

### III.

#### Besprechungen.

---

##### 1.

Transactions of the American otological Society.  
XXVII. annual meeting. Vol. VI. Part 1. 1894.

Besprochen von

Dr. Louis Blau.

1. Knapp, Ein Fall von otitischem Gehirnabscess. (Chronische Otorrhoe, Neuritis optica, homonyme Hemianopsie, Eröffnung des Warzenfortsatzes und der Schädelhöhle, Cerebralhernie, Genesung.) Die Arbeit ist bereits gelegentlich ihrer Veröffentlichung in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXVI. Heft 1. S. 20 besprochen worden.

2. Wilson, Fünf Todesfälle nach suppurativer Otitis, mit zwei Autopsien. In der ersten der mitgetheilten Beobachtungen war die Ursache des Exitus letalis eine rechtsseitige eitrige Sinusthrombose mit metastatischen Infarkten vornehmlich in der linken Lunge. Ausserdem ergab die Section eine umschriebene eitrige Leptomeningitis über dem Tegmen tympani et antri und in der Fossa sigmoidea, ferner weitgreifende Caries hierselbst und einen cariösen Durchbruch an der Schädelbasis, welcher zu einem hinter dem Sternocleidomastoideus gelegenen und bis in das Mediastinum reichenden Eitergange führte. Auch in dem zweiten Falle lag Pyämie als Todesursache vor, während es sich in dem dritten (acute Otitis media) um eine Pericarditis wahrscheinlich infectiösen Ursprunges und in dem vierten (Autopsie) um eine diffuse eitrige Meningitis handelte. Die fünfte Beobachtung ist durch einen enormen Halsabscess ausgezeichnet, der Tod erfolgte nach vorausgegangenen Schüttelfrösten im Coma. Verfasser tritt für die Excision der Gehör-

knöchelchen in geeigneten Fällen ein, desgleichen für eine frühzeitige Eröffnung des Warzenfortsatzes, auch wenn (oder vielleicht sogar besonders wenn) keine Zeichen einer Erkrankung des Knochens äusserlich sichtbar sind.

3. Crockett, Ein Fall von operativer Eröffnung des Sinus lateralis, mit Bemerkungen über 8 unoperirte Fälle. Rechtsseitige chronische Mittelohreiterung bei einer Frau von 54 Jahren. Fast totale Zerstörung des Trommelfells, leichte Caries des Hammerkopfes. Unbehagen im Ohre, dann zweitägiges Fieber und sich anschliessend ein 15—20 Minuten dauernder Schüttelfrost mit Erhöhung der Temperatur auf 40,8°. Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, wobei der (diploëtische) Knochen durchweg gesund gefunden wurde, bis auf zwei kleine cariöse Stellen an seiner dem Sinus angrenzenden Innenwand. Freilegung des Sinus lateralis, dabei Abfluss einer geringen Menge fötiden Eiters aus der Fossa sigmoidea. Der Sinus fühlte sich hart an und pulsirte nicht. Incision und Ausräumung von erweichten Thrombusmassen, Tamponade der Wundhöhle. Die Heilung ging prompt von Statten, doch stieg die Temperatur noch mehrmals in den nächsten Wochen für 1—2 Stunden auf 40,0 bis 40,5° an. Auch die Ohreiterung sistirte vollständig. — Im Anschluss werden 8 zur Section gelangte Fälle von Sinusthrombose erwähnt, von welchen 5, mit Meningitis oder Gehirnabscess complicirt, undiagnosticirt geblieben waren. Die Symptome beschränkten sich häufig auf hohe Temperaturen, allgemeines Unwohlsein oder Erschöpfung, mässige Schmerzen, daneben konnten auch Zellgewebsentzündung am Halse, Empfindlichkeit oder Schmerzen daselbst oder Torticollis vorhanden sein, während das für typisch gehaltene Bild der Thrombose: wiederholte Schüttelfröste, Uebelkeit und Erbrechen, Delirien, Convulsionen, Neuritis optica, Diarrhöen u. s. w., eher den complicirten Fällen zukam und auf allgemeine septische Infection, Meningitis, Gehirnabscess, septische Pneumonie hindeutete. Veränderungen am Halse liessen sich oft trotz ausgesprochener Thrombose der Jugularvene nicht nachweisen.

4. Buck, Ein Fall von acuter Mittelohrentzündung mit Ausgang in eitrige Periphlebitis und Thrombose des Sinus lateralis. Operation. Heilung. Der 54 Jahre alte Patient war mit einer linksseitigen ganz frischen Otitis media behaftet. Heftige Schmerzen im Ohre und um dasselbe, welche trotz Paracentese des Trommelfells, wiederholter Erweiterung der

Trommelfellöffnung, Wilde'schem Schnitt und Application eines Haarseiles in der Warzengegend, Myringektomie mit Entleerung einer Eiteransammlung zwischen Schleimhaut (Periost) und Knochen im hintersten Theile der Paukenhöhle andauerten. Einmaliger Schüttelfrost ohne nachherige Temperaturerhöhung, wahrscheinlich verursacht durch eine Retention von Eiter in dem Haarseilkanal. Aufmeisselung des Warzenfortsatzes: erst in 1½ Cm. Tiefe zeigten sich mit Granulationsgewebe gefüllte pneumatische Zellen; Knochensubstanz daselbst hyperämisch, weiter nach innen gegen das Antrum zu bläulichschwarz und erweicht; aus letzterem nur eine sehr geringe Eiterentleerung; freie Communication mit der Paukenhöhle. Die nächsten 2 Wochen verliefen nach einer kurzen anfänglichen Besserung unter wieder zunehmenden Schmerzen, dann ein zweiter Schüttelfrost, Schwellung, Druckempfindlichkeit und Schmerzen unter und hinter dem Processus mastoideus, Schmerzen im linken Auge beim Lesen. Kein Fieber. Es wurde daher der noch stehengebliebene Rest des Warzenfortsatzes weggemeisselt, wobei aus der Fossa sigmoidea geruchloser, rahmiger Eiter abfloss. Wandung des Sinus lateralis granulirend, aber nicht erweicht, das Fehlen jeder Spannung liess auf eine Thrombose schliessen. Durch weitere Abmeisselungen wurde der ganze verticale Abschnitt des Sinus und der oberste Theil der Vena jugularis blossgelegt und ebenso nach innen der Processus styloideus, das Foramen styloideum und die Gegend unterhalb des Foramen lacerum (Lange). Eiteransammlungen an keiner dieser Stellen. Die Jugularvene schien thrombosirt zu sein, da sie bei centralwärts ausgeübtem Druck und beim Husten nicht anschwoll. Drainage der Wundhöhle, Anfüllung derselben mit Jodoformgaze und antiseptischer Verband. Normaler Heilungsverlauf; am Tage nach der Operation einmalige Temperaturerhöhung auf 38°; allmähliches Verschwinden der Schmerzen in Ohr, Kopf und Auge und der in letzterem nachweisbaren leichten objectiven Veränderungen. Die Otorrhoe hatte bereits kurz nach dem ersten Eingriffe am Processus mastoideus aufgehört, recidivirte aber in der Folge noch mehrmals. Restitution des Hörvermögens. — Verfasser stellt am Schlusse seiner Veröffentlichung den Satz auf, dass das Andauern von tiefsitzenden Schmerzen hinter dem Warzenfortsatze nach Eröffnung und freier Drainage des Antrum eine hinreichende Indication für die Freilegung der Fossa sigmoidea abgibt und dass man hiermit nicht warten soll, bis sich erst Frostanfälle und Fieber eingefunden haben. In obiger Beobachtung

hatte es sich wahrscheinlich von Anfang an um eine Osteitis gehandelt.

5. Burnett, Chronischer Paukenhöhlenschwindel; seine Heilung durch Entlastung des Steigbügels auf chirurgischem Wege. Bericht über vier weitere Fälle, in welchen Schwindelparoxysmen neben chronischem Paukenhöhlenkatarrh, die in einer Einwärtsdrängung der Gehörknöchelchenkette ihre Ursache hatten, durch Excision des Amboss mehr oder weniger vollständig beseitigt wurden. Zugleich können auch die subjectiven Geräusche und das Hörvermögen eine Besserung erfahren, während letzteres allerdings nicht selten trotz frei beweglichem Steigbügel unverändert bleibt, wahrscheinlich auf Grund einer secundären Degeneration der Acusticusendigungen.

6. Dench, Mittellohoperationen zum Zwecke der Verbesserung des Hörvermögens. Verfasser empfiehlt in Fällen von Schwerhörigkeit, welche durch Spannungsanomalien im Bereiche des schallleitenden Apparates, sei es nach chronisch-katarrhalischer oder eitrigster Otitis media, bedingt wird, wenn der percipirende Apparat sich intact erweist und mildere Mittel nichts helfen, ein operatives Einschreiten. Dieses soll stets nur unter localer Anästhesie vorgenommen werden und hat bei vorhandener grosser Trommelfellperforation in der Durchschneidung von Adhäsionen, welche die Gehörknöchelchen unter sich oder mit den Paukenhöhlenwänden verbinden, in der Discision von Schleimhautverdickungen über dem runden Fenster, der Trennung des Amboss-Steigbügelgelenkes und der Sehne des *Musc. stapedius* und in der nachherigen mechanischen Mobilisation des Steigbügels zu bestehen. Die Entfernung des Trommelfellrestes sammt den beiden ersten Gehörknöchelchen kann sich als nothwendig herausstellen, entweder um für die weiteren Eingriffe Raum zu schaffen oder behufs der Heilung der noch fortdauernden Otorrhoe. Bei intactem Trommelfell soll zuerst probatorisch ein grosser Lappen aus dessen hinterem Segmente herausgeschnitten und alsdann durch die Trennung von Adhäsionen, die Tenotomie des *Musc. stapedius* und die Durchschneidung des Amboss-Steigbügelgelenkes der *Stapes* mobilisirt werden; lässt sich hiernach eine wesentliche Besserung des Gehörs constatiren, so soll die Excision von Trommelfell, Hammer und Amboss nachfolgen. Verfasser hat von dem geschilderten operativen Eingreifen keinen Schaden gesehen, mit Ausnahme einer einzigen Beobachtung, wo, wahrscheinlich auf Grund einer intralabyrinthären Blutung, heftiger Schwindel

und eine totale Vernichtung des Hörvermögens eintraten. Eine stärkere reactive Entzündung (in Form einer diffusen Otitis externa) stellte sich desgleichen nur einmal ein, wohl aber war mehrfach ein sehr günstiger Einfluss auch in Bezug auf das Hörvermögen des anderen, nicht operirten Ohres nachzuweisen. Das entfernte Trommelfell regenerirte sich häufig und musste dann (selbst wiederholt) von Neuem entfernt werden. Die Resultate der Operation für das Gehör werden in folgender Weise zusammengefasst: a) Intactes Trommelfell, Cocaïnanästhesie 18 Fälle, darunter 10 sehr gebessert, 7 mässig und 1 nur wenig gebessert. b) Intactes Trommelfell, allgemeine Anästhesie 13 Fälle, 2 sehr, 5 wesentlich, 5 etwas gebessert, 1 unverändert. c) Abgelaufene Paukenhöhleneiterung 11 Fälle, davon 1 sehr bedeutend, 10 etwas weniger gebessert. d) Fortbestehende Paukenhöhleneiterung 10 Fälle, sehr wesentliche Besserung 5 mal, mässige 3 mal, unverändert 2. e) Intactes Trommelfell, gelungene Extraction des Steigbügels oder Fractur seiner Schenkel dabei 10 Fälle, 3 gebessert, 2 sehr und 1 nur wenig gebessert, 2 unverändert, 2 schlechter; mehrmals nachher die erneute Excision des regenerirten Trommelfells nebst dem Hammer nothwendig, mit regelmässiger Besserung des wieder verminderten Hörvermögens. Im Allgemeinen zieht Verfasser sowohl bei eitriger als nicht eitriger Paukenhöhleneiterung die mechanische Mobilisation des Steigbügels der Extraction desselben vor. Beiläufig dürfen obige Zahlen nicht als von absoluter Bedeutung aufgefasst werden, da in vielen der Fälle die Nachbeobachtungszeit offenbar eine viel zu geringe war. (Ref.)

7. Randall, Statistische Studien über das Foramen Rivini und über die Gehörgangsaxe, in ihren Beziehungen zu der intratympanalen Chirurgie. Die Richtung des knöchernen Gehörganges ist vom Verfasser an 100 macerirten Schädeln genau bestimmt worden. Dieselbe stellte sich in der verticalen Ebene ausnahmslos als etwas nach oben gehend heraus (abgesehen natürlich von dem abwärts gerichteten innersten Theile), derart, dass der Winkel mit einer durch die Centren beider Ohröffnungen gelegten Horizontalen 5—17° betrug. Mehr als ein Drittel der Fälle (rechts 36, links 39) zeigte eine Steigung von 10°, die Abweichungen hiervon nach oben und unten waren an Zahl und Grösse ungefähr gleich, als Durchschnittswerthe konnten 11,37° für den rechten und 10,9° für den linken Gehörgang festgesetzt werden. Die beiden Seiten differirten selten in beträchtlicherem Grade. In der Horizontalebene wurde eine Vor-

wärtsneigung von  $10^{\circ}$  in ähnlicher Häufigkeit (31 mal rechts, 30 mal links) gefunden und als Mittelzahlen liessen sich hier 9,99 bzw.  $8,94^{\circ}$  hinstellen. Ein Unterschied zwischen beiden Seiten war weniger selten, überstieg jedoch niemals  $7^{\circ}$ ; wohl aber bewegten sich die Abweichungen an verschiedenen Schädeln in viel weiteren Grenzen, von einem Maximum von  $20^{\circ}$  nicht allein bis an den Nullpunkt, sondern bei einem Schädel sogar bis zu einer Rückwärtsneigung von  $2^{\circ}$  reichend. In praktischer Hinsicht kommt für die Sichtbarkeit und Zugänglichkeit des Steigbügels und des Foramen ovale neben der Vorwärtsneigung des Gehörganges hauptsächlich dessen mehr oder minder nach oben strebende Richtung in Betracht. Unter den Fällen mit einem kleineren Steigungswinkel als  $10^{\circ}$  z. B. war das ovale Fenster frei sichtbar in 14 Proc., zum Theil sichtbar in 45 Proc. und ganz verborgen in 41 Proc.; die Zahlen für die nämlichen Befunde stellten sich dagegen bei Schädeln mit einem Steigungswinkel über  $10^{\circ}$  auf 39, 48 und 13 Proc. — Mit Bezug auf das sogenannte Foramen Rivini äussert sich auch Verfasser dahin, dass dasselbe stets als ein pathologisches Product, als das Resultat einer (vielleicht unbeachtet vorübergegangenen) Mittelohreiterung angesehen werden muss. Während unter 260 Trommelfellen von erwachsenen Individuen, welche niemals über Otorrhoe oder Ohrenschmerzen geklagt hatten, eine Oeffnung am oberen Pole der Membrana tympani 65 mal vorhanden war, konnte eine solche bei Kindern bis zu 14 Jahren unter 94 Trommelfellen nur 9 mal nachgewiesen werden und war sie niemals bei Kindern in den ersten 4 Lebensjahren zu constatiren.

8. Jack, Bemerkungen über die Extraction des Steigbügels. Nach Anführung zweier Fälle von chronischem Paukenhöhlenkatarrh, in welchen durch die doppelseitige Stapes-extraction, bzw. durch die Trennung des Amboss-Steigbügelgelenkes, eine sehr wesentliche und dauernde Besserung des Hörvermögens erzielt wurde, bemerkt Verfasser, dass die erstgenannte Operation ihre besten Resultate bei möglichst frühzeitiger Vornahme liefert und dass Patienten mit Sklerose von ihr überhaupt ausgeschlossen werden müssen. Bevor man zur Extraction schreitet, soll stets die Druckentlastung des Steigbügels auf chirurgischem Wege versucht werden, durch Trennung von Adhäsionen, Tenotomie des Musc. stapedius, Lösung der Gelenkverbindung zwischen Amboss und Steigbügel u. s. w. Doch ist im Auge zu behalten, dass alle diese Eingriffe sich in ihrem Nutzen vorher nicht be-

rechnen lassen, sowie ferner, dass die Extraction nicht selten wegen knöcherner Verwachsung der Fussplatte misslingt und dass ein günstiges Ergebniss desgleichen durch Ruptur der Membrana basilaris und intralabyrinthäre Blutung vereitelt werden kann.

9. Jack, Ein Fall von septischer Thrombose des Lateralsinus. Neun Fälle von Mastoidoperation mit Complicationen. Ein Fall von Osteom des Gehörganges. a) Chronische rechtsseitige Paukenhöhleneiterung bei einem 33 Jahre alten Manne, heftige Schmerzen im Ohre, Oedem der vorderen und oberen Gehörgangswand und der Gegend vor dem Tragus, normaler Warzenfortsatz. Schüttelfrost mit Temperatursteigerung auf  $40,5^{\circ}$ . Aufmeisselung des Processus mastoideus. Entleerung cholesteatomatöser Massen. Sofortiger Temperaturabfall und in den nächsten 7 Tagen völlig schmerz- und fieberfreier Verlauf. Dann unter einem nochmaligen Schüttelfrost erneutes Ansteigen der Temperatur auf  $40,5^{\circ}$  und der Pulsfrequenz auf 140. Aufmeisselung des sehr harten Knochens über der Fossa sigmoidea, in welcher letzteren ein umfangreicher perisinuöser Abscess gefunden wurde. Der Sinus schien leicht thrombosirt zu sein, bei der Incision reichliche Blutung. Fortdauern des septischen Fiebers, Tod nach 4 Wochen. Keine Section. — b) Die Complicationen in den 9 Fällen von Eröffnung des Warzenfortsatzes bestanden je 1 mal in der Blosslegung des Sinus lateralis und der Dura mater, 2 mal in der Blosslegung beider, je 1 mal in der Eröffnung des Canalis caroticus und des Facialiskanals (mit vortübergehender Lähmung des Gesichtsnerven), 3 mal in tiefen Halsabscessen. Sämmtliche Fälle endeten in Heilung. — c) Das Osteom hatte am Eingange des rechten Gehörganges seinen Sitz, entsprang von dessen hinterer oberer Wand und verlegte das Lumen vollständig. Entfernung mit Hülfe einer Zange, nach operativer Ablösung der Ohrmuschel und des knorpligen Meatus. Darnach reichliche Eiterung und Granulationsbildung; nach wiederholten Höllensteinkauterisationen schickte sich die Wunde zur Vernarbung an. Normales Hörvermögen.

10. Gordon, Das Volta-Bureau. Unter diesem Namen ist in Washington ein Institut gegründet worden, welches es sich zur Aufgabe stellt, durch Sammlung der bezüglichen Untersuchungsergebnisse und weitgehendste Mittheilung derselben die Kenntnisse über das Wesen der Taubstummheit zu vertiefen und zu verbreiten. In der Discussion wurde allseitig der Wunsch ausgesprochen, dass eine jede Taubstummenschule ständige Beziehungen

zu einem in der Untersuchung und Behandlung des Ohres geübten Arzte unterhalten sollte. Ueber den Werth des Mikrophons für die Behandlung der Taubstummheit sprachen sich Knapp, Blake und Randall negativ aus, sie beobachteten unter seiner Anwendung höchstens eine sehr geringe, schnell wieder vorübergehende Hörverbesserung.

11. Johnson, Ein Pulverbläser für den äusseren Gehörgang. Das Instrument besteht aus einem Mundstücke aus Hartgummi, einem etwa 24 Cm. langen Gummischlauche und einem 4 Cm. langen Röhrchen, welches in letzterem befestigt ist und aus einer Federpose oder aus halbdurchsichtigem Celluloid angefertigt sein kann. Das zur Aufnahme des Pulvers bestimmte Endröhrchen soll ungefähr dem Umfange des äusseren Gehörganges entsprechen.

---

2.

Prof. Dr. Victor Urbantschitsch, Ueber Hörübungen bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter. 135 Seiten. Wien 1895.

Besprochen von

Dr. F. Matte in Jena.

Die vom Verfasser als erweiterte Bearbeitung früherer Vorträge zusammengestellte Abhandlung beabsichtigt eine Darstellung des Einflusses methodischer Hörübungen auf den Hörsinn bei Taubstummten von den ersten Lebensjahren an. Die Methode besteht im Wesentlichen darin, dass den Kranken Laute und Töne in unmittelbarer Nähe zugeführt werden, die Laute frei durch Luftleitung oder mittelst eines aus den Hohlhänden gebildeten Trichters, und zwar zuerst einzeln, dann in Worten und Sätzen, die Töne mittelst einer vom Verfasser verbesserten Harmonika, die 6 Octaven ( $E^{-1}$  bis  $c^4$ ) umfasst.

Wir haben es demnach hier mit dem seit Beginn des Jahrhunderts bereits in Frankreich (Itard) und später in England lebhaft erörterten und zum Theil mit ähnlichen Methoden in Angriff genommenen Probleme der Heilbarkeit der Taubstummheit zu thun.

Wie es nun einerseits eine sowohl den Taubstummlern als den sich mit diesem Gegenstande beschäftigenden Aerzten wohlbekannte Thatsache ist, dass sich unter den Taubstummten bei ihrem Eintritt in die Institute ein bestimmter Procentsatz Ton-



und Lauthöriger, ja sogar Wort- und Satzhöriger befindet, so ist andererseits noch kein Fall bekannt, wo Lauthörigkeit ohne Tonhörigkeit im grösseren oder kleineren Umfange bestanden hätte. Es geht daraus hervor, dass Tonhörigkeit und Lauthörigkeit in einem bestimmten Abhängigkeitsverhältniss zu einander stehen. Dieses Verhältniss hat sich nicht blos durch die Untersuchungen von Bezold ergeben, der unter 158 Taubstummen 108 mehr oder weniger Ton und Lauthörige fand, es stimmen auch damit die Untersuchungen aus dem Weimarischen Taubstummeninstitut überein, die mir von Kessel zur Verfügung gestellt sind.

Bei der Beantwortung der Frage, welche Fälle für die methodischen Hörübungen geeignet erscheinen, ist daher nicht allein auf die Resultate einer genauen otiatrischen Untersuchung, sondern vor Allem auf die Ergebnisse einer exacten functionellen Prüfung mit den heutzutage zur Verfügung stehenden Mitteln, wonach der ganze Hörbereich von etwa 16—50 000 Schwingungen untersucht werden kann, das grösste Gewicht zu legen.

Das grosse Interesse, welches dieser Gegenstand bei den Kranken, ihren Angehörigen und bei den Aerzten beansprucht, verpflichtet zu diesen Bemerkungen, weil durch Veröffentlichung solcher Erfolge, wie sie Verfasser constatirt hat, ohne die Resultate genauer Untersuchungsmethoden anzugeben, im Publikum leicht Hoffnungen erweckt werden, die nicht erfüllt werden können. Es ist eben durch exacte Untersuchungen festgestellt worden, dass tontaube Taubstumme niemals sprachhörig gemacht werden können. Dass derartige Patienten durch Uebung ihrer Articulationsorgane und durch Ablesen von den Lippen u. s. w. sprechen lernen können, hat mit dieser Frage nichts zu thun, eine Betheiligung des Gehörorgans ist aber jedenfalls ausgeschlossen.

---

3.

Dr. L. v. Frankl-Hochwart, Der Menière'sche Symptomencomplex. Die Erkrankungen des inneren Ohres. Wien 1895. Alfred Hölder.

Besprochen von

Dr. Rudolf Panse in Dresden.

Nach kurzem historischen Ueberblick schlägt Verfasser vor, um der herrschenden Verwirrung zu steuern, nicht mehr von

Menière'scher Krankheit, sondern von Menière'schen Symptomen zu sprechen, wie dies übrigens bei den Ohrenärzten auch schon seit langer Zeit vielfach üblich war, und nach folgendem Schema einzutheilen:

I. Die Erkrankung erfolgt momentan bei bisher intactem Gehörorgane.

1. Die apoplektische Form Menière's; anatomische Basis; vermuthlich Bluterguss ins Labyrinth.
2. Diejenige traumatische Form, bei welcher sich die Trias dem Insultate unmittelbar anschliesst.

II. Erkrankung bei vorliegender Ohrenerkrankung.

- a) Mittelohrprocesse;  $\alpha$ ) acute,  $\beta$ ) chronische.
- b) Labyrinthprocesse;  $\alpha$ ) acute,  $\beta$ ) chronische,  $\gamma$ ) transitorisch-toxische Formen.
- c) Processe im äusseren Gehörgang.
- d) Erkrankungen der Verzweigungen des Acusticus;  $\alpha$ ) isolirt bei Tabes,  $\beta$ ) als Theilerscheinung bei Gehirnprocessen.

III. Durch äussere Eingriffe entstehender Ohrschwindel.

IV. „Pseudo-Menière'sche Anfälle“ bei Neurosen.

Dass der herrschenden Verwirrung durch dieses Schema kaum gesteuert wird, ergeben die folgenden Ausführungen.

Von Form I 1. hat Verfasser 27 Fälle in der Literatur gefunden. Zu ihnen rechnet er wunderbarer Weise Fälle mit Verlust des Bewusstseins. Durch eine Blutung in das Labyrinth, das nur den Werth eines Spinalganglions hat, kann Bewusstseinsverlust nicht hervorgebracht werden. Der vermutheten Blutung in das Labyrinth dürfte auch kaum das klinische Bild entsprechen, wo erst ein starker Anfall auftrat, der von allmählich schwächer werdenden gefolgt war. Schwartz's Beobachtung mit Schüttelfrost, Kopfschmerz, Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Gradenigo's mit Stauungspapille, Knapp's mit Opticusatrophie können alle nicht als reine Fälle der ersten Gruppe gelten. Es bleiben nur die, welche Verfasser mit dem Satze einleitet: „Es giebt aber auch genau beobachtete Fälle, wo der Complex in wachem Zustande ganz plötzlich ohne jegliche Bewusstseinstörung auftritt.“ Zwei Beobachtungen des Verfassers mit Facialisparese gehören zu II. d.  $\beta$ .

In Gruppe I. 2., welche im Text zu Gruppe II wird, werden fünf Basisfracturen, zwei Caissonerkrankungen und eine Schall-

wirkung besprochen, die aber schon die Schwierigkeit der Trennung von Gruppe II. b.  $\alpha$ . erkennen lassen.

Es ist bedauerlich, dass Verfasser die intracraniellen (Kleinhirn-) Erkrankungen, die Menière'schen Symptome machen, als „nicht direct in den Rahmen der Arbeit hineingehörig“ weglässt. Bekanntlich sind die Ansichten über die Functionen des Labyrinths insofern getheilt, dass ein Theil der Forscher dem Kleinhirn auch die Gleichgewichtssymptome zuweist, die ein anderer auf dem Labyrinth beruhen lässt. Eine buntgemischte Gruppe ist die im Schema III., in der Ausführung IV. „durch innere Eingriffe und Einflüsse entstehender Ohrschwindel“, die ebensowohl Schwindel bei Ausspritzung des gesunden Ohres oder offener Pauke und Fenestra ovalis, wie den bei gewissen Tönen und Bewegungen enthält.

Als Anhang sammelt Verfasser unter Gruppe IV als Pseudo-Menière'sche Anfälle die bei Hysterie, Epilepsie, Hemicranie, Neurasthenie.

In der „Symptomatologie der Vertigo auralis“ möchte ich continuirliche Ohrgeräusche, welche zu deutlichen, nach aussen projecirten Wahnideen Veranlassung geben, die nicht mehr als subjectiv erkannt und zurückgewiesen werden, nicht mehr als Begleiterscheinung reiner Ohraffectionen gerechnet wissen. Die Sturzbewegungen als fünfte und die Augensymptome als sechste Gruppe waren jedenfalls mit der ersten, dem Schwindel, zusammenzufassen. Auf Ataxie beruht die hierbei vorhandene Gangstörung nicht. Es ist kein Plus oder Minus der gewollten Bewegungen, infolge mangelhaften Zusammenwirkens der Antagonisten, sondern ein völlig coordinirtes Spreizen der Beine oder Anklammern an Stützpunkten, womit der Kranke seinen von ihm als schwankend empfundenen Körper ebenso zweckmässig stützt wie der Gesunde, wenn er gestossen wird oder auf schwankendem Boden (z. B. einem rollenden Schiff) steht.

In dem Kapitel „Pathologie“, in dem ergänzend auch die physiologischen Versuche besprochen werden, kommt Verfasser zu dem Hauptsatz S. 47: „Recapituliren wir die früher genannten wenigen Ergebnisse der anatomischen Veränderungen, so können wir nur Eines bestimmt sagen: bei Menière'schen Symptomen intra vitam konnte immer eine Läsion des Ohres nachgewiesen werden“.

Die Diagnostik, bei der wieder der Bewusstseinsverlust angeführt wird, ist sehr leicht genommen mit den Worten S. 63:

„Man muss eben in jedem Falle das Gehörorgan prüfen. Ist dieses intact, dann ist natürlich die Vertigo auralis ausgeschlossen“.

Prognose und Therapie sind, ohne etwas Neues zu bieten, in 1½ resp. 2 Seiten abgehandelt.

## II.

Die Erkrankungen des inneren Ohres sind, wie in der Vorrede bemerkt, „in ganz schematischer Weise“ besprochen, bieten deshalb dem Leser dieses Archivs kein Interesse. Nur auf zwei sinnentstellende Druckfehler sei aufmerksam gemacht. S. 83: „Es ist . . . vielfach darauf hingewiesen, dass bei Mittelohrprocessen die tiefen Töne besser percipirt werden“ statt schlechter, und S. 85, sogar gesperrt gedruckt: „Wo der Rinne'sche Versuch negativ — dort wahrscheinlich eine Mittelohraffection, dort wahrscheinlich keine Störung im schalleitenden Apparate“ statt schallempfindenden.

Im Nachtrag bringt Verfasser noch einen Fall von apoplektischen Menière'schen Symptomen mit Bewusstseinsverlust, bei dem er selbst die Möglichkeit einer Basalblutung erwähnt und einen solchen mit erhaltenem Bewusstsein.

## 4.

Dr. J. Hegetschweiler (Zürich), Die phthisische Erkrankung des Ohres auf Grund von 39 Sectionsberichten Bezold's. Wiesbaden 1895. Verlag von J. F. Bergmann.

Besprochen von

Dr. Ernst Leutert in Halle a. S.

Auf Grund von Krankengeschichten und Sectionen von 37 dazu gehörigen Schläfenbeinen, welche sämmtlich von Prof. Bezold dictirt worden sind, sowie unter Berücksichtigung zweier früher von letztgenanntem Autor veröffentlichten Fällen sucht Hegetschweiler ein pathologisch-anatomisches und klinisches Bild der Ohrtuberculose zu entwerfen. Man ist erstaunt, dass sich der Verfasser auf die Hauptsache, nämlich den Beweis der tuberculösen Erkrankung seiner Schläfenbeine, nur beiläufig einlässt, indem er theils bei der Schilderung der Fälle selbst, theils am Schluss der Arbeit unter der Rubrik „Klinisches Bild der Ohrtuberculose“ angiebt, dass Tuberkelbacillen im Ganzen in 11 von seinen 37 Fällen gefunden, in 9 vermisst wurden. (Bei einem

dieser 9 Fälle [35] scheint trotzdem die tuberculöse Natur der Ohrerkrankung zweifellos zu sein.) Von den übrigen Fällen muss daher angenommen werden, dass der Verfasser die Beweisführung der tuberculösen Natur der Felsenbeincaries für überflüssig gehalten hat; das heisst mit anderen Worten, er schätzt den wissenschaftlichen Standpunkt seiner Leser so niedrig, dass er verlangt, man solle Ohrerkrankungen für tuberculös halten, bei denen klinisch (in 3 Fällen wurde nur die Schädelsection gemacht) oder durch die Section (in einem Falle lässt auch das Sectionsprotokoll die Diagnose tuberculöse Pleuropneumonie zweifelhaft) tuberculöse Erkrankungen innerer Organe nachgewiesen wurden. — Wenn nun aber wirklich Jemand einen solchen Standpunkt einnehmen wollte, so würde der Verfasser noch immer eine zweite höchst wichtige Frage zu entscheiden gehabt haben, bevor er die durch die Felsenbeinsectionen gewonnenen Resultate zur Zeichnung eines Bildes der tuberculösen Ohrerkrankung verwenden durfte, die Frage, wie viel von den Veränderungen ist auf Rechnung einer etwa schon vorher bestandenen nicht tuberculösen chronischen Otorrhoe zu setzen? Ja wollte man ganz streng vorgehen, so müsste man sogar fragen: Haben die Tuberkelbacillen, welche zumeist nur spärlich und meistens kurze Zeit ante mortem gefunden wurden, überhaupt einen wesentlichen Antheil an den gefundenen Veränderungen gehabt? Auf diese Fragen hat sich der Verfasser gar nicht eingelassen; höchstens bemerkt er von 4 Fällen, dass sie ihm selbst (bei dreien trotz bestehender Tuberculose innerer Organe) unsicher sind. Z. B. schreibt er von Fall 20: „Als der Phthise verdächtig ist nur die Loslösung der Spitze des Manubrium mallei aus ihrer Verbindung mit dem Trommelfell zu bezeichnen.“ Da würde man doch eher an ein Trauma denken! Von Fall 8 sagt er ausserdem, nachdem er die Unterschiede zwischen diesem und den vorhergehenden Fällen geschildert: „Die vorhandene dreifache Perforation des Trommelfells spricht trotzdem auch im Ohr für einen phthisischen Process“ u. s. w. Also scheint ihm auch dieser Fall unsicher zu sein, worin ich ihm beipflichten würde, denn es ist bislang zum mindesten unbewiesen, dass allein die Tuberculose mehrfache Perforationen des Trommelfells setzt.

Aus diesen Erwägungen heraus muss man den hier gemachten Versuch, die Tuberculose des Ohres zu schildern, als durchaus misslungen bezeichnen. Der einzige Weg, ein klares Bild der Ohrtuberculose zu erhalten, ist und bleibt der Nachweis der cha-

akteristischen tuberculösen Bildungen und ihrer Ausdehnung durch das Mikroskop. Das Scheitern des vorliegenden Versuches ist um so weniger zu bedauern, als Hegetschweiler auch nur Weniges beibringt, was man nicht auch bei chronischen (Staphylokokken-)Eiterungen mit oder ohne acuten Nachschub durch andere Mikroorganismen zu finden erwarten darf und gefunden hat.

Was die Verarbeitung des Materials an sich anbetrifft, so ist sie sorgfältig, doch darf der Verfasser immerhin wenigstens ebenso gut wie Fall 8 auch Fall 35 zu denen rechnen, bei welchen die Entzündung auf die Dura übergegriffen hat, denn er sagt von diesem Fall S. 92: „Bei der Ablösung der Dura u. s. w. . . . welchen entsprechend die Dura mater auf ihrer Aussenseite auf ungefähr Kleinbohnengrösse verdickt ist und eine etwas schmutzig gefärbte graue stecknadelkopfgrosse Granulation trägt.“

Auffallend ist in seiner Zusammenstellung der Gehörknöchelchencaries das öftere vollständige Fehlen des Hammers gegenüber dem des Ambosses. Eine eigenartige Ansicht hat der Verfasser von der „entzündlichen Thrombose mit späterer Obliteration des Sinus“, resp. des Bulbus venae jugularis, die er als einen Schutz gegen die drohende Verblutung ansieht. Die Literatur lehrt doch, dass die bei Weitem grösste Mehrzahl dieser Thromben nicht schlechtweg das betreffende Gefäss obliteriren, sondern inficirt sind, erweichen und den Ausgangspunkt einer meist tödtlichen Pyämie bilden. S. 152 hält es Hegetschweiler für einen Ausdruck des bestehenden phthisischen Grundleidens, „dass bei allen operirten Fällen Caries und Nekrose (Sequester) und nie eine einfache Abscessbildung in den Warzenzellen den Durchbruch der Aussenfläche des Warzentheiles herbeigeführt hatte“. Ich kann mir nicht recht vorstellen, wie der Durchbruch eines Mastoidabscesses, wenn er nicht auf präformirten Bahnen erfolgt, anders zu Stande kommen soll. Der Druck eines Abscesses wächst doch zu schnell, als dass er wie ein Tumor oder ein Cholesteatom allmählich den Knochen verdünnen und schliesslich durchbrechen könnte, und andererseits ist der Knochen, infolge des Druckes schlecht ernährt, doch zu widerstandslos, um den virulenten Mikroorganismen eines ihn bedrängenden Abscesses lange Widerstand zu leisten und nicht cariös zu werden. Jedenfalls habe ich in einigen acuten, durch andere bacteriologisch nachgewiesene Mikroorganismen verursachten Empyemen ebenfalls Sequestrirung am Planum mastoideum bemerkt.

Dass der Verfasser schliesslich die destructiven Processe in den Mittelohrräumen erwachsener Phthisiker für inoperabel hält, mag in Anbetracht des an sich meist hoffnungslosen Zustandes dieser Patienten unbestritten bleiben; jedenfalls wird sich aber ein Operateur durch die „Blosslegung lebenswichtiger Organe — Carotis, Bulbus venae jugularis und Hirnhäute —,“ am wenigsten durch die Blosslegung der Dura mater dann von einer Operation abhalten lassen, wenn der Allgemeinzustand Hoffnung auch nur auf erheblichere Verlängerung des Lebens gestattet.

---