besonders in Dänemark, mit. Unter den indirecten Ursachen sind Verwandt-

schaftsehen, Erblichkeit, Alkoholismus hervorzuheben; unter den directen Ursachen nimmt der Scharlach den ersten Rang ein. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen lassen auf Gehirnfehler als die Hauptursache der Taubstummheit schliessen. Von den beiden Unterrichtsmethoden Taubstummer trägt der Sprachunterricht seit dem Mailänder Congress 1880 mehr und mehr den Sieg davon. In Dänemark werden alle uneigentlichen Taubstummen und die begabten eigentlichen Taubstummen nach der Sprachmethode unterrichtet; nur die schlechtbegabten Taubstummen nach der Zeichenmethode. Der Taubstummenunterricht ist in Dänemark obligatorisch.

Dr. Ladreit de Lacharrière bemerkte, dass nach seiner Erfahrung in 20 Proc. die Taubstummheit angeboren, in 80 Proc. erworben sei. 5 Proc. taubstumm geborene Kinder fielen auf Verwandtschaftsehen. In Frankreich werden nur bis zum 4. Jahre taubstumme Kinder nach der Zeichenmethode unterrichtet. Die Eintheilung der Taubstummen nach ihrer Intelligenz will er nicht gelten lassen. Er erkennt Dänemark die Ehre zu, unter den europäischen Staaten zuerst obligatorischen Taubstummenunterricht eingeführt zu haben.

Dr. Mygge (Kopenhagen) theilt als Resultat eigener Untersuchungen Folgendes mit: Von 234 Schülern des königlichen Taubstummeninstitutes in Kopenhagen (1858—1877) hatten 15 Proc. Verwandte (meist Eltern oder Geschwister) mit verschiedenen Ohrenleiden. Er hebt die eminente Erblichkeit der Taubstummheit hervor, welche eine oder mehrere Generationen überspringen könne. Mit Rücksicht auf die Consanguinität fand er diese in 7 Proc. unter 252 Fällen, in 10 Proc. sogar, wenn nur die taubstumm Geborenen in Betracht kamen.

Sechste Sitzung 14. August Nachmittags. Prof. Schwartze (Halle): Die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes. Nach einer geschichtlichen Einleitung, in welcher zuvörderst die erste Periode (1750—1791) der Operation kurz erwähnt wird, werden Forget, Follin und besonders v. Tröltsch als die Männer genannt, welche für die Wiederaufnahme der Operation von Bedeutung gewesen seien. Die bahnbrechende Arbeit des Vortragenden von 1873, welche ausser einer Reihe von Operationsfällen eine genaue topographische Anatomie des Operations-terrains brachte, verallgemeinerte nicht nur die Anwendung derselben, sondern wies als einzig sichere Ausführungsart den Ge-

brauch von Hammer und Meissel nach. Als Indicationen nennt Schwartz, gestützt auf mehr als 200 eigene Fälle folgende:

1. Acute Entzündung des Warzenfortsatzes mit Eiterretention in seinen Knochenzellen, wenn nach Eisbehandlung und Wilde's Incision die ödematöse Schwellung, Schmerz und Fieber nicht nachlassen.
2. Chronische Entzündung des Warzenfortsatzes mit subcutanen resp. subperiostealen Abscessen oder Fisteln am Warzenfortsatz, auch wenn zur Zeit keine das Leben bedrohenden Symptome bestehen; bei Senkungsabscessen an der hinteren oberen Gehörgangswand und nach dem Pharynx.
3. Bei äusserlich gesundem Warzenfortsatz: Cholesteatom oder Eiterretention im Mittelohr, die bei Benutzung der natürlichen Wege nicht zu beseitigen ist, wenn sich Symptome einstellen, welche das Zutreten einer lebensgefährlichen Complication wahrscheinlich machen.
4. Wenn bei äusserlich gesundem Warzenfortsatz ohne Eiterretention im Mittelohr der Warzenfortsatz der Sitz und Ausgangspunkt lange andauernder und unerträglicher Schmerzen ist, bei denen alle sonstigen Mittel erfolglos bleiben. Die Indication der Operation ist zweifelhaft bei langjährigen, unheilbaren Mittelohreiterungen, wo keine Entzündungen am Warzenfortsatz und keine Zeichen von Eiterretention im Mittelohr bestehen (als sogenannte prophylaktische Operation gegen mögliche letale Folgezustände). Die Operation ist contraindicirt bei sicheren Zeichen bereits vorhandener metastatischer Pyämie und bei sicheren Zeichen von secundärer Meningitis und Hirnabscess.

— Nachdem der Vortragende vor leichtfertiger Erweiterung der Indicationen der Operation gewarnt — welche diese aufs Neue in Verruf bringen könne — beschreibt er seine Operationsweise mit möglichst weitem äusseren Ende des Knochentrichters und die Nachbehandlung, für welche zur Offenhaltung des Knochenkanals der Bleinagel von Wichtigkeit sei. Die Nachbehandlung müsse besonders sorgfältig durchgeführt werden und dauere bei acuten Processen meist 1—3 Monate, bei chronischen durchschnittlich 9 Monate. Unter den Gefahren der Operation werden Verletzungen der Dura, Blutungen und Pyämie als die wesentlichsten hervorgehoben und es wird auf die Mittel eingegangen, dieselben zu vermeiden. Schliesslich motivirt Prof. Schwartz die von ihm aufgestellten Conclusionen: 1. Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes ist ein werthvolles Mittel zur Heilung der schwersten und lebensgefährlichsten Erkrankungen des Ohres. 2. Die Gefahr der Operation ist im Ver-

hältniss zur Gefahr der dadurch zu heilenden Krankheit als eine geringe zu betrachten.

Hierauf sprach Dr. Wilh. Meyer (Kopenhagen) über den „Fall Berger.“ Um diesen für das Schicksal der Mastoidoperation bedeutungsvollen Operationsfall näher kennen zu lernen, habe der Vortragende die einschlägige gleichzeitige Literatur in den Kopenhagener Bibliotheken studirt. Er sei hierbei auf keine besonders neuen Thatsachen gestossen, doch sei es ihm höchst auffallend erschienen, dass es weder aus dem Sectionsbericht, noch aus den Abhandlungen gleichzeitiger dänischer chirurgischer Autoritäten über diesen Fall erhellte, dass die Operation im vorliegenden Falle auf verkehrte Weise ausgeführt sei. Dass dies indess dennoch der Fall gewesen, könne mit Bestimmtheit angenommen werden, wiewohl der Hofchirurg Kölpin, der die Operation ausgeführt, als tüchtiger Chirurg bekannt gewesen sei, und zu seiner Uebung dieselbe Operation 8 mal vorher an Leichen verschiedenen Alters vollzogen habe. Es gehe nämlich aus den mündlichen Aussagen bei der Obduction gegenwärtiger Aerzte hervor, dass die Bohröffnung einen Zoll über der Mitte des Warzenfortsatzes angelegt sei, und die nachfolgenden reizenden Einspritzungen in den Bohrkanaal könnten den Reiz des zu tief eingedrungenen (3““, während der Knochen nur 2““ dick war) Bohrinstrumentes nur vermehrt haben. Dass die purulente Meningitis auf der entgegengesetzten Seite des Gehirns am stärksten ausgesprochen gewesen sei, widerspreche dieser Annahme nicht. Ob bei der Einbohrung der Sinus transversus verletzt worden (wie von Einigen angenommen), sei nicht mit Sicherheit zu constatiren, wiewohl die geringe Blutung aus dem Bohrkanaal und die später eingetretene Schwellung der gleichseitigen Augenlider dafür sprechen könne. — Aber gerade der Umstand, dass die gleichzeitige ärztliche Welt über die fehlerhafte Ausführung der Operation in Ungewissheit blieb, musste ohne Zweifel mächtig dazu beitragen, die Chirurgen von einer Operation abzuwenden, welche man bis dahin als gefahrlos betrachtet hatte, besonders da die letzten Operationsfälle das Vertrauen, welches man anfangs in die neue Operation gesetzt, durch ihren Erfolg mit Rücksicht auf die Abhülfe des Leidens keineswegs rechtfertigten. Dazu kam die Unbestimmtheit der Indication, indem die Petit'schen Fälle (veröffentlicht nach seinem Tode 1773) mit ihrer gesunden Indication zu jener Zeit ausserhalb Frankreichs nirgends bekannt gewesen zu sein scheinen. Ebenso wenig scheint

die Abhandlung eines Kopenhagener Verfassers, des ausgezeichneten Chirurgen Henricus Callisen, welcher nach dem Tode Berger's über die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes schrieb, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich hingezogen zu haben, wozu der lateinische Text beigetragen haben mag. Callisen's Indicationen sind den Petit'schen ähnlich und seine Vorschriften über die Ausführung der Operation sind so vollständig und vorzüglich, dass sie noch heutigen Tages, falls eine Anbohrung des Processus mastoideus vorgenommen werden sollte, als Richtschnur für ein gefahrloses Verfahren dienen könnten. Immerhin bleibe es nach der Meinung des Vortragenden räthselhaft, wie diese auch in ihrer unvollkommenen Form oft so segensreiche Operation über 30 Jahre in Vergessenheit gerathen konnte. Der Grund hierzu könne kaum allein in dem Rückschlag gegen den ursprünglichen Enthusiasmus zu suchen sein, mit welchem die Anbohrung des Warzenfortsatzes zuerst aufgenommen worden sei. Nebenbei dürfte ohne Zweifel die mangelhafte Kenntniss der pathologischen Anatomie des Mittelohres sowie der normalen und pathologischen Anatomie des Processus mastoideus bedeutend ins Gewicht fallen.

An der Discussion über den Schwartz'e'schen Vortrag nahmen Dr. Wehmer (Frankfurt a/O), Dr. Wilh. Meyer (Kopenhagen) und Dr. Tidemand (Stavanger) Theil. Die Discussion betraf die Indication (bei eingetretener Pyämie etc.), sowie die Anwendung der Antiseptik während des Operationsverfahrens und bei der Nachbehandlung.

Siebente Sitzung 15. August Vormittags. Dr. V. Bremer (Kopenhagen): Ueber die Bedeutung der Ohrenkrankheiten für die militärische Dienstpflicht. Nachdem der Vortragende sein Bedauern darüber ausgesprochen, dass in den meisten Ländern bei der Aushebung Wehrpflichtiger zu wenig Rücksicht auf Ohrenleiden genommen werde (sie seien denn suppurativ), sowie darüber, dass ohrenleidende Soldaten allzu nachlässig behandelt würden, betont er die Nothwendigkeit, dass die Militärärzte mit der Untersuchung und Behandlung des Ohres vertraut sein müssen. Diese Nothwendigkeit sei auch vorhanden rücksichtlich der Constatirung von Simulation. Bremer gab eine Uebersicht der Schritte, welche in den letzten Jahren gethan seien, um die Erfahrungen der Ohrenheilkunde für die Untersuchung Dienstpflichtiger praktisch zu verwerthen, und nachdem

er ein Resumé der bezüglichlichen Regulation in den verschiedenen Ländern kritisirend mitgetheilt, wendet er sich den bis dahin ganz ausser Acht gelassenen Ohrenkrankheiten zu, welche seiner Meinung nach Berücksichtigung verdienten (acuter und chronischer, nicht suppurativer Mittelohrkatarrh, Krankheiten des Labyrinthes). Endlich wird die Erwünschtheit gleichartiger Bestimmungen in allen Armeen (auch für das Maass der Hörfähigkeit) hervorgehoben. Bremer hatte vor der Sitzung einen Abdruck der Bestimmungen der verschiedenen Staaten für die Untersuchung der Gehörorgane bei der Soldatenaushebung an die Mitglieder der Section vertheilen lassen, in denen zugleich die Vorschläge des Vortragenden sowohl bezh. vollkommenen Ausschlusses vom Militärdienst, als bedingter Annahme mitgetheilt werden.

Die nachfolgende Discussion, an welcher sich die Herren Dr. Ladreit de Lacharrière (Paris), Prof. Schwartze (Halle), Generalchirurg Thaulon (Christiania), Dr. Keyser (Stockholm) und Dr. Wilh. Meyer (Kopenhagen) theilnahmen, hatte besonders die Ausführbarkeit der Bremer'schen Vorschläge zum Gegenstand. Schliesslich wurde der folgende Vorschlag des Dr. Wilh. Meyer von der Section genehmigt, nämlich: 1. Die genannten Vorschläge durch die Herren Delegirten der verschiedenen Länder zur Kenntniss ihrer resp. Regierungen zu bringen. 2. Hierdurch zu einer gleichförmigen Gesetzgebung in den verschiedenen Staaten mit Rücksicht auf die Bedeutung der Ohrenkrankheiten bei der Aushebung Wehrpflichtiger beizutragen. 3. Den Wunsch auszusprechen, dass die Kenntniss der Otologie für alle Militärärzte eine obligatorische werde.

In derselben Sitzung hielt Dr. O. Bull (Christiania) einen Vortrag über nervöse Ohrenkrankheiten. Er betont ihre Häufigkeit, indem er angibt, dass unter 3200 von ihm im Laufe der letzten 6 Jahre untersuchten Ohrenkranken sich 3 Proc. mit primärem Labyrinthleiden vorgefunden hätten. Von diesen waren 7 Fälle durch excessive Schalleindrücke auf das Ohr entstanden, in 6 lag Consanguinität, in 5 Sturz auf den Kopf, in 5 Syphilis als Ursache vor. Mittelohr- und Gehirnleiden seien sorgfältig ausgeschlossen worden. Das Labyrinthleiden wurde in die Cochlea verlegt, wenn das Gehör für einzelne Töne oder eine Reihe von Tönen erloschen war, oder gewisse Töne schmerzlich empfunden wurden (6 Fälle, davon 2 an verwandten Patienten mit Retinis pigmentosa); Gleichgewichtsstörungen wurden ihrer

Ursache nach in die halbzirkelförmigen Kanäle verlegt (10 Kranke, davon 4 mit paroxysmatischem Schwindel).

In der *achten Sitzung*, 16. August Vormittags, wurden ausschliesslich von den Herren Dr. Bremer (Kopenhagen) für Dr. Delstanche (Brüssel) und von Dr. Sexton (New-York) Instrumente vorgezeigt.