

X.

Besprechungen.

1.

Arbeiten aus dem Ambulatorium und der Privatklinik für Ohren-, Nasen- und Halsleiden von Dr. Stetter, Privatdocent der Chirurgie. Königsberg i. Pr. 1893. Ferd. Beyer's Buchhandlung.

Besprochen von

Dr. Rudolf Panse.

Im ersten Theil behandelt Verfasser Myringitis chronica sicca, eine von ihm entdeckte Ohrenkrankheit, die er „bei der Durchsicht der neuesten einschlägigen Literatur nirgends erwähnt“ findet, und die er früher Sklerose des Trommelfelles nannte. „Die Diagnose baut sich auf: erstens aus dem sichtbaren Trommelfellbefund, zweitens auf der Herabsetzung der Function des Nerven“. Beide Punkte werden genauer erörtert. Pathologisch-anatomische Untersuchungen fehlen. Die Behandlung besteht in der durchschnittlich täglich zweimaligen Einträufelung von:

Acid sozodol. 0,5

Glycerini puri

Aq. dest. ana 10,0

Ol. olivar 20,0

Das Resultat der Behandlung ist eine (nur mit der Uhr geprüfte) Zunahme der Hörweite „von 19,1 Cm. in 45,2 Tagen“ im Durchschnitt.

II. Beitrag zur Sozodol-Therapie. Das Zincum sozodolicum hat „gegen die rein chronisch eitrigen Otitiden in allen Fällen gute Dienste geleistet“; tuberculöse Kehlkopfgeschwüre vernarbten, die Schleimhaut bei Rhinitis hypertrophicans schwell ab, syphilitische Rachengeschwüre heilten.

III. Die Otitis media purulenta und ihre Behandlung mit Zin-cum sozodolicum von Dr. W. Krause.

Durchschnittsbehandlung von 3—4 wöchentlicher Dauer heilte acute und chronische Mittelohreiterungen, wenn nicht Polypen und Caries vorhanden war.

IV. Die Alkoholbehandlung bei Erkrankungen des Ohres von Dr. W. Bolk. Nach Besprechung der Wirksamkeit des absoluten Alkoholes bei Otitis externa und Polypen folgen in Tabellenform Krankengeschichten, von deren Diagnosen einige erwähnt zu werden verdienen. So lautet eine Krankheit: „Otitis externa diffusa dextra. Granulatio d.“, dabei sind vorhanden: „Rechts Granulationen im Mittelohr, Perforation des Trommelfells in der hinteren Hälfte“; eine andere einfach: „Granulatio sin.“ oder „Granulationes“ oder „Polyp“ oder „Otitis externa pur.“ und dabei wurde: „die Secretion so stark und verbreitete sich so rasch, dass Wilde'sche Incision gemacht werden musste. Dabei stellte sich heraus, dass auch der Knochen schon ergriffen war.“ — „Hintere Gehörgangswand bis zur äusseren Ohröffnung geschwollen und geröthet, bei oberflächlicher Berührung mit dem Trichter schmerzhaft. Abscess (?) an der hinteren Gehörgangswand. Incision ergiebt einen zähen gelben Eiter.“ Diagnose „Otitis externa diffusa“ (!) Dass ein grosser Theil der beobachteten Granulationen und Polypen vom Trommelfell oder dicht an ihm von der Gehörgangswand entspringen, kann in einem Beobachtungskreise, wo die „Myringitis chronica sicca“ endemisch ist, nicht befremden.

2.

Die durch eitrige Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinusthrombose und deren operative Behandlung von Dr. Af Forselles, Assistent an der chirurgischen Klinik in Helsingfors.

Besprochen von

Dr. Grunert,

Verfasser stellt in seinem 252 Seiten enthaltenden Buche das bisher Bekannte über die otitische Lateralsinusthrombose zusammen. Der erste Theil seines Buches gruppirt das bisher über obigen Gegenstand aus der Literatur gesammelte Material unter folgende Abschnitte: 1) Geschichtliches; 2) anatomische Uebersicht; 3) die Thrombose im Allgemeinen; 4) Eintheilung der Thrombosen der Hirnsinus; 5) pathologische Anatomie der Throm-

bose des Sinus lateralis; 6) Aetiologie; 7) Symptomatologie; 8) Verlauf und Dauer; 9) Diagnose und Differentialdiagnose; 10) Prognose; 11) Behandlung; 12) Bestimmung der Lage des Sinus lateralis; 13) Operationsverfahren beim Eröffnen und Ausräumen des Sinus lateralis und der Vena jugularis interna; 14) kritische Uebersicht über die Operationsresultate; 15) Verzeichniss der angeführten Arbeiten.

Der zweite Theil ist ausschliesslich der Zusammenstellung der Casuistik gewidmet unter Hinzufügung einiger in der chirurgischen Klinik zu Helsingfors beobachteter Fälle.

Die anerkennenswerthe Arbeit, die wegen der übersichtlichen Zusammenstellung des Materials recht dankenswerth ist, lässt zu sehr den Mangel eigener Erfahrung auf dem in Rede stehenden Gebiet erkennen. So sehr man eine solche systematische Sichtung des vorhandenen Materials willkommen heissen wird, so vermisst man doch zu häufig die persönliche Stellungnahme des Verfassers zu den berührten Fragen, weil man bei einem so umfänglichen Werke erwartet, auf dem Untergrunde des literarischen Materiales die auf reichlicher persönlicher Erfahrung beruhende Ansicht des Verfassers aufgebaut zu sehen. Die aus der chirurgischen Klinik zu Helsingfors publicierten Fälle lassen sämmtlich den Mangel einer exacten otoskopischen Beobachtung erkennen, wie dies folgende Beispiele zeigen: Fall 59: „Am Trommelfell eine Perforationsöffnung, die Eustachische Tube zugestopft.“ Fall 113 „Aus dem rechten Gehörgang fliesst übelriechender Eiter.“ S. 119 Aus dem rechten Ohr fliesst dicker, stinkender Eiter. „Bei Untersuchung mit dem Ohrtrichter findet man am unteren Theile des Trommelfells Granulationen.“ S. 124 „Bei der Untersuchung fand man nichts Bemerkenswerthes an den Augen und Ohren.“ In demselben Falle findet sich folgender nicht recht verständlicher Widerspruch: „Im Gehörgang einige Granulationen sichtbar“ und „kein Ohrenfluss“.

Jeder Otologe wird diese Vernachlässigung der exacten otoskopischen Untersuchung, welche den Untersucher in der Beurtheilung des ganzen Falles lediglich auf die gewiss oft sehr unzuverlässigen anamnestischen Angaben des Kranken beschränkt, als grossen Mangel empfinden, da eine exacte Indicationsstellung zu einem operativen Eingriff nur auf Grund einer gewissenhaften Beurtheilung des individuellen otoskopischen Befundes möglich ist. Ohne die Fähigkeit, den otoskopischen Befund deuten zu können, wird man bei seinen operativen Eingriffen stets im Dunkeln haschen und

bei etwaigen Erfolgen der operativen Therapie diese lediglich dem blinden Zufall verdanken.

Die von dem Verfasser aus der chirurgischen Klinik zu Helsingfors mitgetheilten 6 Fälle — 59, 60, 113, ferner S. 118, S. 121, S. 124 — endeten sämmtlich mit dem Tode. Von diesen 6 Fällen waren 2 expectativ behandelt, bei einem war aufgemeisselt, und bei 4 war nach dem von Zaufal zuerst gemachten Vorschlage die Vena jugularis int. der ohrkranken Seite unterbunden worden mit oder ohne Entleerung des Sinus transversus.

Leicht zu vermeiden wären bei etwas sorgfältigerer Revision der Druckbogen die häufigen Druckfehler gewesen, die besonders bei dem Citiren von Eigennamen wie „Schwarze“ S. 30 im zweiten Theile und sonst vielfach, ferner „Stache“ S. 92 im zweiten Theil u. s. w., unangenehm auffallen, viel störender aber für den Leser sind, wo sie sich mit ungeschickter Ausdrucksweise vereint finden, z. B. S. 50 „otriatischen Hirnabscesse“.

3.

Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter von Dr. Otto Körner, Arzt und Ohrenarzt. Frankfurt a. M. 1894. Verlag von Joh. Alt.

Besprochen von

Dr. Grunert.

Die in den letzten Jahren schon wiederholt bearbeiteten intracraniellen Folgeerkrankungen der Otitis hat Verfasser in ihrer Gesamtheit abermals zum Gegenstande einer Monographie gewählt. Er beschränkt sich dabei nicht ausschliesslich auf die statistische Zusammenstellung der Resultate fremder Beobachtungen, sondern fügt an verschiedenen Stellen auch Beobachtungen und Erfahrungen aus seiner eigenen Praxis ein.

Im allgemeinen Theil seines empfehlenswerthen Buches giebt er zuerst eine ausführliche statistische Zusammenstellung über die Häufigkeit der Todesfälle infolge von Ohreiterungen im Vergleiche mit der Zahl aller Todesfälle, über die Häufigkeit der Todesfälle infolge von Ohrkrankheiten im Verhältniss zur Zahl aller Ohrenkranken u. s. w. u. s. w. Weiterhin folgt eine sehr ausführliche und übersichtliche Zusammenstellung der anatomischen Verhältnisse des Gehörorgans, insofern sie für das Zustandekommen der Eiterpropagation auf das Schädellinnere von Bedeutung sind. Kürzere

Kapitel über die Arten der primären Erkrankung im Ohre und im Schläfenbeine, welche intracranielle Eiterungen hervorrufen können, dann über den Einfluss der Localisation der primären Erkrankungen im Schläfenbein auf die Localisation der verschiedenen intracraniellen Complicationen, die Mechanik der Infection und die Prophylaxe der otitischen Hirnkrankheiten schliessen den ersten Theil des Buches ab. Im letzten Kapitel macht er besonders noch aufmerksam auf die Gefahr, beim Aufmeisseln sklerotischer Warzenfortsätze durch Erschütterung bisweilen schaden zu können, und giebt den Rath: „Alles, was man mit der schneidenden Zange entfernen kann, darf nicht weggemeisselt werden“. (Diese Furcht, mit dem Meissel schaden zu können, ist, wenn der Meissel sachgemäss zum Ausmeisseln stets flacher Knochenschalen verwandt wird, eine übertriebene, und der Vorschlag Körner's, stets frisch geschliffene Meissel in grösserer Anzahl zur Aufmeisselung bereit zu halten, doch wohl ein selbstverständlicher. Ref.)

Der erste Abschnitt des speciellen Theiles handelt von der Entzündung an der Aussenfläche der harten Hirnhaut und dem extraduralen Abscess. Er berichtet dabei über einen Fall seiner Clientel, wo er nach dem Vorschlage Lane's, grundsätzlich die mittlere und hintere Schädelgrube vom Warzenfortsatze aus, wenn in diesem Eiter oder Cholesteatom sich findet, zu eröffnen, verfuhr und so nach der Aufmeisselung des Antrum und Auslöfflung käsiger Massen aus demselben einen unvermutheten Abscess in der mittleren Schädelgrube fand und entleerte. Die Kranke, ein 9jähriges Mädchen, ist $1\frac{3}{4}$ Jahr nach der Operation gesund geblieben. Wiewohl Verfasser sich einer ausdrücklichen Kritik jenes Vorschlages von Lane enthält, so scheint er doch, nach seinem operativen Handeln zu urtheilen, diesen Vorschlag einer durchaus ungerechtfertigten und keineswegs ungefährlichen chirurgischen Polypragmasie zu billigen. Der zweite Abschnitt des speciellen Theiles umfasst die otitische eitrige Leptomeningitis. Unter den Ursachen der Fortleitung der Eiterung auf das Cavum cranii betont er die Retention des Eiters in der Paukenhöhle. „Diese wird am häufigsten herbeigeführt durch ein resistentes, nicht perforirtes Trommelfell.“ Diese Behauptung widerspricht nicht nur den Beobachtungen anderer erfahrenen Ohrenärzte, sondern auch den in der Literatur niedergelegten Mittheilungen. Die von ihm als äusserste Grenze für die Dauer einer eitrigen otitischen Meningitis angegebene Zeit von 3 Wochen wird sich nicht mit den Erfahrungen aller Fachgenossen decken. Der

nächste Abschnitt umfasst die Phlebitis und Thrombose der Sinus durae matris und der Vena jugularis, welcher ein Abschnitt über die otitische Pyämie ohne Sinusphlebitis folgt. In der Kritik der nach dem Vorschlage Zaufal's mit Unterbindung der Vena jug. behandelten Fälle von eitriger Sinusphlebitis vermisst man, dass Verfasser als Ohrenarzt nicht mit Nachdruck auf die Unsicherheit der Heilung in den Fällen hingewiesen hat, in welchen die ursächliche Ohreiterung nicht zur Heilung gelangt ist. Auch hätte die Vernachlässigung, resp. die Mangelhaftigkeit der otoskopischen Untersuchung in der Mehrzahl der von ihm zusammengestellten Fälle hervorgehoben werden müssen, denn nur die exacte Deutung des individuellen otoskopischen Befundes befähigt ja, die richtige Indication zu dem operativen Eingriffe zu stellen, der im Stande ist, ausser der eitrigen Sinusphlebitis auch die ursächliche Ohreiterung zu heilen. Und gerade die Ausserachtlassung dieses Postulates ist wohl die Ursache davon, dass in vielen der als „geheilt“ angeführten Fälle die Ohreiterung nicht zur Heilung gelangt ist. In dem nächsten Kapitel über den otitischen Hirnabscess fügt Verfasser einige eigene Beobachtungen hinzu. Die erste betrifft ein 12jähriges Mädchen, welches an einem wallnussgrossen Abscess im vorderen äusseren Theile der rechten Kleinhirnhemisphäre zu Grunde ging. Der Fall hatte noch insofern ein besonderes Interesse, als ein ausgedehnter Sequester, bestehend aus der hinteren Hälfte des Warzenfortsatzes einschliesslich der ganzen Spitze mit einem mehr als 1 Qcm. grossen Stück des Sinus transv. extrahirt worden war. Differentiell-diagnostisch bot er besondere Schwierigkeit in der Entscheidung der Frage, ob die zweifellos vorhandene Raumbeschränkung im Hirn bedingt war durch einen Abscess oder einen wachsenden Tumor (Tuberkel). Ein zweiter Fall, ein 9 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen betreffend, endigte mit dem Tode an Meningitis, 6 Wochen nach einer von einem anderen Arzt erfolgreich vorgenommenen operativen Entleerung eines linksseitigen Schläfenlappenabscesses. Die Meningitis war durch fortschreitende Erweichung der Hirnsubstanz bis in die Seitenventrikel herbeigeführt. Im Warzenfortsatz fand sich bei der Autopsie ein nicht entferntes Cholesteatom. Ferner theilt er einen noch nicht publicirten Fall von Sahli und einen solchen von Rehn mit, von denen der eine circa 6 Wochen nach Entleerung eines rechtsseitigen Grosshirnabscesses — der ursprüngliche Sitz desselben konnte leider bei der Section nicht mehr festgestellt werden — an terminaler Meningitis zu Grunde ging, der andere nach glücklicher Entleerung

eines rechtsseitigen Schläfenlappenabscesses geheilt wurde. Verfassers Behauptung (S. 117), dass Hirnabscesse nur im terminalen Stadium und bei Kindern mit eitriger Leptomeningitis verwechselt werden können, ist doch wohl nur auf den Mangel genügender eigener Erfahrung zurückzuführen. Wenn Verfasser in seiner „Statistik der Operationen“ seinen 29 aus der Literatur operativ geheilten Fällen von otitischem Hirnabscess gegenüberstellt: „Schwartzke kennt nur 15 Heilungen“, und diesem Autor in dem „nur“ den Vorwurf einer ungenügenden Literaturkenntniss macht, so ist dabei zu sagen, dass es die Gerechtigkeit wohl erfordert hätte, zu erwähnen, dass eine ganze Anzahl der ihm bekannt gewordenen 29 Heilungen erst nach dem Erscheinen des Schwartzke'schen Handbuchs der Ohrenheilkunde publicirt ist.¹⁾ Die von Körner in Zweifel gestellte Thatsache des häufigeren Vorkommens der Multiplicität der Hirnabscesse bei Otitis wird durch die von Körner gebrachte Statistik selbst widerlegt. Während er S. 145 bei der Zusammenfassung der Statistik nur von einem Falle eines zweiten Abscesses spricht, hat er vorher auf S. 125, 133 und 135 selbst 3 Fälle von Complication eines zweiten Abscesses angeführt. Dies hat er offenbar bei der Zusammenstellung ganz übersehen.

Der Monographie des Verfassers geht ein empfehlendes Vorwort von v. Bergmann voraus, was um so erfreulicher zu begrüßen ist, weil gerade von diesem Chirurgen erst vor wenigen Jahren

1) Die Zusammenstellung, auf welche das Kapitel über die Operation des otitischen Hirnabscesses im zweiten Theil des Schwartzke'schen Handbuchs Bezug nimmt, wurde im Juni 1892 abgeschlossen; der zweite Theil des Handbuchs gelangte zur Ausgabe im Frühjahr 1893; es konnten mithin weder diejenigen Fälle von mit Erfolg operirtem otitischem Hirnabscess berücksichtigt werden, welche erst nach dem Erscheinen des Handbuchs veröffentlicht sind (Politzer-Eiselsberg in der 3. Auflage des Politzer'schen Lehrbuchs, Kretschmann, Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXXV. S. 128, Ball, Lancet. 10. Juni 1893, Scheier, Berl. klin. Wochenschr. vom 4. September 1893), noch auch diejenigen, welche nach dem Abschluss der erwähnten Literaturzusammenstellung publicirt sind. Die restirende Differenz erstreckt sich auf 6 Fälle (Stoker, Weir, 2 von Poulson, Stephen, Ransom), welche in hier nicht zugänglichen ausländischen Zeitschriften zuerst publicirt sind. Wenn Körner ferner behauptet, die von Schwartzke als Todesursache nach erfolgter Hirnabscessoperation angeführte Hirnhämorrhagie in der Literatur nicht gefunden zu haben, so sei es mir erlaubt, ihm etwas zu Hülfe zu kommen (s. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXVIII. S. 93. Fall von Bacon Gorhan: Hirnabscess mit ausgedehnter Nekrose des Schläfenbeins, Trepanation, Tod durch secundäre Hämorrhagie).

(Berliner klin. W. 1888. Nr. 52 und 1889. Nr. 3) ein so hartes und ungerechtes Urtheil über die Bestrebungen und Leistungen der Otologie bezüglich der Therapie der eitrigen Entzündungen des Ohres ausgesprochen ist. Thatsächlich ist doch nur durch die Ohrenärzte ein Fortschritt auf einem Gebiete angebahnt worden, welches bisher von den Chirurgen im Allgemeinen ganz vernachlässigt und als aussichtslos von der Hand gewiesen war. Dies erkennt v. Bergmann zwar auch jetzt nicht ausdrücklich in seinem Vorworte an, scheint aber doch seinen früher gemachten Vorwurf als unberechtigt erkannt zu haben. v. Bergmann schreibt: „Der Ohrenarzt ist wieder Chirurg geworden, wie er einst aus dem Schoosse der Chirurgie hervorging.“ Die zweite Hälfte dieses Satzes ist völlig unbegründet, denn die Chirurgie im weiteren Sinne hat herzlich wenig für die Entwicklung der Otologie geleistet. Die ganze neuere Entwicklung der operativen Otiatrie ist, ebenso wie die Untersuchungsmethode und pathologische Anatomie des Ohres, hauptsächlich nur von Ohrenärzten geschaffen worden. Jetzt müssen wir als Otologen verlangen, dass diejenigen Chirurgen, welche sich mit der operativen Behandlung von Ohrenkrankheiten befassen wollen, wenigstens sich bemühen, das Ohr untersuchen zu lernen, damit nicht ins Blinde hinein operirt wird, und dadurch die von den Otologen gelehrt Operationsmethoden wieder in Misscredit kommen.
