vorgenommen, in denen die Lumbalpunktion nicht mehr ausreicht. Chemische Veränderungen der Cerebrospinalflüssigkeit treten zeitiger als die klinischen Symptome auf und sind daher für die Frühdiagnose von hervorragender Bedeutung. Nackensteifigkeit kann bei vorzugsweise in der mittleren Schädelgrube lokalisierter Meningitis ganz fehlen. Wenn der Liquor aufhört, Kupfer zu reduzieren, zeigt dieses den Übergang in das eitrige Stadium der Erkrankung an. Verminderte Alkaleszenz deutet auf das Vorsichgehen eines pathologischen Vorganges hin und mahnt zur Operation, um Eiterbildung zu verhüten. Die therapeutischen Resultate M.s sind erst allmählich bessere geworden, seitdem er die Kranken früher operiert. Von der Drainage durch das Labyrinth fürchtet er eine Infektion der Meningen; wo sie wirksam ist, dürfte sich das gleiche durch eine kleine druckentlastende Operation erreichen lassen. Spontanheilung ist in Fällen intensiverer Infektion und in späteren Stadien wohl kaum zu erwarten, er wenigstens hat solche bei Infektion durch Streptokokkus und Staphylokokkus nie gesehen. Pneumokokkus-Meningitis scheint manchmal spontan zurückzugehen. Die Durchspülungen des Arachnoidealsackes und die Injektion verschiedener Flüssigkeiten, z. B. von Silberpräparaten, sind als zwecklos wieder aufgegeben worden.

McKenzie fragt, ob Milligan bei einem Kranken mit Ohreiterung, fehlenden meningitischen Symptomen, aber Unwirksamkeit des Liquor cerebrospinalis gegenüber Kupferlösungen und saurer Reaktion desselben sofort eine Drainage der Subarachnoidealräume vornehmen würde.

Milligan erwidert, wenn er einen Kranken mit chronischer Mittelohreiterung oder Labyrinthitis zu behandeln hätte, bei dem die Temperatur ansteigt und die Arterienspannung zunimmt, bei dem sich ferner eine verminderte Alkaleszenz des Liquor und fehlende Kupferreduktion bei Kochen mit Fehlingscher Lösung feststellen läßt, würde er ohne Zögern eine druckentlastende Operation anraten, weil ein solcher Fall in Gefahr steht, einen eitrigen Charakter anzunehmen, und man dem nicht früh genug vorbeugen kann. Blau.

III. Aus den Verhandlungen polnischer medizinischer Gesellschaften im Jahre 1912.

A. Aus den neurologisch-psychologischen Sitzungen der Warschauer ärztlichen Gesellschaft.

1. Bychowski demonstriert das Präparat von einem Fall mit einer Neubildung im Kleinhirn-Brückenwinkel. Die Krankheit begann bei dem 53jährigen Patienten vier Jahre ante mortem mit unangenehmen Sensationen im rechten Ohre. Später trat Taubheit auf, nach zwei Jahren Einschlafen der rechten Zungenhälfte, seit einem Jahre Kopfschmerzen und Übelkeiten. Damals wurde Stauung im Augenfundus, Nystagmus, Sehschwäche, Lähmung des rechten Abduzens, Speichelfluß aus dem rechten Mundwinkel, Anästhesie der rechten Wange und der rechten Zungenhälfte gefunden. Diagnose: Tumor im rechten Kleinhirn-Brückenwinkel. Bei der Operation wurde kein Tumor gefunden. Die Obduktion ergab eine nußgroße Neubildung zwischen der vorderen Oberfläche der rechten Kleinhirnhälfte und dem Felsenbein (Fibrom). Während der Operation stieß man in dieser Gegend auf ein Flüssigkeitsreservoir, und es wurde eine Meningitis serosa vermutet.

2. Krukowski demonstriert einen Fall von Fraktur der Schädelbasis. Der 56jährige Patient wurde mit einem Ziegelstein auf das rechte Hinterhaupt geschlagen. Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Taubheit rechts, Verziehung des Gesichts nach links. Von da an heftiger Schwindel. Objektiv: Parese des rechten Fazialis, rechtsseitige Taubheit. Redner vermutet Fraktur der Basis des Felsenbeins, was vom Röntgenogramm bestätigt wird. Dem Patienten geht es besser.

Diskussion:

Kopczyński warnt vor einer absolut günstigen Prognose, indem er sich auf einen eigenen Fall beruft, in welchem sechs Wochen nach einer Schädelbasisfraktur und nach günstigem subjektivem Befinden plötzlich Erscheinungen einer eitrigen Meningitis und Tod erfolgten.

Kryński nimmt die Möglichkeit eines Extravasates in der inneren Partie des Felsenbeins ohne Basisfraktur an.

Judt weist auf den Spalt in der Nische hin, welcher das Vorhandensein einer Fraktur beweist.

3. Lubelski demonstriert einen Patienten, der wegen Kleinhirnbrunnens mit Erfolg operiert worden ist. Der 12jährige Patient litt seit zwei Jahren an Mittelohreiterung. In den letzten Wochen Schüttelfröste, Kopfschmerzen, Vomit. Erst wurde die Radikaloperation ausgeführt, nachher die ganze Vena jugularis communis exzidiert und zuletzt wegen Kleinhirnbrunnens der Schädel in der Hinterhauptgegend trepaniert. Darauf allmähliche Besserung bis zur Heilung.

B. Aus den oto-laryngologischen Sitzungen.

1. T. Heiman stellt einen Patienten vor, der vor $1\frac{1}{2}$ Jahren Lues akquiriert hatte, nach 30 Quecksilberinjektionen Ohrenrauschen und Schwerhörigkeit bekam und nach einer Lufteintreibung vollständig taub wurde. Salvarsaninjektion ohne Erfolg. H. fand Labyrinthtaubheit, Schwindel, unsicheren Gang. Auch nach 30 Injektionen und Jodkali 2,0 pro die keine Besserung des Gehörs. Nach 5 Pilokarpininjektionen eine geringe Hörverbesserung. H. warnt vor unvorsichtiger Anwendung der Lufteintreibung, die schädlich sein und vollkommene Taubheit verursachen kann.

Diskussion:

Koenigstein behauptet, daß Labyrinthsyphilis schwer zu heilen ist. Er glaubt nicht an eine positive Wirkung vom Pilokarpin und empfiehlt eher ausdauernde Anwendung von Quecksilber und Jodkali. K. glaubt auch nicht, daß eine einmalige Lufteintreibung Taubheit bewirken kann.

Lubliner meint im Gegenteil, daß Diaphoretika, wie Sarsaparilla, Det. Zittmanni, Pilokarpin, von jeher in solchen Krankheiten mit gutem Erfolg angewendet wurden.

Meyerson empfiehlt bei Labyrinthleiden Vorsicht in der Anwendung von Lufteintreibung und die Applikation schweißtreibender Mittel.

Heiman beruft sich auf die von Politzer bei Syphilis des Gehörorgans empfohlene Anwendung von Pilokarpin.

2. Meyerson: Über die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung. Siehe Referat an späterer Stelle.

Diskussion:

Lubliner bemerkt, daß auch er günstige Wirkung von der Anwendung der Aspiration gesehen hat. Unter den Medikamenten zieht

er das Adrenalin dem Kokain vor, aus Furcht vor der allgemeinen Wirkung des letzteren.

Szmurlo wendet, wenn die Kranken Kälte nicht vertragen, warme Umschläge und anstatt Wasserstoffsuperoxyd das viel reinere Mercksche Perhydrol an.

Heiman drückt sich negativ über die Biersche Methode aus und lobt als Medikament Resorzinlösung.

3. Marcinkowski: Nystagmus als klinisches Symptom. Beschreibung der verschiedenen Nystagmusformen; akute Labyrinthentzündung bewirkt Nystagmus nach der entgegengesetzten, Eiterung in der hinteren Schädelgrube Nystagmus zur selben Seite. Ebenso bewirken Blutungen in das Labyrinth, Kleinhirn- und Akustikustumoren, Embolie der Arteria auditiva, Sklerosis multiplex, Tabes dorsalis, gewisse Vergiftungen (z. B. Arsen, Alkohol) Nystagmus. Bei Sklerosis multiplex ist das Labyrinth auf Kalorisation überempfindlich, bei Tumoren des Akustikus geht diese Erregbarkeit sehr bald verloren. Einseitige Übererregbarkeit des Labyrinths kommt bei Hirntumoren vor. Bei Verlust des Bewußtseins geht der Nystagmus in Strabismus über. Auch Kalorisation bewirkt bei Bewußtlosen Schielen. Bei der fulminanten Meningitis dauert ein großer unregelmäßiger Nystagmus sogar während der Agonie an. Spontaner Nystagmus kann als Frühsymptom der sog. Otoklerose auftreten. Auch in Infektionskrankheiten kommt Nystagmus als Symptom einer Labyrinthkomplikation vor. Bei Labyrinthfisteln bewirken Druckveränderungen im Mittelohr Nystagmus.

4. Dobrowolski stellt einen 25jährigen Patienten mit rechtsseitiger Fazialislähmung vor, der über seit zwei Wochen bestehende Ohrenscherzen, Ohrensausen und Schwerhörigkeit klagt. Gegenwärtig ist die Gesichtslähmung geringer, das Gehör besser. D. diagnostiziert eine seröse Mittelohrentzündung und betrachtet die Fazialislähmung als Folge einer Kompression des Fazialis durch das angesammelte Exsudat.

Diskussion:

Heiman sieht hier zwei Prozesse: Neuritis des Fazialis und exsudative Mittelohrentzündung, die beide die Folge einer Erkältung sein können.

Dobrowolski meint, daß diese beiden Prozesse nicht gleichzeitig mit einer Erkältung erklärt werden können.

Marcinkowski vermutet eine Dehiszenz im Nervenkanal als Ursache der Kompression des Nerven durch den Paukenhöhleninhalt.

5. Lubliner stellt einen 26jährigen Patienten mit ausgeheiltem otitischem Kleinhirnsabszeß vor. Die linksseitige Eiterung hatte sieben Jahre gedauert. Die Untersuchung ergab: kein Fieber, geringe Lähmung des unteren Fazialisastes, Defekt des Trommelfells, hinten oben eine blutende Granulation. Gehör fast null. Die Röntgenuntersuchung zeigte: ausgedehnte Karies der Pyramide um die Paukenhöhle herum, Erweichung des Knochens längs der Sutura occipito-temporalis in der Richtung des Confluentium sinuum. Báránys Symptome an beiden Extremitäten und Romberg. Puls 80. Bei der Radikaloperation fanden sich längs des Sinus Eiterherde und Granulationen. Der Knochen ober- und unterhalb des Sinus wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und die Dura des Kleinhirns und des vorderen Teiles des Hinterhauptlappens bloßgelegt. Am dritten Tage wurde Probepunktion ausgeführt und ein Cerebellarabszeß in der Wurmgegend aufgedeckt, inzidiert und drainiert. Nach zwei Wochen Sistieren der Eiterung. Gegenwärtig, nach fünf Wochen, bestehen noch Strabismus, Schwindel, Romberg und Diplopie.

Diskussion:

Marcinkowski ist der Ansicht, daß hier, mit Rücksicht auf das Bérányische Symptom, a priori ein Abszeß in der Wurmgegend angenommen werden konnte, und daß die bis jetzt noch bestehenden Symptome vom Kleinhirn herrühren. Dafür spricht der Umstand, daß Patient immer in derselben Richtung fällt, ohne Rücksicht auf die Lage des Ohres im Raume.

Lublinter spricht, auf eine Anfrage Heimans, die Vermutung aus, daß die Stelle des früheren Abszesses von einer Bindegewebsmasse ausgefüllt wurde, und daß die noch bestehenden Symptome die Folge einerseits einer Labyrinthreizung, andererseits von Veränderungen im Sehnerven sein können.

Heiman bittet den Votr., mit Rücksicht darauf, daß dauernde Heilungen nach Kleinhirnsabszessen selten sind, den Patienten nach längerer Zeit wieder vorzustellen.

C. Aus den Sitzungen der Warschauer oto-laryngologischen Gesellschaft.

Koenigstein demonstriert a) einen Fall von otitischem Hirnabszeß. Patient, 50 Jahre alt, litt seit der Kindheit an linksseitigem Ohrenfluß. Klagen über Kopfschmerzen und Vergessen der Namen von Gegenständen. Die Untersuchung ergab: sensorische Aphasie, Parese des unteren rechten Fazialisastes, Kopfschmerzen linkerseits, besonders in der Gegend des Schläfenlappens. Im Ohre ein großer Trommelfelldefekt, Gehörknöchelchen nicht zu sehen, fötides Sekret, Proc. mastoideus nicht schmerzhaft. Puls 110, Temperatur 37,8°. Totalaufmeißelung mit Bloßlegung der mittleren Schädelgrube, Probepunktion des Gehirns mit positivem Resultat. Entleerung eines Abszesses und Drainage. Nach zwei Monaten Heilung. Patient fühlt sich wohl und ist arbeitsfähig. Doch besteht noch zeitweises Vergessen der Namen von Gegenständen und Städten.

b) Fall von otitischer Pyämie. 16jähriger Patient. Seit der Kindheit rechtsseitige Ohreiterung. Seit acht Tagen Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Erbrechen. Temperatur morgens 37° C, abends 40°, Puls 130. Paukenhöhle mit Granulationen und fötidem Eiter ausgefüllt. Warzenfortsatz nicht empfindlich, leichte Nackensteifigkeit. Totalaufmeißelung. Der ganze Warzenfortsatz nekrotisch. Knochen fast schwarz, in den Zellen Eiter. Im Antrum Granulationen, um den Sinus fötider Eiter, seine vordere Wand gangränös, in ihrer Mitte eine Öffnung, in deren Tiefe gegen den Bulbus Eiter zu sehen ist. Ligatur der Vene, Bloßlegung des Sinus vom Bulbus bis zum Confluens, Tamponade, Verband. In den nächsten drei Tagen Temperatur 37 bis 38,4°. Nach drei Monaten Heilung.

c) Fall mit Exostosis congenita meatus auditorii externi. Der neunjährige Patient soll nie ohrenkrank gewesen sein. Gehörgang von einem harten, länglichen, wallnußgroßen Tumor ausgefüllt, der von dünner, narbiger Haut bedeckt ist. Weber nach der kranken Seite, Rinne negativ, Uhr nicht gehört. Chloroformnarkose, Ablösung der Muschel und des häutigen Gehörganges, Abtragung des Knochengebildes mit dem Meißel, retroaurikuläre Wunde vernäht. Nach zwei Wochen Heilung. Untersuchung: Paukenhöhle fehlt, Promontorium sehr nahe, am Boden des äußeren Gehörganges, Sondierung der Tuba ergibt negatives Resultat. Die Uhr wird jetzt auf 3—4 cm gehört. Weber und Rinne wie zuvor.

D. Aus den Sitzungen der Lodzer ärztlichen Gesellschaft.

1. Goldmann demonstriert ein zweijähriges Kind, bei dem vor zwei Wochen wegen Hirnabszeß ein operativer Eingriff ausgeführt

worden ist. Der Abszeß war von der Größe einer Orange und enthielt ca. 100 g Eiter.

2. Panski hält einen Vortrag unter dem Titel: Beitrag zur Diagnose und Behandlung von Hirnabszessen. Fall eines otogenen Abszesses in der Schläfenwindung. Der 32jährige, linksseitig ohrenkranke Patient wurde plötzlich bewußtlos. Die Untersuchung ergibt: Steigerung des Muskelwiderstandes in den rechtsseitigen Extremitäten, Ptosis links, Aphasia sensoria. Diagnose: Abszeß im linken Schläfenlappen. Operation, Punktion der nicht pulsierenden Dura ergibt Eiter. Entleerung desselben. Die Revision der Abszeßwand zeigt keinen weiteren Herd. Inmitten des günstigen postoperativen Verlaufes plötzliche Verschlimmerung, welche den Verdacht auf das Bestehen eines zweiten Abszesses erregt. Nach Verbandwechsel und Entleerung von Eiter Besserung. Am selben Tage (am 12. nach der Operation) plötzlich Exitus lethalis. Die Sektion deckte einen zweiten Abszeß in der Tiefe derselben Windung auf. Schlußfolgerung: Man muß immer an die Möglichkeit eines zweiten Abszesses denken. Die Verschlimmerung des Allgemeinzustandes neben Wiederauftreten der Symptome machen eine genaue Besichtigung der Abszeßhöhle und der dieselbe umgebenden Hirnpartien notwendig. Rapide Besserung des Allgemeinzustandes ist nicht immer ein günstiges Zeichen.

Spira-Krakau.