II. 1. Nordischer Oto-Laryngologen-Kongreß.

Kopenhagen, den 25. und 26. August 1911.

Der Kongreß war auf die Initiative von Prof. Mygind und auf Einladung eines Komitees, bestehend aus Prof. Mygind, Prof. Schmiegelow und Dr. Jörgen Möller, ins Leben gerufen worden. Er war besucht von 28 Dänen, 5 Finnen, 7 Norwegern und 15 Schweden, sowie einem Amerikaner, dem aus Dänemark stammenden Dr. Chr. Holmes aus Cincinnati. Präsident war Prof. Mygind, Schriftführer Dr. Jörgen Möller.

Es wurde beschlossen, eine nordische Vereinigung für Oto-Laryngologie zu bilden, die u. a. für die Abhaltung eines Kongresses in jedem dritten Jahre zu sorgen hat. Zum Vorsitzenden dieser Vereinigung wurde Prof. Mygind gewählt. Außerdem wurden von jedem der nordischen Länder drei Vorstandsmitglieder gewählt, nämlich für Dänemark Schmiegelow, Kiær und Tetens Hald, für Finnland af Forselles, Zilliacus und v. Fieandt, für Norwegen Uchermann, Gording und Fleischer und für Schweden Holmgren, Kruse und Lagerlöf.

Ferner wurde ein nordischer oto-laryngologischer Literaturring zum Auswechseln von nordischen wissenschaftlichen Arbeiten gebildet, zu dessen Geschäftsführer man N. Rh. Blegvad wählte.

Der erste wissenschaftliche Punkt auf der Tagesordnung des Kongresses war ein Referat, zu dessen Thema man die labyrinthären Leiden bei den Mittelohreiterungen gewählt hatte.

1. A. af Forselles (Helsingfors): Die durch suppurative Mittelohrleiden verursachten Labyrinthleiden. Geschichte, Ätiologie und Pathogenese. Die grundlegenden Versuche über die Physiologie der Bogengänge sind auf Flourens (1824 bis 1828) und Ewald (1892) zurückzuführen, aber erst Bárány's epochemachende Untersuchungen (1906/07) machten die verschiedenen Reaktionen klinisch brauchbar. Labyrinthitis tritt am häufigsten bei chronischer Otitis auf, unter den akuten Otitiden am häufigsten bei Skarlatina-Otitis. Der Durchbruch vom Mittelohr zum Labyrinth erfolgt in der Regel durch das ovale oder das runde Fenster, durch die Bogengänge oder von einer Meningitis durch den Meatus auditorius internus oder den Aquaeductus cochleae. In pathologisch-anatomischer Hinsicht bemerkt man teils einen Zerfall des Knochengewebes, der zur Nekrose größerer oder geringerer Teile des Labyrinthes führen kann, teils Neubildung von Binde- und Knochengewebe. Die suppurative Labyrinthitis kann zirkumskript sein, ist aber am häufigsten diffus, was sie stets wird bei einem plötzlichen Durchbruch vom Mittelohr zum Labyrinth. Die seröse Labyrinthitis ist nicht genügend pathologisch-anatomisch bekannt. Vom Labyrinth kann die Infektion sich auf die Meningen ausbreiten, am häufigsten geschieht dies durch den inneren Gehörgang, seltener durch den Aquaeductus cochleae oder den Ductus endolymphaticus.

2. G. Holmgren (Stockholm): Die durch suppurative Mittelohrleiden verursachten Labyrinthleiden. Untersuchungsmethoden und Symptomatologie. Nach einer historischen Einleitung werden zunächst die verschiedenen Erscheinungen, die vom Vestibulum herrühren, besprochen: Schwindelanfälle mit Gefühl von Rotation des Kranken oder der Umgebung, vestibulärer Nystagmus, der rhythmisch ist und beim Blick in der Richtung der schnellen Komponente gesteigert wird, die labyrinthären Gleichgewichtsstörungen, die häufig vom Nystagmus abhängig sind und sich durch Fall in der Richtung der langsamen Komponente äußern. Da-

nach wird Bárány's topische Zerebellardiagnostik (Zeigeversuch) besprochen. Von den verschiedenen vestibulären Untersuchungsmethoden hat der Rotationsnystagmus den Nachteil, daß man die Bogengänge der beiden Seiten nicht isolieren kann, was bei der kalorischen Probe der Fall ist. Brünings hat vorgeschlagen, diese beiden Proben in der sogenannten Optimumstellung auszuführen, wobei man die einzelnen Bogengänge isolieren kann; bei einer Kaltwasserspülung wird für den horizontalen Bogengang die Optimumstellung vorhanden sein, wenn der Kopf 60° nach hinten gebeugt ist; in dieser Stellung wird ein geringer Reiz die Reaktion hervorrufen können. H. empfiehlt zugleich Brünings' Otokalorimeter. Bei der „pressorischen Reaktion“ (Fistelprobe) wird man in den meisten Fällen das Vorhandensein eines Defektes im knöchernen Labyrinth nachweisen und in vielen Fällen den Sitz des Defektes lokalisieren können; die Fistelprobe kann jedoch gefährlich sein, wenn auch bisher noch kein Fall bekannt ist, bei dem das Labyrinth dadurch infiziert wurde. Die galvanische Reaktion besteht teils in dem Auftreten von Nystagmus, teils in Gleichgewichtsstörungen. H. hat nachgewiesen, daß diese letzteren schon bei einer geringeren Stromstärke auftreten und deshalb eine klinische Rolle spielen können, da nicht alle Patienten sich darin finden, sich einen Strom von 10 M.-A. durch den Kopf leiten zu lassen. Die Aufgabe der akustischen Funktionsprobe bei Labyrintheiterungen besteht im wesentlichen darin, zu entscheiden, ob Gehör vorhanden ist oder nicht. Mit Bárány's Lärmapparat kann man wohl nicht völlig sicher die Diagnose auf totale Taubheit stellen, aber man kann feststellen, ob praktisch brauchbare Gehörreste da sind, was zum klinischen Gebrauch genügend ist. Die Symptome der Labyrinthitis (in leichteren Fällen spricht man von seröser L.) sind anfallsweise auftretendes Schwindelgefühl, Gleichgewichtsstörungen, Übelkeit und Erbrechen, sowie Nystagmus, zunächst nach der kranken Seite, später nach beiden Seiten. Wenn das Labyrinth völlig zerstört ist, fehlen alle Reaktionen, ausgenommen die galvanische, und es zeigen sich schwere vestibuläre Symptome, die jedoch nach zirka zwei Monaten schwinden. Fieber ist nicht vorhanden: stellt sich eine Temperatursteigerung ein, so ist diese entweder auf das Mittelohrleiden oder auf eine intrakranielle Komplikation zurückzuführen. Man kann oft bei der Labyrinthitis beobachten, daß die Symptome nach dem Verlauf einiger Zeit geringer werden; man soll sich aber dadurch nicht verleiten lassen, die Operation zu unterlassen, da ein derartiges latentes Leiden plötzlich eine diffuse Meningitis verursachen kann.

3. V. Uchermann (Kristiania): Die durch suppurative Mittelohrleiden verursachten Labyrinthleiden. Komplikationen, Prognose und Therapie. Komplikationen: Die eitrige Leptomeningitis verläuft in der Regel in einer Woche, kann aber auch einen sehr schnellen und einen sehr langsamen Verlauf nehmen. Die seröse Meningitis kann (selten) rein toxisch sein, in der Regel bildet sie ein Vorstadium zur eitrigen Meningitis. Der extradurale Abszeß bei der Labyrinthitis liegt am häufigsten in der Fossa cerebellaris und wird namentlich bei Cholesteatom gefunden. Der intradurale Abszeß ist selten, der subdurale Abszeß wird Symptome wie eine zirkumskripte Meningitis aufweisen. Ein Gehirnabszeß bei der Labyrinthitis kann im Temporal- oder Frontallappen sitzen, ist aber am häufigsten im Cerebellum lokalisiert. Sinusphlebitis als labyrinthäre Komplikation ist selten. Die Prognose ist bezüglich des Gehörs ungünstig, besonders bei einer diffusen Labyrinthitis, bei der zirkumskripten Form kann einiges Gehör bewahrt werden. Quoad vitam hängt die Prognose von den Komplikationen, speziell der Meningitis, ab. Am schlimmsten stellt sie sich bei der akuten Otitis; da aber die meisten Labyrinthitiden auf chronische Eiterung zurückzu-

führen sind, verbleibt die Labyrinthitis in der Regel zirkumskript und unkompliziert. Therapie: Die Indikationsstellung für die Operation wird erschwert durch die Unmöglichkeit, zwischen seröser und eitriger Labyrinthitis zu unterscheiden. Zum Konservatismus fordert der Umstand auf, daß die meisten Labyrinthitiden ohne Operation heilen. U. ist deshalb der Ansicht, daß nur dann zu einer Labyrinthoperation geschritten werden sollte, wenn Anzeichen einer intrakraniellen Komplikation vorhanden sind: Kopfschmerzen, bakterienhaltige Zerebrospinalflüssigkeit. Beim Vorhandensein einer Fistel in der Labyrinthwand sollte man die Labyrinthektomie vornehmen, wenn das Gehör vollständig geschwunden ist; sonst kann man sich mit einer Erweiterung der Fistel begnügen. Bei vorhandenen intrakraniellen Komplikationen muß man die breite Labyrinthektomie (Neumann) vornehmen, sonst kann man sich auf die partielle (Hinsberg) beschränken.

Diskussion zu 1—3.

Schmiegelow: Die postoperative Labyrinthitis kann entweder geheilt werden oder kann den Verlust des Gehörs mit sich führen oder Meningitis mit tödlichem Ausgang im Gefolge haben. Man kann bei der Bogengangfistel ebensogut ein vollständig intaktes membranöses Labyrinth haben. Bezüglich der Operation ist S. konservativ, ausgenommen bei der postoperativen Labyrinthitis.

Mygind: Die postoperative Labyrinthitis kann so gut wie völlig symptomfrei verlaufen, führt aber den Verlust des Gehörs mit sich. Ihre Häufigkeit bewirkte, daß M. sich gegenüber der Vornahme der Totalaufmeißelung etwas zurückhaltend verhält. Auch M. ist konservativ mit Bezug auf Operation, ausgenommen bei Labyrinthitis als Folge von akuter Otitis oder bei intrakraniellen Komplikationen.

Holmgren hat aus der Statistik gelernt, daß man gegenüber der Labyrinthitis nicht konservativ sein soll. Bei konservativer Behandlung besteht eine Mortalität von 20—50 %, während die Wiener Schule bei 150 Fällen von Operation nur einen Todesfall zu verzeichnen hat. H. hat 30 Operationen mit zwei Todesfällen vorgenommen, von denen nur der eine sicher auf die Labyrinthitis zurückzuführen ist.

Uchermann meint, daß der Grund für die postoperative Labyrinthitis in zu starker Tamponade der Operationshöhle zu suchen ist.

4. Ch. Kruse (Göteborg): Ein Fall von Gleichgewichtsstörungen bei erhöhtem Gehirndruck. K. berichtet über einen Fall, bei dem 3 Jahre nach der Totalaufmeißelung sich starkes Schwindelgefühl und Kopfweh bei normal reagierendem Labyrinth einstellte. Die eine Hemisphäre des Cerebellum wird entblößt; in der folgenden Zeit fließt reichlich Zerebrospinalflüssigkeit ab, der Patient wird besser, soll entlassen werden, stirbt aber plötzlich an einer Embolie. Bei der Sektion werden Labyrinth und Gehirn gesund gefunden, und es sind keine sicheren Anhaltspunkte für den Ausgangspunkt der Embolie zu finden. K. nimmt an, daß die Thrombose sich im Sinus rectus gebildet und durch Stase im Cerebellum dort eine Druckerhöhung hervorgerufen hat, worauf ein Embolus in die Pulmonalis eingetreten ist und den Tod herbeigeführt hat.

5. Wilhelm Waller (Malmö): Das funktionelle Resultat der Totalaufmeißelung des Mittelohres. Um sichere Indikationen für die Operation der chronischen Otitis media stellen zu können, kann die Funktionsprüfung, wenn sie während einer längeren Zeit angestellt ist, von großem Nutzen sein. Von 41 Fällen, wo W. die Operation nach der Methode von Heath ausführte, blieb das Gehör nach der Operation in fünf Fällen stationär, in den übrigen Fällen besserte es sich.

Diskussion.

Tetens Hald war mit W. darin einig, daß eine beständig zunehmende Verschlechterung des Gehörs für die Operationsindikation von Bedeutung ist.

Uchermann hat mit der Operationsmethode von Heath keine guten Resultate erzielt. Er ist vor der Totalaufmeißelung nicht bange, da das funktionelle Resultat immer gut ist, wenn man nur durch Transplantation dafür sorgt, daß die Epidermis über den Fenstern dünn wird.

6. K. G. Fleischer (Kristiania): Versuch mit Serum als Hämostatikum bei intranasalen Eingriffen. Der Gedanke, Serum als Hämostatikum anzuwenden, stammt von der Beobachtung, daß die Applikation von Blut eines anderen Individuums auf eine Wundfläche die Blutung stillt. F. machte zunächst den Versuch, Serum lokal durch Applikation auf die blutende Stelle anzuwenden, aber dieses war auf die Blutung ohne Wirkung. Darauf wurde bei 14 Individuen, von denen man wußte, daß sie Neigung zu starker Blutung hatten, eine subkutane Injektion von 10 ccm Pferdeserum versucht. 24 Stunden nach der Injektion zeigte sich, daß die Koagulationszeit des Blutes um durchschnittlich $6\frac{1}{2}$ Minuten herabgesetzt war; bei dem darauffolgenden operativen Eingriff in der Nase trat dann keine oder nur geringe Blutung ein, so daß es den Anschein hat, daß das Serum in der Rhinologie als Prophylaktikum bei Patienten mit Neigung zum Bluten von Nutzen sein kann.

7. Holger Mygind (Kopenhagen): Sekundäre Naht nach einfacher Aufmeißelung des Processus mastoideus. Um die Nachbehandlung nach der Aufmeißelung des Proc. mast. abzukürzen, hat M. die sekundäre Naht empfohlen und in 64 Fällen angewendet. Die Operation wird 8—20 Tage nach der Aufmeißelung vorgenommen, wenn Wunde und Hautränder sich in guter Verfassung befinden. Sie wird in der Narkose in folgender Weise ausgeführt: Die Haut wird mit Jod desinfiziert, die Wundränder werden angefrischt und die oberflächlichen weichen Granulationen in der Operationshöhle ausgekratzt. Die Höhle wird mit Jodoformgaze abgewischt, die Wundränder werden frei losgelöst und mit Michelschen Klammern vereinigt, nachdem man die Höhle sich hat mit Blut füllen lassen, das schnell koaguliert. Die Wunde wird mit durchlöcherter Protektiv und steriler Gaze bedeckt. Die Klammern werden 2—3 Tage nach der Operation entfernt, und 5—7 Tage nach der sekundären Naht kann der Patient von dem Verband befreit werden. Unter den 64 Operationen entstand in 16 Fällen Vereiterung des gesamten Koagulums, in 6 Fällen Suppuration in dem axialen Teil des Koagulums, und in 18 Fällen zeigten sich kleine oberflächliche Risse in der Wunde, die jedoch im Laufe von 16—30 Tagen heilten. In 24 Fällen trat eine ideale Heilung per primam ein, so daß die Wunde 15—20 Tage nach der primären Operation geheilt war. Die Methode kürzt also den Verlauf der Heilung bedeutend ab; während im Kopenhagener Kommunehospital die Heilung nach der Aufmeißelung des Proc. mast. bei der gewöhnlichen Methode durchschnittlich 74 Tage dauert, nimmt sie nach einer wohl gelungenen sekundären Naht nur durchschnittlich 20 Tage in Anspruch.

Diskussion.

Chr. Holmes verfährt bei der Totalaufmeißelung des Mittelohres in der Weise, daß er die Wundhöhle sich mit Blut füllen läßt, worauf er die Wunde primär schließt.

8. Jörgen Möller (Kopenhagen): Über eine bisher unbeachtete Form von Mittelohrtuberkulose. M. hat bei Phthisikern in 19 Fällen eine Form von Mittelohrtuberkulose gefunden,

die sich dadurch auszeichnet, daß ohne größere subjektive Beschwerden und ohne Vorhandensein von Exsudat im Mittelohr eine starke Schwellung des Trommelfells eintritt, das eine eigentümliche gelbweiße Farbe mit injizierten Gefäßen hat und stark hervorgewölbt erscheint. Der Prozeß kann zurückgehen, oder er kann auch zu einer gewöhnlichen eitrigen Mittelohrtuberkulose werden. Er ist auf eine starke tuberkulöse Infiltration der Schleimhaut des Mittelohrs zurückzuführen. Man soll das Trommelfell nicht inzidieren.

Diskussion.

Schmiegelow glaubt, daß diese Form die gewöhnliche für eine beginnende Mittelohrtuberkulose ist. Ihr Verlauf hängt von dem allgemeinen Zustand des Patienten und von dem Zustand seiner Lungentuberkulose ab.

9. Tetens Hald (Kopenhagen): Klinische Erfahrungen bezüglich der Anwendung von Hexamethylenetetramin in der Otochirurgie. H. hat nachgewiesen, daß Hexamethylenetetramin $\frac{3}{4}$ Stunden nach der Eingabe in der Zerebrospinalflüssigkeit gefunden werden kann, zuerst in einer Konzentration von 1 : 20 000 bis 1 : 50 000, später abnehmend, bis 48 Stunden danach nichts mehr festgestellt werden kann. H. hat Hxt. bei 200 Patienten erprobt, an denen größere operative otologische Eingriffe vorgenommen worden waren. Er schließt, daß Hxt. bei otogener Meningitis zwar bei weitem nicht ein sicher wirkendes Mittel ist, daß ihm aber doch mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Wirkung bei dieser Krankheit zugeschrieben werden kann. Dosis: Bei Erwachsenen 1 g viermal täglich, bei Kindern verhältnismäßig weniger. Das Mittel darf der Nieren wegen nur wenige Tage hindurch verabreicht werden; es kann auch in gleicher Dosis wie per os und in derselben Konzentration (1 : 150) subkutan gegeben werden.

10. Victor Boivie (Stockholm): Über Bárány's vestibuläre Kleinhirnreaktionen bei Normalen. B. hat bei 65 gesunden Individuen Bárány's Zeigerversuch angestellt und dazu eine von ihm konstruierte „Zeigescheibe“ verwendet. Alle Untersuchten zeigten spontan richtig, ausgenommen einer, der konstant mit der rechten Hand vorbeizeigte. Der Grund hierfür konnte nicht gefunden werden. Beim Vorhandensein von experimentell hervorgerufenem vestibulärem Nystagmus zeigten sich normale Reaktionen (Vorbeizeigen), ausgenommen bei einem Manne, bei dem man nicht eine frühere zerebrale Affektion ausschließen konnte. Irgendeine Beziehung der Größe der Reaktionen und des Nystagmus wurde nicht gefunden.

Diskussion.

Tetens Hald teilt zwei Fälle von Zerebellaraffektion mit, wo er vor dem Tode des Patienten die Diagnose gestellt und Bárány's Proben ausgeführt hatte. Die betreffenden Präparate werden demonstriert.

11. R. Gording (Kristiania): Anatomische Untersuchungen des Ductus naso-frontalis und der Lage der Ostien im mittleren Nasengange mit besonderer Berücksichtigung des sekundären Antrumempyems. G. hat 65 Präparate untersucht. Von diesen lag bei 41 das Ost. frontale derart, daß Eiter von dem Sinus frontalis in das Infundibulum hinabgelangen würde, während er in 20 Fällen vor diesem hinabkommen würde. Das Sekret aus der Bulla ethmoidalis wird in der Regel direkt den Weg in den Meatus medius hinabnehmen, während dasjenige aus den übrigen Siebbeinzellen des Meatus med. in das Infundibulum hinabgelangt. Darauf wird der Bau des Ductus naso-frontalis eingehend besprochen.

12. G. Holmgren (Stockholm): Statistische Studien über die Skarlatina-Otitis. Den verschiedenen Statistiken nach zu urteilen, ist die Frequenz der Skarlatina-Otitis ziemlich erheblichen Schwankungen unterworfen, von 30 bis zu 5 % (Nager). H. hat in Stockholm von 1901—1910 9500 Skarlatinajournale durchgesehen, in denen 2000 Fälle von Otitis, also 22 %, gefunden wurden; in den verschiedenen Jahren etwas schwankend, die meisten 1910, nämlich 26 %, im Alter sehr variierend: im ersten Lebensjahre 39 %, im zweiten 44 %, im dritten 10 %, danach abnehmend, so daß in der Regel bei keiner der höheren Altersstufen 5 % überschritten wird. Die Skarlatina-Otitis hat für das Gehör des Patienten große Bedeutung; in Norwegen sind 27 % aller Taubstummenfälle auf Skarlatina zurückzuführen, und die Eiterung wird sehr oft chronisch oder veranlaßt intrakranielle Komplikationen.

Auf Vorschlag von Holmgren und Mygind wurde darauf folgende Resolution angenommen: In Anbetracht dessen, daß die Ohr-entzündung, die so oft als Folge epidemischer Krankheiten entsteht, darunter namentlich nach Scharlach, häufig bedeutende oder völlige Taubheit mit sich führt, und daß sie nicht selten lebensgefährliche Gehirnkrankheiten, besonders als spätere Nachwirkung, verursacht, fordert der erste Nordische Oto-Laryngologenkongreß den Vorstand der Nordischen Vereinigung für Oto-Laryngologie auf, die betreffenden Behörden auf die Notwendigkeit aufmerksam zu machen, daß die Patienten in epidemischen Krankenhäusern, wo dies möglich ist, einer speziellen sachkundigen Behandlung ihres Ohrenleidens unterworfen werden, und daß den Patienten, die mit einem Ohrenleiden behaftet sind, bei der Entlassung aus solchen Krankenhäusern eine gedruckte Anweisung überreicht wird zu einer Behandlung dieses Ohrenleidens, auch mit Rücksicht auf die Vermeidung von lebensgefährlichen Komplikationen.

13. P. Tetens Hald (Kopenhagen): Demonstration von mikroskopischen Präparaten von Labyrinthitis (Lichtbilder).

14. L. Mahler (Kopenhagen): Die transmaxilläre Behandlung von Nasenrachenfibromen. M. berichtet über drei Fälle von Nasenrachenfibrom, die Schmiegelow nach der von Denker und Löwe angegebenen Methode operiert hat. Die Narkose wird durch Kuhns perorale Intubation eingeleitet. Zunächst wird Decoratio faciei ausgeführt durch Schnitt in den Sulc. alveolo-labialis und Inzision durch das knorpelige Septum längs des Bodens der Nasenhöhle. Die äußere Wand der Nasenhöhle (Concha inf., Ränder der Apertura pyriformis und ein Teil der Wand des Oberkiefers) wird entfernt. Man erhält dadurch einen breiten Zugang zu den Choanen und dem Nasenrachenraum, so daß man die Geschwulst und ihren Insertionsort beseitigen kann, welcher nach Jacques' Behauptung nicht der Nasenrachenraum, sondern die vordere Fläche des Corpus ossis sphenoidalis, also die Nase, ist. Man kann leicht die Hämorrhagie beherrschen, und es verbleibt keine äußerlich sichtbare Narbe.

Diskussion.

Uchermann hat fünf Fälle von Nasenrachenfibrom nach der gleichen Methode operiert, die er befürworten kann. Er wendet dagegen nicht Kuhns Intubation an, da er der Ansicht ist, daß die Narkose auch in der gewöhnlichen Weise gut verläuft.

15. N. Rh. Blegvad (Kopenhagen): Trommelfellanästhesie. Zur Lokalanästhesie des Trommelfells empfiehlt B. folgende Lösung: Cocainum hydrochloricum 1 g, Acidum salicylicum 1 g, Spiritus conc. 2 g, Solutio adrenalini 1‰ gtt. 20. Ein kleiner Wattetampon wird

mit dieser Lösung stark getränkt unmittelbar am Trommelfell angebracht, das im Laufe von 20—30 Min. anästhetisch sein wird. Es zeigt sich eine oberflächliche Eschara, jedoch keine tiefgehende Ätzung wie bei Bonains Mischung. B. hat diese Salizyl-Kokainlösung mit gutem Erfolg bei 73 Ohroperationen angewendet und hat in der letzten Zeit damit begonnen, salizylhaltige Kokain- und Novokainlösungen auch in Nase und Rachen anzuwenden; die Versuche sind jedoch noch nicht abgeschlossen.

16. Holger Forchhammer (Kopenhagen): Erfahrungen über Lupus der Schleimhäute der oberen Luftwege und seine Behandlung. Unter den 1200 ersten Lupuspatienten von Finsens Lichtinstitut in Kopenhagen hatten 68 % Schleimhautlupus: 60 % im Cavum nasi, 2,5 % im Pharynx, 5 % im Larynx. Bei den inveterierten Fällen ist es unmöglich zu sagen, ob der Lupus in der Haut oder in der Schleimhaut entstanden ist, bei den initialen Fällen indessen zeigt es sich, daß die Hälfte aller Lupuserkrankungen in der Schleimhaut entstand. Von den frischen Fällen entfielen 76 % auf Frauen und 24 % auf Männer. Dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern nimmt mit dem Alter noch zu; es ist selten, daß bei Männern über 25 Jahre Lupus inzipiens zu sehen ist. Der Schleimhautlupus findet sich im wesentlichen bei jungen Individuen, der reine Hautlupus meistens bei Kindern. Lungentuberkulose findet sich bei 21 % der Lupuspatienten, aber in doppeltem Maße bei Patienten mit Schleimhautlupus als bei Patienten mit reinem Hautlupus. Spontane Heilung ist zuweilen bei Lupus im Pharynx zu beobachten, dagegen nicht bei Lupus in Nase oder Mund; in dem Larynx bildet die spontane Heilung die Regel. Die Behandlung bestand früher in Galvanokaustik und Jodkaliumlösung; damit wurden 40—50 % geheilt. Jetzt erreicht man mit Pfannenstill's Methode weit bessere Resultate.

17. Ove Strandberg (Kopenhagen): Behandlung des Schleimhautlupus nach Pfannenstill's Methode. Zur Anwendung bei Lupus in der Nase hat S. die genannte Methode modifiziert: in die Nasenhöhle werden zweimal täglich stärkefreie Gazetampons gelegt, die beständig mit Wasserstoffsuperoxyd feucht gehalten werden, indem der Patient selbst jede 10 Min. eine 3 proz. Oxydöllösung einträufelt. Gleichzeitig verabreicht man per os Natrium jodatum (3 g täglich). Der Tampon muß vom Arzt eingeführt werden und überall mit den erkrankten Schleimhäuten in genauer Berührung sein, und er muß die Nacht über liegen bleiben. Das Jodnatrium kann immer vertragen werden, und es sind im großen und ganzen keine Nebenwirkungen zu beobachten. Es ist die Kombination Jodnatrium + Oxydol, die die Wirkung ausübt, da Jodkalium allein keinen Einfluß auf Lupus cavi nasi hat. Oxydol allein kann wohl die lupösen Ulzerationen bald zum Verschwinden bringen, doch treten sehr schnell Rezidive ein. S. hat im ganzen 104 Patienten mit Lupus in der Nase nach Pf.'s Methode behandelt. Von diesen hat sich nur einer gegenüber der Behandlung refraktär gezeigt, die anderen wurden teils geheilt, teils besserten sie sich sehr bedeutend, obgleich sich darunter sehr alte Fälle befanden, gegen die sich jede andere Behandlung als unwirksam erwiesen hatte. Ein Patient, der über 20 Jahre lang an Lupus in der Nase gelitten hatte und dieserhalb ohne Resultat behandelt worden war, wurde bei einer Behandlung von 3 Monaten nach Pf. geheilt. Die Dauer der Behandlung ist 2—3 Monate.

18. Willaume-Jantzen (Kopenhagen): Welches sind die Symptome der akuten Osteitis des Processus mastoideus. Um diese Frage zu beantworten, hat W.-J. 229 Fälle von Resektion des Proc. mast. in der Ohren- und Halsklinik des Kopenhagener Kommunehospitals untersucht. Von subjektiven Symptomen der Osteitis wurden gefunden: Schmerzen im Ohr bei 25 % der Fälle,

Fieber bei 21 %, Kopfschmerzen bei 15 %, selten Erbrechen, Schwindelgefühl und Übelkeit. Stärkeres Fieber wurde in der Regel nur bei den Fällen gefunden, wo irgendeine Komplikation (intrakranielle K., Angina, Pneumonie u. a.) vorhanden war; bei den unkomplizierten Fällen war die Temperatur selten über 38°. Die Ostitis war stets von einer Otitis media begleitet, bei 14 % der Fälle indessen ohne Perforation des Trommelfells. Bei 33 % der Fälle war ein subperiostaler Abszeß vorhanden, bei 6 % Empfindlichkeit und bei 51 % Infiltration des Proc. mast. Von Bakterien wurden am häufigsten Streptokokken gefunden, danach Staphylokokken und Pneumokokken. Intrakranielle Komplikationen waren bei 20 % der Fälle vorhanden, Pyämie in neun Fällen und Septikämie in drei Fällen. Mortalität 7 %.

Diskussion.

Uchermann hat in zwei Fällen von Mastoiditis gesehen, daß man durch Druck auf die Spitze des Proc. mast. den Eiter im Gehörgang in Bewegung setzen konnte, wobei der Patient angab, ein Brodeln im Ohre zu verspüren. In diesen Fällen wurde eine große Terminalzelle gefunden.

Schmiegelow ist nicht der Ansicht, daß man, wie Mygind es tat, auf beiden Seiten gleichzeitig operieren soll bei doppelseitiger Otitis und Symptomen von Ostitis proc. mast. auf der einen Seite. Es wird nämlich in allen Fällen von akuter Otitis Eiter in den Cellulae mast. gefunden, ohne daß es deswegen Ostitis zu sein braucht.

Mygind hält daran fest, daß es am besten ist, in solchen Fällen beide Seiten auf einmal zu operieren, da man in der Regel gezwungen sein wird, die andere Seite später zu operieren, wenn auf der einen Seite Ostitis und auf beiden Ohren akute Otitis ist.

Holmgren teilt einen Fall mit, der zeigte, daß eine Mastoiditis, die nach den jetzt geltenden Regeln operiert werden sollte, spontan geheilt werden kann.

19. N. Rh. Blegvad (Kopenhagen): Demonstration von Instrumenten: 1. Tonsillenzange für Kinder. 2. Apparat zur Vibrationsmassage der Schleimhäute nach Storch, bei dem die Vibrationen indessen gradiert werden können, indem man eine Kugel am Anker des Elektromagneten hinauf- und hinabschiebt. 3. Sonde und Wattestab für das Ohr, modifiziert nach einem amerikanischen Modell (Harrison Allen).

N. Rh. Blegvad-Kopenhagen.

III. Dänische oto-laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Februar 1912.

Vorsitzender: Dr. Jørgen Möller. Schriftführer: Dr. Wil-
laume-Jantzen.

1. P. Tetens Hald: Über Unfälle bei Paraffininjektionen zur Korrektur von Nasendifformitäten. Vortr., der die Methode von Stein mit einer Paraffinmischung von 58° Schmelzpunkt benutzt, hat niemals selbst Unfälle erlebt, dagegen hat er folgenden Fall behandelt, in dem ein anderer Arzt eine Injektion von geschmolzenem Hartparaffin vorgenommen hatte. Das Paraffin hatte eine große Anschwellung an der Stirn und eine kleinere an der rechten Wange gebildet; auch nach der später erfolgten Exzision dieser beiden Anschwellungen war das Resultat sehr wenig befriedigend, indem die Nasenspitze sehr stark gerötet war. Sonst spürte Patientin nichts, bis jetzt, 4 ½ Jahre später, Rötung und Schwellung des Nasenrückens auftraten. Bei der Aufnahme war an der Nasen-