

Aus dem Ambulatorium des Dr. P. Michelson, Docenten für
Laryngo-Rhinologie sowie für Dermatologie in Königsberg.

Beiträge zur Kenntniss der Pharyngo-nasalen Syphilisaffectionen.

Von

Dr. P. Gerber,

Assistent des Ambulatoriums.

Unter dem Collectivnamen „la syphilose pharyngonasale“ fasst Mauriac¹⁾ die syphilitischen Erkrankungen der Nasenhöhlen, des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle zusammen und rechtfertigt diese Bezeichnung mit folgenden Worten: „Les désordres qui surviennent dans ces diverses régions, à une époque plus ou moins éloignée de l'accident primitif, sont étroitement unis entre eux par leur mode pathogénique, leur processus et l'ensemble des troubles fonctionnels qu'ils entraînent du côté de la voix et de la déglutition. Ils constituent donc un groupe pathologique bien défini. Je le désigne sous la dénomination commune de syphilose pharyngo-nasale, qui indique tout à la fois son origine spécifique, son caractère diathésique et sa topographie organique et fonctionnelle.“²⁾ Da nun die syphilitischen Affectionen der in Folgendem mitgetheilten Krankheitsfälle lediglich in den Nasenhöhlen, dem Nasenrachenraume und der Mundrachenhöhle localisirt sind, so schien mir der von Mauriac geschaffene Col-

¹⁾ De la syphilose pharyngonasale par Charles Mauriac. Paris 1877.

²⁾ l. c. quatrième leçon pag. 1 u. ff.

lectivname geeignet auch Ausdehnung und Grenzen meines Themas zu bezeichnen.

Erst in neuester Zeit ist der Syphilis der Nase und des Nasenrachenraumes, wie lange vorher sie auch schon bekannt und gefürchtet war — wissenschaftliche Beschreibung und rationelle Therapie zu Theil geworden, erst seitdem man begonnen hat, diese Körperhöhlen dem Gesichtssinne zugänglich zu machen. Immerhin ist die rhinoskopische Untersuchung noch weit entfernt davon ein Gemeingut der Aerzte geworden zu sein, und besonders ist es immer noch ein ganz ausnahmsweises Ereigniss, dass die pharyngo-rhinoskopische Spiegeluntersuchung zur frühzeitigen Feststellung von Krankheitszuständen im Nasenrachenraume sachgemässe Verwerthung findet.¹⁾

Auch die in der Literatur vorhandenen Beschreibungen der pharyngo-nasalen Syphilisaffectioren weisen insoferne eine Lücke auf, als sie sich fast ausschliesslich den vorgeschrittenen Stadien dieser Erkrankungen zuwenden, in denen es sich meist schon um mehr oder minder ausgedehnte Defecte und Deformationen handelt — während sie die früheren Stadien, deren rechtzeitige Erkennung und richtige Behandlung es allein dem Arzte ermöglicht, jene späteren, ihrer sichtbaren Entstellungen wegen mit Recht so gefürchteten Processe zu verhüten — nur kurz oder gar nicht behandeln.

So beginnt Mackenzie²⁾ in seinem grossen Werke die Schilderung der Symptome der tertiären Nasensyphilis gleich mit dem Finale des Processes: „Bei der tertiären Syphilis findet nicht selten eine Perforation des Septum statt und der cariöse Knochen entsendet einen fürchterlich unangenehmen Gestank, auf welchen man früher den Namen „Ozaena“ anwandte, der gegenwärtig aber auf gewisse Formen des trockenen Katarrhs be-

¹⁾ Moldenhauer. Die Krankheiten der Nasenhöhlen etc. Leipzig 1886, pag. 121 ff.: „Die syphilitischen Geschwüre des Nasen-Rachenraumes bleiben vielfach verborgen, obgleich sie meist vielfache Schluckbeschwerden hervorrufen, weil die meisten Aerzte nur im Stande sind, den Mundtheil des Rachens zu untersuchen.“

²⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase von Morell Mackenzie. Berlin 1884. Deutsch von Semon. B1. II. pag. 569.

schränkt ist. In Fällen dieser Art ist die Secretion aus der Nase gewöhnlich abundant und häufig schwarz gefärbt; selbst die sorgsamste Auswaschung der Nase mittelst eines Irrigators oder eines Sprayapparates erweist sich als machtlos gegen den Gestank. Wird der Vomer in ausgedehnter Weise in Mitleidenschaft gezogen, so kann der Nasenrücken einfallen“ u. s. w. Erst weiter unten entwirft er dann ein kurzes, die früher auftretenden Erscheinungen besser charakterisirendes Bild:¹⁾

„Bei der Untersuchung der Nase in Fällen tertiärer Syphilis lassen sich oft tiefe, schlecht aussehende Geschwüre mit unregelmässigen Rändern und schmutziggrauen Grundflächen erkennen. Ist Caries vorhanden, so erscheint der Theil über dem erkrankten Knochen in der Regel schwärzlich verfärbt und seine Oberfläche rauh und uneben. Bisweilen aber lässt sich nichts erkennen, als dunkelgefärbte Krusten und grünlich-gelber Schleim, durch welche die wahre Beschaffenheit der unterliegenden Gewebe völlig verhüllt wird. In wieder anderen Fällen können die nekrotischen Knochenpartien so hoch oben in der Nase ihren Sitz haben, dass mittelst des Gesichtssinnes nichts zu ermitteln ist.“

Immerhin handelt es sich aber bei ihm, wie man sieht, schon um erkrankten Knochen. Ueber die syphilitischen Affectionen des Nasen-Rachenraumes finden wir bei Mackenzie gar keine Angaben.

Ein eingehendes und im Ganzen zutreffendes Bild der subjectiven wie objectiven Erscheinungen dieser Zustände gab zuerst Kaposi²⁾.

Einige wenige Krankengeschichten „in knappester Beschreibung“ finden sich bei Carl Michel³⁾ sowie bei Schede⁴⁾. Die Beschreibung ist aber eben bei Beiden so knapp, dass Derjenige, der nicht selbst eine Anzahl solcher Fälle zu Gesicht bekommen hat, sich kaum eine deutliche Vorstellung davon wird machen können.

¹⁾ Ibidem pag. 570.

²⁾ Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-, Rachen-, Nasen- und Kehlkopfhöhle. Von Dr. Moriz Kohn (Kaposi), Erlangen 1866.

³⁾ Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes von Dr. Carl Michel, Berlin 1876, pag. 46 u. ff.

⁴⁾ Schede, Ozaena und Rhinitis in Richard v. Volkmann's Beiträgen zur Chirurgie. Leipzig 1875, pag. 269 ff.

Ein ausführlicheres und sehr anschauliches Krankheitsbild entwirft Moldenhauer in seinem oben citirten Werke¹⁾.

Auch die beiden vor Michelson erschienenen Monographien auf diesem Gebiete, das schon oben erwähnte Buch Mauriac's und die Arbeiten von Schuster und Säger²⁾ bedürfen in dieser Hinsicht durchaus der Ergänzung. Schuster gebührt das grosse Verdienst, als der Erste bei seinen Untersuchungen die Rhinoskopie methodisch durchgeführt zu haben, nur scheint er die Schwierigkeit der hinteren Rhinoskopie — wie wenigstens aus der ersten Arbeit erhellt³⁾ — überschätzt zu haben; in der zweiten Reihe seiner Beiträge drückt er sich allerdings darüber schon weniger bedenklich aus⁴⁾. Die von ihm erhobenen Befunde betreffen nun aber nur vorgeschrittenste Stadien der Lues narium, wie das bei der Beschaffenheit des Aachener Materials nicht befremdlich erscheinen kann, und sind daher nicht im Stande einen gesammten Ueberblick über den ganzen Verlauf der uns interessirenden Prozesse zu verschaffen.

Mauriac scheint die rhinoskopische Untersuchung mehr als einen diagnostischen Zierrath, denn als ein wichtiges Untersuchungsmittel betrachtet zu haben; wenigstens sucht man in den mitgetheilten Befunden fast immer vergeblich nach der Schilderung ihrer Ergebnisse. Bezüglich der hinteren Rhinoskopie schreibt er:⁵⁾ „L'examen rhinoscopique, à l'aide du miroir, se fait dans l'arrière-gorge, derrière le voile du palais. Il demande une grande habileté de la part du malade, un émoussement de la sensibilité réflexe qui ne s'acquiert qu'au bout de plusieurs séances et par suite d'un contact réitéré avec l'instrument. Lorsque cet examen est pratiqué dans des conditions favorables, on peut explorer la partie supérieure du voile, l'orifice inférieur des trompes et l'ouverture postérieure des narines. Mais si les lésions, comme cela arrive fréquemment, sont situées dans la région la plus profonde et la plus élevée des narines, il est bien

¹⁾ pag. 114—122.

²⁾ Schuster und Säger. Beiträge zur Pathologie der Nasensyphilis. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. Bd. IV u. V.

³⁾ Ibidem Bd. IV, pag. 104.

⁴⁾ Ibidem Bd. V, pag. 213.

⁵⁾ I. c. cinquième leçon, pag. 29.

difficile de les éclairer et d'obtenir leur image d'une façon suffisamment nette pour s'en faire une idée. Heureusement qu'on peut les deviner et les diagnostiquer sans les voir.“

Wie trügerisch der Schluss ist, zu dem Mauriac kommt, das wird im Verlaufe dieser Arbeit klar werden.

Im Ambulatorium ist es in den Fällen, in denen es erforderlich schien, — wenn auch öfters erst nach längerer Vorübung — wohl immer gelungen, mittelst der hinteren Rhinoskopie eine Inspection des Nasenrachenraumes vorzunehmen.

Erst Michelson¹⁾ schildert eingehend unter Benützung der neueren Untersuchungsmethoden die früheren Stadien der Nasensyphilis, deren Symptome, Entwicklung und Verlauf er unter Anführung einiger typischer Beispiele erläutert. Bei dem eminent praktischen Interesse, das dieses Thema hat, dürfte wohl eine ausführlichere Bearbeitung desselben willkommen erscheinen, und bin ich einer Aufforderung des Herrn Dr. Michelson, sein in den letzten Jahren gesammeltes Krankenmaterial in dieser Hinsicht zu verwerthen um so lieber nachgekommen, als es mir vergönnt war, selbst den Verlauf mehrerer dieser Fälle im Ambulatorium beobachten zu können.

In den Rahmen dieser Arbeit wird zugleich die Syphilis der Mundrachenhöhle eingefügt werden, auf die Michelson in seinem Vortrag nicht näher einzugehen beabsichtigte. — Die Gruppierung der Krankengeschichten soll in der Weise geschehen, dass in der ersten Gruppe die Fälle zusammengestellt sind, die lediglich Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes darstellen, in der zweiten Gruppe diejenigen, in denen neben diesen Höhlen auch die Mundrachenhöhle befallen ist. Auf den letzten Fall (15) der ersten Abtheilung, in dem es sich um eine nur im Nasenrachenraum localisirte Syphilis handelt, sei schon hier aufmerksam gemacht.

Da die Nummern der Krankengeschichten von den leichteren zu den schwereren Affectionen fortschreiten werden, so wird es sich in den ersten Fällen nur um geringfügige oberflächliche Erosionen der Nasenhöhle handeln, in den letzten aber, die

¹⁾ Ueber Nasensyphilis von Dr. Paul Michelson. v. Volkmann's Sammlung. Nr. 326. (Innere Medicin 109.)

schon mit abgelaufenen Processen in die Behandlung traten, um hochgradige Destructionen und Defecte in Nasen- und Mundrachenhöhle.

I.

Syphilis der Nase, respective der Nase und des Nasenrachenraumes.

Fall 1. Ens. — Siehe Michelson, l. c. pag. 2 ff.

Fall 2. Frau Cl. — Siehe Michelson, l. c. pag. 5 ff.

Fall 3.

Syphilitische Infection 1870. Nasenleiden 1883. Erosion an der linken mittleren Muschel. Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

Herr N., Fasskellner, ein kräftig gebauter Mann von dreiunddreissig Jahren, tritt am 20. Februar 1883 in die Behandlung des Herrn Dr. Michelson. — Er hatte sich im Jahre 1870 syphilitisch inficirt und war nach einer sechzehntägigen Einreibungs- und Schwitzcur von dem betreffenden Arzte als geheilt aus der Behandlung entlassen worden. Seit längerer Zeit klagt er über Magenbeschwerden und neuerdings über Gefühl von Wundsein in der Nase; beim Schnäuzen kommt gelegentlich aus dem linken Nasenloch etwas Blut. Auch klagt er über Kopfschmerz. Geruchsvermögen ist erhalten. Die Haut über dem Nasenrücken ist geröthet und etwas geschwollen. Der rhinoskopische Befund: Die Nasenhöhlen sind eher weit, mit mattglänzender, trockener Schleimbaut ausgekleidet. Dem vorderen oberen Ende der linken mittleren Muschel haftet ein Schorf an; nachdem derselbe abgeweicht ist, tritt eine flache, bei Sondenberührung blutende Erosion zu Tage. Die geschwollenen submaxillaren Lymphdrüsen links bilden einen etwa wallnussgrossen, ziemlich harten, indolenten Tumor.

Beginnende Besserung unter Jodkaliegebrauch; vollkommen verschwinden jedoch die erwähnten Krankheitserscheinungen erst während einer am 17. April 1883 eingeleiteten und bis Ende Mai fortgesetzten Inunctionscur.

Bis zum 2. Januar 1885, an welchem Tage Patient sich zum letzten Male Herrn Dr. Michelson vorstellte, war kein Recidiv eingetreten.

Fall 4.

1883 Ulcus am Frenulum; später „Wundsein am After“. Inunctionscur. Neun Monate später Erosionen im Vestibulum nasi. Zugleich: impetiginöse Efflorescenzen der Kopfhaut und eine Erosio ad anum.

Der Maschinist R., ein kräftig gebauter Mann von neunundzwanzig Jahren, stellt sich Herrn Dr. Michelson am 1. Februar 1883 wegen eines runden, wenig secernirenden, kleinen Ulcus am Frenulum vor, das einige Tage nach einem verdächtigen Coitus entstanden war. Beiderseits indolente

Schwellung der Inguinaldrüsen, links stärker als rechts. Ende Februar, nachdem das Ulcus geheilt ist, entzieht sich Patient der weiteren Behandlung, meldet sich jedoch am 17. Juni 1883 wegen erheblicher, mit lebhaften Schmerzen beim Gehen und auf Druck, sowie mit Fieber verbundener Schwellung der linksseitigen Leistendrüsen von neuem. Zugleich berichtet er, dass er in den Monaten April und Mai unter anderweitiger Behandlung wegen „Wundseins am After“ eine Inunctionscur durchgemacht habe.

Am 3. Juli Operatio bubonis. Am 23. Juli 1883 ist die Operationswunde solide vernarbt; einige unterhalb des Poupart'schen Bandes gelegene Lymphdrüsen noch mässig intumescirt. Allmälige Involution derselben bis Mitte September ohne weitere Behandlung.

Am 28. September 1883 ist das Vorhandensein oberflächlicher Erosionen im Vestibulum sowohl der linken wie der rechten Hälfte der Nasenhöhle notirt. Daneben bestehen: vereinzelte impetiginöse Efflorescenzen der Kopfhaut und eine anscheinend aus einer zerfallenen Papel hervorgegangene Erosio ad anum. Beseitigung der genannten Symptome durch interne und locale Application von Mercurpräparaten.

Eine fünf Jahre später — im Juli 1888 — ausgeführte rhinoskopische Controluntersuchung lässt an der Nasenschleimhaut nichts Abnormes erkennen.

Fall 3.

„Schanker“ 1872. Nasenleiden 1886. Erosionen am vorderen Nasenhöhlenabschnitt. Intumescenz der unteren Muscheln. Gegenüber der linken tiefe Ulceration der Mucosa septi. Heilung mit Atrophie.

Herr R., Gerbereibesitzer, aus G. in Ostpreussen, fünfundvierzig Jahre alt, hat in seinem dreissigsten Lebensjahre einen „nadelkopfgrossen“ Schanker an der Eichel acquirirt, der durch „ein paar“ Einreibungen des Körpers mit grauer Salbe schnell zur Heilung kam. Seitdem dauerndes Wohlbefinden bis zur Zeit seiner jetzigen Erkrankung. Vor neun Jahren hat Patient sich verheiratet; seine Frau ist gesund; Kinder sind aus der Ehe nicht hervorgegangen.

Seit länger als einem Jahr nun hat Patient über Verstopfung in der Nase, Verlust des Riechvermögens, Ohrensausen, Benommenheit des Kopfes und erschwerte Athmung zu klagen. Die ihm in seiner Heimat verordneten Nasendouchen und Einpinselungen des Halses blieben wirkungslos.

Als sich Herr K. am 6. September 1887 vorstellte, nahm Herr Dr. Michelson folgenden Status auf:

Patient ist ein kräftig gebauter, sehr wohlgenährter Mann. Die äussere Nase etwas geschwollen, auf Druck nicht empfindlich; in den Thränenpunkten beider Augen Eiter. Das Vestibulum beider Nasenhälften mit Borken angefüllt; die nach Abweichen derselben ausgeführte rhinoskopische Untersuchung zeigt an verschiedenen Stellen der Oberfläche des vorderen Nasenhöhlenabschnittes unregelmässig geformte Erosionen, so besonders am

rechten Nasenflügel, an der Schleimhaut der rechten unteren und mittleren Muschel, und des der linken unteren Muschel gegenüberliegenden Theiles der Nasenseidewand. Die hinteren Partien der unteren Muscheln und der entsprechenden Abschnitte des Septum wegen entzündlicher Schwellung der unteren Muscheln der Besichtigung nicht zugänglich. Dem Patienten, der nicht in Königsberg bleiben kann, wird verordnet: Inhalationen mit Borwasser, innerlich Jodkali, zuerst 2·0, dann 2·5 Gr. pro die. Besserung sämmtlicher subjectiven wie objectiven Krankheitserscheinungen. Am 3. October 1887 ist die äussere Nase von deutlich schlanker Form, rechte untere Muschel abgeschwollen, ihre Oberfläche höckerig, von atrophischem Aussehen. Linke untere Muschel noch intumescirt, retrahirt sich nach Cocainisiren ein wenig, und lässt nun die früher nicht übersehbare, ihrer stärksten Convexität gegenüberliegende Partie der Mucosa septi als tief ulcerirt erkennen. Behandlung: Calomelölinjectionen und Jodkali bis 3·5 pro die steigend.

Am 10. Januar 1888. Wunde Stellen an der Nasenschleimhaut nicht mehr nachzuweisen; dementsprechend keine Borkenbildung; Absonderung aus der Nase gering, schleimig. Riechvermögen für stärker riechende Stoffe vorhanden. Die Mucosa septi zeigt an der Stelle des früheren Geschwürs eine gewisse Depression; rechte untere und mittlere Muschel atrophisch.

Am 21. Mai 1888. Controluntersuchung: Fortdauer des befriedigenden Zustandes.

Fall 6.

Schanker 1874. Schmiercur; Nasenleiden 1883. Ulceration am Septum. Keinerlei andere Erscheinungen.

Herr v. K., siebenunddreissig Jahre alt, Landwirth aus Ostpreussen, hat vor über zehn Jahren einen mit schmerzhafter doppelseitiger Schwellung der Leistendrüsen verbundenen „Vorhaut-Schanker“ gehabt und damals eine Schmiercur von einundzwanzigtägiger Dauer durchgemacht. Abgesehen von zeitweise auftretenden Magenbeschwerden war der Gesundheitszustand des Patienten bis zum Herbst 1883 befriedigend gewesen. Um diese Zeit hatte sich ein Schnupfen mit eitriger Absonderung und allmählicher Anschwellung der äusseren Nase eingestellt. Die von dem behandelnden Arzte verordneten Ausspülungen mittelst der Nasendouche führten keine Besserung herbei.

Herr Dr. Michelson nahm am 10. Juli 1884 folgenden Status auf: Patient ist ein kräftig gebauter Mann; äussere Nase geschwollen, ihre Spitze geröthet. Angestellte Proben erweisen die Klage des Patienten über Verlust des Riechvermögens als begründet. Das Vestibulum der rechten Nasenhälfte ist durch Borken verstopft. Nach Abweichen derselben kommt bei der rhinoskopischen Untersuchung eine ziemlich blasse, froschlauchähnliche Granulationsmasse zum Vorschein, die, wie die Sondenuntersuchung ergibt, ihren Ausgang von dem etwas weiter rückwärts, gegenüber dem

vorderen Ende der unteren Muschel gelegenen Abschnitt der Nasenscheidewand nimmt; die Sonde stösst hier auf eine kleine Stelle freiliegenden Knorpels.

Geringe Schwellung einiger oberflächlicher Inguinaldrüsen beiderseits; sonst nichts Erwähnenswerthes.

Behandlung: Inunctionscur, bei gleichzeitigem Jodkaligebrauch.

Bereits am 16. Juli 1884 (nach fünf Inunctionen à 4 Gr. und circa 8 Gr. Jodkali) konnte Patient berichten, dass die Absonderung aus der Nase erheblich geringer geworden sei und etwas Geruchsempfindung sich wieder eingestellt habe. Objectiver Befund: Die Schwellung der äusseren Nase nicht mehr so auffällig wie früher; die Granulationswucherung verkleinert. Letztere ist am 3. August 1884 (nach neunzehn Inunctionen und 24 Gr. Jodkali) vollkommen verschwunden. Am 30. August 1884 (nach vierzig Inunctionen und 48 Gr. Jodkali) wird die Cur abgeschlossen. Das Septum ist an der Geschwürsstelle mit einem dünnen, lose anhaftenden Schorfe bedeckt; nach Entfernung desselben mit der Sonde zeigt sich die Schleimhaut oberflächlich excoriirt, die äussere Nase nicht mehr geschwollen. Das Riechvermögen wieder völlig normal. Subjectives Befinden vortrefflich, besonders auch der Appetit besser, wie seit Jahren. Nach Einpinselung mit Salbe von Hydrargyrum praecipitatum flavum überhäutet sich die erwähnte Excoriation am Septum. Als Patient im Frühjahr 1885 zum letzten Male rhinoskopisch untersucht wurde, war die Narbengegend nur durch ein etwas atrophisches, trockenes Aussehen der Schleimhaut erkennbar.

Gelegentlich eines zufälligen Zusammentreffens im Januar 1888 versicherte Herr v. K. Herrn Dr. Michelson, dass er mit seinem Befinden in jeder Beziehung zufrieden sei, in specie keine Beschwerden von Seiten der Nase mehr habe.

Fall 7.

Syphilitische Infection 1879. Schmiercur. Beginn des Nasenleidens Ende 1888. Rechts an der Mucosa septi eine sagittale, muldenförmige Depression. Ulceration an der rechten mittleren Muschel. Heilung mit Atrophie.

A. L., Wagenmeister, achtundvierzig Jahre alt, verheiratet. Seine Frau und drei Kinder sind gesund; zwei andere sind früh gestorben. Vor etwa zehn Jahren hat Patient sich syphilitisch inficirt; es zeigte sich damals eine „wunde harte Stelle an der Eichel“ und beiderseits intumescirte Drüsen. Irgend welche andere Erscheinungen, Ausschlag oder dergleichen, will Patient nie gehabt haben. Er hat sich dann einer Schmiercur unterzogen, nach welcher er gesund geworden ist. Ausser einem Ulcus am rechten Unterschenkel, das vor etwa vier bis fünf Jahren aufgetreten und nach einer localen und innerlichen Behandlung (wohl mit Jodkalium) geheilt ist, will Patient dann bis auf sein jetziges Leiden gesund gewesen sein. Dieses begann im October vorigen Jahren mit Schnupfen, Verstopfung der Nase

besonders rechts, und Abnahme des Riechvermögens. Dazu traten rechtsseitige Kopfschmerzen, die Nachts stärker wurden und den Patienten nicht schlafen liessen.

Am 4. Januar 1889 nahm Herr Dr. Michelson folgenden Status auf:

Patient ist ein Mann von kräftigem Knochenbau, von schlaffer Musculatur und geringem Panniculus adiposus. Gesichtsfarbe blass; Gesichtsausdruck leidend. Foetor ex naribus. Aeussere Nase nicht geschwollen, Druck auf das knöcherne Nasengerüst empfindlich. Bei Besichtigung des Naseninnern zeigt sich beiderseits, besonders rechts, starke Borkenbildung. Nach Abweichen der Borken sieht man an der Mucosa septi der rechten Seite, gegenüber der medialen Fläche der unteren Muschel eine in sagittaler Richtung verlaufende, etwa 3 Mm. hohe muldenförmige Depression; die Schleimhaut, welche dieselbe deckt, hat stellenweise eine unregelmässig rauhe ulceröse Beschaffenheit. Desgleichen ist die Schleimhaut des mittleren unteren Abschnittes der mittleren Muschel ulcerirt, die Berührung derselben recht empfindlich und führt die Sondenbetastung dieser Localität zu einer mässigen Blutung. Atrophie der Muscheln ist nicht vorhanden. Das Integument der rechten unteren Muschel erscheint sogar eher entzündlich geröthet und geschwollen.

Irgend welche andere Erscheinungen von Lues sind gegenwärtig beim Patienten nicht nachzuweisen; kein Ausschlag; keine Drüsenschwellungen. Nur die rechte Clavicula zeigt, besonders am Sternalende, eine auffällige Verdickung und unebene Beschaffenheit des Randes. Auch will Patient zeitweisesowohlsontan, wie besonders auf Druck dort Schmerzen empfunden haben.

Ordo: Jodkali 2·0, später 2·3 Gr. pro die. Local: Jodoform-Insufflationen.

Unter dieser Behandlung hat sich schon nach einigen Tagen das Allgemeinbefinden sehr gehoben, die subjectiven Beschwerden sind geringer. Die Borkenbildung hat abgenommen; Fötor ist nicht mehr so auffällig. Die Bedeckungen der rechten unteren Muschel sind flacher wie früher und erweist die dadurch ermöglichte bessere Besichtigung der rück- und aufwärts liegenden Theile des Naseninnern, dass gerade am unteren Rande der mittleren Muschel die Schleimhaut in weiterer Ausdehnung noch ulcerirt und stellenweise mit Borken bedeckt ist. Die Ulcerationen in der oben erwähnten Mulde sind anscheinend im Heilen. Allmähig flacht sich der untere Rand derselben mehr und mehr ab, während der obere noch längere Zeit mit leicht blutenden Granulationen bedeckt bleibt.

Am 19. Januar 1889 zeigt sich der vordere Abschnitt der rechten mittleren Muschel intact, ihr hinterer unterer Theil aber, soweit derselbe zu übersehen ist, einen sehr deutlichen ulcerösen, tiefgreifenden Defect, dessen Grund stellenweise mit nach abwärts pendelnden Granulationswucherungen bedeckt ist, die mit der Sonde zu bewegen sind.

24. Januar 1889. Das Allgemeinbefinden des Patienten bessert sich in erfreulicher Weise; seit dem 2. Januar Gewichtszunahme von 5 Pfund.

Rhinoskopischer Befund: Keine Borkenbildung mehr; die polypoiden Granulationswucherung verkleinert sich; die mittlere Muschel im Stadium beginnender Atrophie.

An Stelle der Borkenbildung tritt nun eine mässige eitrige Secretion, während die Atrophie der mittleren Muschel weiter schreitet, so dass sie nun ungewöhnlich weit — in ihrer ganzen Ausdehnung — zu übersehen ist. Ordo: Inunctionscur à 3 Gr., Jodkali à 2½ Gr. pro die. Jodoform-Insufflationen. Am 28. Januar 1889 zeigt sich am vorderen Ende der mittleren rechten Muschel eine Auflagerung von gelblichem Eiter; das Integument der Muschel selbst erweist sich nach Abtupfen des Eiters intact. Oberhalb zwischen Septum und der Gegend des vorderen Endes der oberen Muschel hängt gleichfalls ein Eitertropfen. Hieraus darf wohl geschlossen werden, dass ein der Besichtigung nicht zugänglicher Ulcerationsprocess an den obersten Partien der rechten Nasenhälfte noch fortbesteht.

Unter Fortsetzung der obigen Behandlung bis zum 7. Mai 1889 wird die Atrophie der früher ulcerirten Theile immer deutlicher. Zugleich behalten diese eine Neigung sich mit zähem Secret zu bedecken, nach dessen Abheben aber weder Blutung noch Ulceration sich zeigt.

Fall 8.

1867. „Wundsein an der Vorhaut“. *Rein locale Therapie. Beginn des Nasenleidens* 1888. *Ulcera am Septum und den Muscheln.*

Herr Tbl., Rentier aus L., sechzig Jahre alt, hat im Jahre 1867 wegen eines „Wundseins an der Vorhaut“ in ärztlicher Behandlung gestanden. Dasselbe heilte nach Anwendung einer „rothen Salbe“.

Drüsenschwellungen, Hautausschläge oder dergleichen seien dieser Affection nicht gefolgt. Patient ist seit 1869 verheiratet und Vater zweier gesunder Kinder. Aborte hat seine Frau nie durchgemacht.

Seit Februar 1888 hat Patient über starken Ausfluss aus der Nase zu klagen, zu welchem Ende März fast vollkommenes Undurchgängigkeit, besonders der linken Nasenhälfte hinzukam. Patient wurde seitdem durch Trockenheit im Halse in seiner Nachtruhe vielfach gestört, zugleich nahm die Sprache einen näsclnden Charakter an. Das Riechvermögen ging vollkommen verloren, der Geschmack erlitt empfindliche Einbusse. In letzter Zeit war die Respiration von einem schnarchenden Geräusche begleitet.

Die in der Heimat des Patienten ärztlicherseits verordneten Mittel erwiesen sich als erfolglos und so wurde er am 2. Juli 1888 durch Herrn Kreisphysicus Dr. Arbeit Herrn Dr. Michelson zur Behandlung überwiesen.

Die Untersuchung an diesem Tage ergab:

Kleiner, kräftig gebauter Mann von blassem Aussehen, aber sonst ziemlich gutem Ernährungszustande. Seine lautschnarchende Respiration ist bis in das Nebenzimmer hörbar. Die gegenwärtigen Beschwerden decken sich mit den bereits in der Anamnese erwähnten.

Äussere Nase in ihrem unteren Theile etwas geschwollen und geröthet; keine Druckempfindlichkeit. Vestibulum narium beiderseits durch harte bräunliche Borken verstopft, nach deren Abweichen sich an der Mucosa septi flache Erosionen von ganz unregelmässiger Begrenzung etwas oberhalb der Gegend der unteren Muscheln zeigen. Dieselben erstrecken sich rechts bis an die vordere Grenze des Septum cartilagineum und gehen auch auf die benachbarten Theile der seitlichen Nasenwand über. Die Bedeckungen der unteren Muscheln entzündlich infiltrirt und besonders in ihren hinteren Partien der Scheidewand anliegend. Hintere Rhinoskopie ist bei sehr ungünstigen Raumverhältnissen und starker Reizbarkeit unausführbar. Die sonstige Untersuchung ergibt nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Sol. Kali jodati 5:0 : 150:3 mal täglich ein Esslöffel. Oertlich: Abweichen der Borken durch Einlegen von Tampons, die abwechselnd in desinficirende Flüssigkeiten getaucht und mit Lassar'scher Paste bestrichen werden. Jodoform-Insufflationen.

Unter dieser Behandlung hat bereits am 13. Juli 1888 eine Ab-schwellung der intumescirten Theile in mässigem Grade stattgefunden, derart, dass Patient meistens durch eine Nasenhälfte, oft durch beide Luft bekommt.

Ordo: Inunctionscur à 3:0 Gr. pro die bei täglichen Bädern. Daneben Jodkali. Locale Behandlung wie früher.

Am 19. Juli 1888 hat die Schwellung der äusseren Nase wie die Borkenbildung erheblich nachgelassen; rhinoskopisch sind jetzt auch die hinteren Abschnitte des Septum zu übersehen und zeigen sich ebenso wie die medialen Flächen der unteren Muscheln mit flachen Ulcerationen bedeckt. Am Tage hat Patient grösstentheils Luft durch beide Nasenhälften und giebt an, auch Nachts meistens mit geschlossenem Munde zu schlafen. Am 4. August 1888 hatten sich die Geschwürsflächen bereits theilweise überhäutet; das Riechvermögen ist befriedigend, äussere Nase nicht mehr geschwollen, kein näselnder Sprachklang mehr.

Am 20. August stellt Patient sich nach einer Reise wieder vor. Er hat den Gebrauch von Jodkali und die oben besprochene locale Behandlung fortgesetzt. Patient hat jetzt gar keine Beschwerden mehr. Die rhinoskopische Untersuchung stellt fest, dass sämmtliche früher vorhandenen Geschwüre gut überhäutet und die Muscheln nicht mehr geschwollen sind.

Controluntersuchung im November 1888. Fortdauer des guten Befindens.

Fall 9.

Undurchgängigkeit der linken Nase mit sehr profuser eitriger Secretion. Paroxysmenartige Kopfschmerzen. Muldenförmige Ulceration des Septum, gegenüber der linken untern Muschel. In der Anamnese keine Anhaltspunkte für Lues; keine anderweitigenluetischen Erscheinungen.

Erl. R., dreiunddreissig Jahre alt, Wirthin aus Königsberg in Preussen, hat im achten Lebensjahre einen Scharlach durchgemacht, an den sich ein

Augenleiden schloss. 1866 mehrwöchentliche aber ausschliesslich örtliche Behandlung in der hiesigen Augenklinik. Sie war dann bis auf ihr jetziges Leiden immer gesund. Dieses zeigte sich vor etwa vier Wochen in Undurchgängigkeit der linken Nasenhälfte verbunden mit reichlicher eitriger, aber nicht übelriechender Absonderung.

Nachts war die Secretion zuweilen so stark, dass Eiterflecken auf dem Kopfkissen gefunden wurden. Gleichzeitig mit diesen Beschwerden von Seiten der Nase traten Kopfschmerzen auf, die ihren Sitz ausschliesslich in der linken Supraorbital- und Scheitelgegend hatten und nur paroxysmenweise während der Vormittagsstunden sich bemerkbar machten. Eine Abnahme des Riechvermögens und eine Veränderung der Sprache wurden nicht beobachtet.

Status vom 4. September 1888.

Patientin ist ein kräftig gebautes Mädchen von etwas blasser Gesichtsfarbe und mangelhaftem Haarwuchs. An den Augen lässt die einfache Inspection Abnormitäten nicht erkennen; desgleichen an Haut, Drüsen und inneren Organen nichts Bemerkenswerthes.

Druck auf die Incisura supraorbitalis sinistra, der bei der ersten Untersuchung am 29. August sehr empfindlich war, wird heute, seitdem vom genannten Tage Jodkali 3·0 pro die gebraucht ist, nicht mehr schmerzhaft empfunden.

Aeusserer Nase nicht geschwollen, Druck auf dieselbe nicht empfindlich, Riechproben ergeben normales Riechvermögen auf beiden Nasenhälften. Gehör normal.

Bei der rhinoskopischen Besichtigung des Naseninnern zeigt die rechte Nasenhälfte keinerlei Veränderung. Links findet sich am Septum der selbst anscheinend unveränderten unteren Muschel genau gegenüber und der ganzen Länge derselben entsprechend, eine schorfbefleckte ulceröse Fläche.

Nach Abweichen des Schorfes zeigt es sich, dass Granulationen in dem Geschwürsgrunde nicht enthalten sind, und dass die feste Unterlage nirgends frei liegt. Die erwähnte Ulceration ist gegenüber der grössten Convexität der Muschel am tiefsten und stellt in toto einen, der etwas unregelmässigen Form der Concha inferior sich ziemlich genau adaptirenden Abdruck dar. Die mittlere Muschel ist, soweit man sie übersehen kann, unverändert.

Hintere Rhinoskopie ist wegen zu erheblicher Reflex-Erregbarkeit und kleinen Nasen-Rachenraumes trotz starker Cocaïn-Einpinselung vorläufig unausführbar.

Die seit dem Tage der ersten Vorstellung der Patientin, 29. August, eingeleitete Therapie, Jodkali und Jodoform-Insufflation nach Abweichung der Borken, wird fortgesetzt.

Nach etwa dreiwöchentlicher Behandlung sind die Ulcerationen geheilt und Patientin entzieht sich der weiteren Beobachtung.

Fall 10.

Syphilitische Infection im Jahre 1880. Antisyphilitische Curen. 1887 Auftreten des Nasenleidens. Schwellung der äusseren Nase; Ulcera an der rechten unteren Muschel und am Septum cartilagineum. Gegenwärtig keine anderen syphilitischen Symptome.

Wilhelm R., dreiunddreissig Jahre alt, Arbeiter, hat sich 1880, kurz vor seiner Verheirathung syphilitisch inficirt, und ist in der Zeit von 1880 bis 1883 in der chirurgischen Poliklinik zuerst mit subcutanen Injectionen, dann wegen mehrerer Recidive wiederholt mit Schmiercuren behandelt worden.

Frau und zwei Kinder des Patienten (1885 und 1886 geboren) sind gesund.

Sein jetziges Leiden begann im August 1887 mit starkem eitrigen, öfters mit Borken untermischtem Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte, verbunden mit einer mässigen Schwellung der Nasenwurzelgegend, wozu in letzter Zeit Undurchgängigkeit der rechten Nasenhälfte und Verlust des Riechvermögens trat.

Als sich Patient am 30. October 1887 auf Veranlassung des Herrn Collegen Wedel Herrn Dr. Michelson vorstellte, nahm dieser folgenden Status auf: Die äussere Nase, besonders in der Nasenwurzelgegend, in mässigem Grade geschwollen; auf Druck etwas empfindlich, ihre Haut nicht geröthet. Der vordere Abschnitt der rechten Nasenhälfte durch bräunliche Krusten vollkommen obturirt. Nachdem diese mittelst angefeuchteter Tampons entfernt sind, lässt sich rhinoskopisch das Vorhandensein eines etwa erbsengrossen, flachen Geschwürs am vordersten Theile der medialen Fläche der unteren Muschel constatiren. Die Umgebung desselben ist infiltrirt. Berührung des Geschwürgrundes mit der Sonde empfindlich. Am vordersten Theile des Septum eine bis in die knorpelige Unterlage reichende, scharf abgegrenzte fast kreisrunde Ulceration von etwa 4 Mm. Durchmesser. Durchblick in den Nasenrachenraum wegen Schwellung der unteren Muscheln rechts wie links unmöglich.

Die übrige Untersuchung des robust gebauten Mannes ergibt nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Abweichen der Borken mit in dreiprocentige Borsäurelösung getauchten Tampons und Jodoform-Insufflation. Zweimalige Injection einer Pravaz'schen Spritze Calomelöl (1:10) nach Neisser in die Glutäalgegend.

Am 11. November 1887 wird constatirt, dass die Schwellung der äusseren Nase nachgelassen hat. Das Ulcus am vorderen Ende der rechten unteren Muschel ist ohne Hinterlassung erkennbarer Veränderungen geheilt. Das Ulcus septi beginnt zu granuliren. Die Secretion ist geringer, mehr schleimig, das Riechvermögen hat sich gebessert.

Von den Calomelöl-Injectionen muss wegen der nach jeder Einspritzung eingetretenen mit lebhaftem Schmerz einhergehenden Schwellung

der Hinterbacken Abstand genommen werden, weshalb sich die Therapie vorerst auf den Gebrauch von Jodkalium 2 später 3 Gr. pro die beschränkt.

Unter dieser Behandlung findet ein weiterer Nachlass der entzündlichen Infiltration statt, derart, dass jetzt auch die hinteren Abschnitte des Septum und der unteren Muscheln der Untersuchung zugänglich werden. Am Involucrum der linken Seite des Septum, in der Höhe des unteren Nasenganges, zeigen sich nur noch wenige oberflächliche Erosionen, die am 27. November bereits überhäutet sind.

Wegen der nur langsam fortschreitenden Heilung des rechtsseitigen Ulcus septi wird am 11. December noch eine Inunctionscur von 4 Gr. pro die eingeleitet. Oertlich: Application von mit zehnpcentiger Jodoformsalbe bestrichenen Tampons.

Am 8. Januar 1888 wird die Cur beendet, nachdem das Ulcus völlig vernarbt und Durchgängigkeit der Nase und Riechvermögen normal geworden.

Rechte untere und mittlere Muschel von etwas atrophischem Aussehen.

Am 3. April 1888 Controluntersuchung. Fortdauern des befriedigenden Zustandes.

Fall 11.

Syphilitische Infection 1877; keine antisypilitische Behandlung. 1880 Geschwür am weichen Gaumen, mit wenigen Inunctionen behandelt. 1887 Auftreten des Nasenleidens. Runde und muldenförmige Erosionen am Septum; geringe Atrophie der unteren Muscheln. Heilung nach dreissig Inunctionen und 33 Gr. Kali jodat.

Herr R., siebenunddreissig Jahre alt, Kaufmann, acquirirte vor etwa zwölf Jahren einen „Schanker an der Eichel“, der unter ausschliesslich örtlicher Behandlung heilte. Drei Jahre später ein Geschwür in der Mitte des weichen Gaumens, das nach wenigen Einreibungen des Körpers vernarbt war, wodurch Patient sich veranlasst fühlte, die Cur abzubrechen. 1878 verheiratete er sich; seine Frau ist gesund, von den fünf aus der Ehe hervorgegangenen Kindern starben drei innerhalb des ersten Lebensjahres; zwei leben und sind gesund.

1882. Verletzung der äusseren Nase durch Stoss.

Im März 1887 Undurchgängigkeit der Nase, totaler Verlust des Riechvermögens, Foetor ex naribus, Schmerzen im Hinterkopf. Letztere, sowie die Undurchgängigkeit der Nase bessern sich ein wenig nach galvanokaustischen Beizungen. Die noch fortbestehenden Beschwerden aber werden auch durch einen vom October 1887 einige Wochen hindurch fortgesetzten Gebrauch von Jodkalium (4:100, dreimal täglich ein Esslöffel) und Jodol-Insufflationen nicht beseitigt.

Nachdem Patient Anfangs December ein Augenleiden durchgemacht, wird er von Herrn Stabsarzt Dr. Heisrath Herrn Dr. Michelson überwiesen, der am 6. December 1887 folgenden Status aufnimmt:

Patient ist ein grosser, kräftig gebauter, etwas plethorisch aussehender Mann. Die äussere Nase im Ganzen etwas geschwollen, nicht geröthet. Von der Gegend des unteren Abschnittes des linken Nasenbeines schräg median und abwärts verläuft eine circa 1 Ctm. lange schmale Narbe, die mit dem in der Anamnese erwähnten Trauma zusammenhängt, wie wahrscheinlich auch eine geringe, nur bei Besichtigung im Profil erkennbare Depression des Nasenrückens in der Gegend der oberen Begrenzung der Apertura pyriformis.

Durch die angestellten Versuche wird vollkommenes Fehlen des Riechvermögens constatirt; die Sprache hat einen etwas nasalen Beiklang; Fötur zur Zeit nicht vorhanden.

Vestibulum narium beiderseits mit dicken bräunlichen Borken verlegt, wie solche auch dem vorderen Abschnitte des Septum anhaften. Die Schleimhaut des letzteren zeigt rechts eine rundliche, etwa fünfzigpfennigstückgrosse, bei leisester Sondenberührung leicht blutende, links eine in Höhe der unteren Muschel furchenförmig verlaufende Erosion. Beide unteren Muscheln von etwas atrophischem Aussehen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Inunctionscur von 4—4½, später 5 Gr. pro die. Täglicher Gebrauch von 3 Gr. Kal. jodat. Oertlich: Borwasser-Tampons und Jodol- und Jodoform-Insufflationen.

Am 14. Januar 1888, nach circa dreissig Inunctionen und Gebrauch von 97 Gr. Jodkali ist Ueberhäutung der geschwürigen Partien erzielt, die Geruchsempfindung wieder hergestellt, die Absonderung aus der Nase von rein schleimiger Beschaffenheit.

Es werden noch zehn weitere Inunctionen gemacht und Jodkali in geringeren Dosen bis Anfang März weitergebraucht.

Fall 12.

„Schanker“ 1880; keine Allgemeincur. Beginn des Nasenleidens 1888. Perforatio septi; Ulcerationen in der linken Nasenhälfte am Septum, Boden der Nasenhöhle und mittlerer und unterer Muschel.

Herr X., einunddreissig Jahre alt, Rechtsanwalt und Notar, acquirirte im Winter 1880 einen „Schanker“, der am Rande der Vorhaut sass, und den er auf Rath eines Laien mit einem gelben, scharf riechenden Pulver (Jodoform) bestreute.

Als das Geschwür aber auch nach etwa acht Wochen nicht geheilt war, wandte er sich an einen Arzt, der ihm die locale Application einer grauschwarzen Salbe verordnete (Ungt. cinereum?), die das Geschwür in wenigen Tagen zur Heilung brachte. Anderer Krankheits-Erscheinungen, ausser einer leichten Schwellung der Inguinaldrüsen, weiss er sich nicht zu entsinnen.

Etwa ein Jahr später zeigten sich zwei „Quäschen“ unterhalb der Stelle des früheren Geschwürs am Penis, die spontan aufgingen und heilten.

Eine Allgemeineur will Patient nie durchgemacht haben. Er ist seit drei Jahren verheiratet; seine Frau und die zwei aus der Ehe hervorgegangenen Knaben sind gesund. Ende August vorigen Jahres nun (1888) stellte sich bei ihm Thränenträufeln auf dem linken Auge ein, das unter der Behandlung eines Augenarztes sich zwar besserte, aber nicht ganz verschwand. Im October desselben Jahres nun gesellten sich Verstopfung des linken Ohres und der linken Nasenhälfte hinzu, welche Beschwerden etwa zwei Monate hindurch währten und nur gelegentlich durch Ausspülungen des Ohres mit Carbolwasser und Einathmen von Salmiak durch die Nase bekämpft wurden.

Das Gehör wurde dann ganz spontan besser, während sich — etwa Ende December 1888 — auf der linken äusseren Nasenwand eine starke vom innern Augenwinkel bis fast zum Nasenflügel sich erstreckende, von gerötheter Haut bedeckte, auf Druck etwas schmerzhaftes Geschwulst bildete.

Die Verstopfung des Naseninnern blieb dieselbe. Einige Wochen später begann Patient gelbe, eitrige, sehr übelriechende Massen auszuschnauben, so dass er täglich drei bis vier Taschentücher verbrauchte. Am 23. März 1889 schnob Patient ein zweischenkeliges, im stumpfen Winkel gebogenes Knochenstückchen aus, dessen Grösse er nicht angeben kann, und das auch von einem eitrigen Pfropf umhüllt war; dadurch sah er sich veranlasst, sich Herrn Dr. Michelson vorzustellen.

Status vom 27. März 1889: Etwas blass aussehender, sonst gut genährter Mann. Linke Seite der äusseren Nase etwas geröthet und geschwollen. Foetor ex naribus. Stärkere Gerüche (Jodoform) werden zur Zeit percipirt.

Bei der rhinoskopischen Besichtigung der linken Nasenhälfte zeigt sich, dicht hinter dem Vestibulum beginnend, an der Scheidewand eine umfangreiche Ulceration, deren Grund stellenweise mit fest anhaftenden Borken bedeckt ist. Diese Ulceration greift auf den Boden der Nasenhöhle über, auf welchem eine starke Granulationswucherung die vordere Hälfte desselben ausfüllt und den Einblick nach hinten verlegt. Nach oben und rückwärts ist die Fortsetzung des Geschwürsprocesses auch auf die seitliche Nasenhöhlenwand zu verfolgen. Durch die erwähnte Granulationswucherung ist der Ueberblick über die hinteren Abschnitte der Scheidewand, wie schon erwähnt, erschwert, doch stösst die Sonde im Bereich derselben auf blossliegenden Knochen. Die mittlere Muschel ist wenigstens in ihrem vordersten zu besichtigenden Theile intact. Von der unteren Muschel kann wegen der fungösen Wucherung am Boden der Nasenhöhle nichts zu Gesicht gebracht werden. In der rechten Nasenhälfte nichts Abnormes. Zeitweiliges Thränenträufeln auf dem linken Auge besteht noch fort. Hörweite zur Zeit beiderseits normal. An Mundrachenhöhle und Kehlkopf keinerlei pathologische Veränderungen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergibt nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Inunctionseur à 3—5 Gr. pro die bei täglichen Bädern. Daneben Kali jodati 2·0 Gr. pro die. Local: Jodoform-Insufflationen nach Abweichen der Borken.

Schon innerhalb der ersten zehn Tage der Cur machte sich eine auffällige Verringerung der Schwellung und Röthung der linken Nasenhälfte bemerkbar. Die Ulcerationen im Naseninnern flacher und reiner; es lässt sich constatiren, dass der Process sich ausser auf die Nasenscheidewand, die angrenzenden Partien der seitlichen Nasenfläche und auf den Boden der linken Nasenhälfte, auch auf die untere und mittlere Muschel erstreckt. Am 11. Mai 1889, nach Gebrauch von 38 Inunctionen und 20 Gr. Jodkali (letzteres Medicament musste, weil schlecht vertragen, bald ausgesetzt werden) hat die äussere Nase wieder ganz die alte Form angenommen. Die vordere Partie des Septum cartilagineum zeigt sich atrophisch; in derselben eine etwa $2\frac{1}{2}$ Mm. im Durchmesser haltende Perforation. Nach Abweichen der Borken, die noch dem vorderen Septum-Abschnitt, sowie dem, dem hinteren Theile der unteren Muschel gegenüberliegenden Abschnitte anhaften, sind deutliche Gewebsdefecte nicht mehr erkennbar.

Patient verlässt Königsberg auf seinen dringenden Wunsch, mit der Weisung, täglich mehrmals mit Borwasser getränkte Tampons in die linke Nasenhälfte einzulegen.

Controluntersuchung am 20. Juli 1889 ergibt, dass Neigung zur Borkenbildung nicht mehr vorhanden ist. Die Schleimhaut an den früher ulcerirten Stellen glanzlos, trocken, atrophisch; Thränenträufeln auf dem linken Auge, sonst weder subjective noch objective Krankheitserscheinungen.

Fall 13.

Ausser dem Abgang von Knochensplittern aus dem rechten Unterschenkel nichts für Syphilis Verdächtiges zu eruiren. Intumescenz der Muscheln. Ulcus pharyngis. Sonst keine Erscheinungen.

Frau B., neunundvierzig Jahre alt, eine kräftige, plethorisch aussehende Gutsbesitzersfrau. Sie ist in kinderloser Ehe verheiratet; Aborte durchgemacht zu haben, stellt sie in Abrede. Vor Jahren Abgang von Knochensplittern aus dem rechten Unterschenkel. Die betreffenden Wunden sollen ohne ärztliche Behandlung unter Anwendung von Hausmitteln geheilt sein. Ueber eine vorausgegangene Infection, respective früher durchgemachte specifische Curen ist nichts zu eruiren. Seit vier Wochen klagt sie über Halsschmerzen, Unfähigkeit durch die Nase zu athmen, und zeitweilige Empfindung von Belegtsein in den Ohren.

Patientin stellt sich am 17. Juli 1886 Herrn Dr. Michelson vor.
— Rhinoscopia ant.: Mittlere rechte Muschel und beide unteren Muscheln, besonders am hinteren Ende etwas geschwollen; die bedeckende Schleimhaut

blass; der Durchblick in den Nasenracherraum unmöglich. Am Palatum molle nichts Auffälliges. Nach Abziehen desselben mit dem Gaumenbaken kommt an der rechten Seite des Pharynx ein etwa pfennigstückgrosses, rundes, mit eitrigem Belag bedecktes Geschwür zu Gesichte. Wie durch Rhinoscopia posterior nachgewiesen wird, ist die Umgebung desselben und besonders auch der rechte Tubenwulst entzündlich geschwollen. Otoskopisch: Starke Einziehung beider, vorzugsweise aber des rechten Trommelfells. An der rechten Tibia eine Anzahl hellweisser, strahliger Narben; dieselben adhären der sich rauh und uneben anfühlenden knöchernen Unterlage.

Unter Jodkali-Gebrauch und Einpinselung mit Sublimatlösung reinigte sich der Grund des Rachengeschwürs.

Doch entzieht sich Patientin vor Abschluss der Behandlung der weiteren Beobachtung.

Fall 14.

„Schanker“ 1865. Schmierkur. Verstopfung der Nase 1879. — *Polypoiden Wucherungen in den beiden mittleren Nasengängen und ulcerirte Intumescenzen an der Pars nasalis pharyngis.*

Herr W., Bahnvorsteher aus Ostpreussen, sechsundfünfzig Jahre alt, acquirirte während seiner Militärzeit (1865), im Alter von sechsundzwanzig Jahren einen „Schanker“, der mit Quecksilber behandelt wurde. Im Anschluss hieran fast totaler Verlust der Haare, die indess nach einigen Monaten wieder wuchsen. Sonstiger Erscheinungen weiss sich Patient nicht zu erinnern.

Er ist seit 1868 verheiratet (also fünf Jahre nach der Infection), das erste Ergebniss der Ehe war ein Abort im fünften Monat, 1870 dann ein todtgeborenes, fast ausgetragenes Kind; später noch ein Abort, schliesslich mehrere anscheinend gesund geborene Kinder, von denen einige noch am Leben sind, während zwei starben; das eine im Alter von zehn Monaten an Durchfall, das zweite, vierzehn Tage alt, an Entkräftung.

Vor zwei Jahren „Verhärtungen“ der beiden Backen, die den ganzen Winter hindurch bestanden und mit Hinterlassung der noch vorhandenen entstellenden, tiefen Narben heilten. Die Verstopfung der Nase, derentwegen Patient am 16. Januar 1889 den Rath des Herrn Dr. Michelson in Anspruch nahm, soll seit 1879 bestehen, angeblich als Folge einer damals durchgemachten Erkältung. Vielfach starkes Nasenbluten, bald aus einer, bald aus der anderen Nasenhälfte. Diese Neigung zu Epistaxis verschwand seit einem Jahre fast vollkommen, dagegen wurde seit August vorigen Jahres eine sehr erhebliche Zunahme der Nasenverstopfung bemerkt, gleichzeitig auch eine Abnahme des Hörvermögens. Objectiv: Nasenhöhlen beiderseits weit; in beiden mittleren Nasengängen polypöse Schleimhautverdickungen mässigen Umfangs. Durch vordere Rhinoskopie wird das Vorhandensein ulcerirter Intumescenzen an der Pars nasalis pharyngis festgestellt. Die Consistenz dieser Schwellungen ist, wie nach Massgabe der Sondenunter-

suchung beurtheilt wird, ziemlich beträchtlich. Durch die erwähnten Intumescenzen, sowie in Folge einer gewissen Rigidität des Velum palatinum ist sowohl die Untersuchung mittelst hinterer Rhinoskopie, als auch die directe Abtastung des Cavum pharyngo-nasale mit dem Finger unausführbar. Dagegen erkennt man beim Andrücken des Velum gegen die hintere Rachenwand, dass das Cavum pharyngo-nasale theilweise mit harten Massen angefüllt ist. Dass diese jedoch noch einen Binnenraum von einer gewissen Weite freilassen, wird durch die Möglichkeit einer Durchspülung jeder Rachenhälfte von der ihr entgegengesetzten Seite her erwiesen. An der Schleimhaut der Mundrachenhöhle, abgesehen von mässiger fleckweiser Röthung, nichts Bemerkenswerthes. Ticken der Taschenuhr wird rechts weder durch Luft-, noch durch Knochenleitung gehört; links auf circa 7 Ctm. Entfernung. Otoskopischer Befund negativ.

Herr Dr. Michelson glaubte auf Grund des eben mitgetheilten Befundes die Diagnose zwischen gummösen Gewächsen im Cavum pharyngo-nasale und Vorhandensein maligner Tumoren daselbst offen lassen zu müssen, und verordnete vorläufig versuchsweise Kali jodatum (6 : 200, dreimal täglich einen Esslöffel).

Am 2. Februar 1889, nach Gebrauch von drei Flaschen dieser Arznei, stellte sich Patient von Neuem vor. Er gab an, sich ausserordentlich erleichtert zu fühlen, da er besser Luft durch die Nase bekomme wie früher und keine Kopfschmerzen mehr habe. Bei der rhinoskopischen Untersuchung ist eine polypoide Schwellung im Bereich der mittleren Nasengänge nicht mehr nachweisbar, und auch die hintere Wand des Cavum pharyngo-nasale weniger stark intumescirt als früher.

Gehör unverändert.

Ordo: 2 Gr. Kali jodat. pro die.

Patient wird angewiesen, sich nach vierzehn Tagen wieder vorzustellen, hat sich jedoch nicht wieder sehen lassen.

Einige Monate später theilt er brieflich mit, dass er Jodkali weiter gebraucht habe und seine Beschwerden völlig gehoben seien.

Fall 15.

Primärfektion 1883. Jodkalicur. Beschwerden von Seiten des Halses und der Nase Ende 1888. Ulcerationsprocess am oberen Theile des Septum osseum, dem Fornix pharyngis und der pharyngealen Fläche des Velum. Sonst keine luetischen Erscheinungen.

Friedrich G., dreundvierzig Jahre alt, Schaffner, ist in siebenjährigen Ehe verheiratet. Seine Frau und sein einziges Kind sind gesund. Vor etwa sechs Jahren acquirirte er einen harten Schanker an der Eichel, der mit Carbol und innerlich mit Pulvern (dreimal täglich ein Pulver) be-

handelt wurde und nach etwa vier Wochen heilte. Eine rechtsseitige Schwellung der Inguinaldrüsen soll schon vorher (?) bestanden haben und nach achttägiger Einreibung mit grauer Salbe verschwunden sein. Anderer auf Syphilis hinweisender Krankheitserscheinungen weiss er sich nicht zu entsinnen. Sein jetziges Leiden begann in den letzten Monaten des vorigen Jahres (1888) mit Schmerzen im Halse, die zeitweise verschwanden, sich aber immer wieder erneuerten, weshalb er sich am 23. Februar 1889 in Dr. Michelson's Ambulatorium vorstellte. In den letzten Tagen heftige Kopfschmerzen in beiden Schläfen, besonders Abends. Auch hat sich neuerdings eine Verschlechterung des Gehörs, verbunden mit Ohrensausen und Benommenheit des ganzen Kopfes eingestellt. Er ist in jüngster Zeit sehr abgemagert.

Herr Dr. Michelson nimmt am 28. Februar 1889 folgenden Status auf: Patient ist ein mässig kräftig gebauter, etwas blass aussehender Mann. Seine derzeitigen Beschwerden beziehen sich auf Halsschmerzen, besonders beim Schlucken, auf paroxysmenweise auftretende reissende Schmerzen „in den Gesichtsknochen“, auf Trockenheit des Halses, besonders in den Nacht- und Morgenstunden, und auf ein Druckgefühl im Naseninneren. — Die Form der äusseren Nase unverändert; an der Nase selbst, ebensowenig wie an den Gesichtsknochen Empfindlichkeit auf Druck. Riechvermögen und Geschmack erhalten; Sprache nicht näselnd. Die Untersuchung des Naseninnern mittelst vorderer Rhinoskopie lässt Abnormitäten nicht erkennen. Auch die Besichtigung der Mundhöhle ergibt nichts Bemerkenswerthes.

Ausdrücklich ist hervorzuheben, dass weder an der Pars oralis mucosae veli, noch an der Pars oralis mucosae pharyngis Entzündungserscheinungen, Ulcerationen oder Narben nachweisbar sind.

Bei der Untersuchung des Cavum pharyngo-nasale mittelst hinterer Rhinoskopie wird folgender Befund erhoben: Der freie Rand des Septum osseum erscheint, besonders in seinen oberen Abschnitten, erheblich verbreitert, durchweg von verdickter und ulcerirter Schleimhaut bedeckt. Der Ulcerationsprocess erstreckt sich von der Mucosa septi aus aufwärts bis in die Gegend des Fornix pharyngis; auf die Schleimhautbedeckungen der oberen Umrandung beider Choanen, von hier sich nach vorwärts auf das Integument der Wurzeln beider mittleren Muscheln fortsetzend, ebenso auch auf den hintersten Abschnitt der beiderseitigen Bedeckungen des Septum osseum. An der pharyngealen Fläche des mittleren Abschnittes des Velum, soweit sich dieselbe nach hinten verfolgen lässt, findet sich eine unregelmässig begrenzte flache, eiterbedeckte und von entzündlich gerötheter Umgebung umrahmte Erosion. Auch das Orificium tubae sinistri ist oberflächlich ulcerirt; der rechte Tubenwulst lässt sich wegen Vorwölbung des rechten Theils des Velum auch nach ausgiebiger Cocainisirung nicht

zu Gesichte bringen. Hörweite für Taschenuhr beiderseits etwa 6 Ctm. Otoskopisch: Auf beiden Seiten, besonders links, starke Einziehung des Trommelfells. Das rechte Trommelfell sieht etwas glanzlos, verdickt aus.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Wesentliches.

Ordo: Inunctionscur à 3 Gr. pro die. Innerlich: Kali jodati 6:200, dreimal täglich einen Esslöffel. Local: Jodoform-Insufflationen.

5. März 1889. Befund der hinteren Rhinoskopie: Infiltrationen geringer, Ulcerationen reiner aussehend. Aus der ulcerirten Fläche am untersten Theile des Septum osseum ragt ein dünner, dunkel gefärbter Knochensplitter hervor. In der That findet man, nachdem dies festgestellt ist, auch bei Durchführung der Sonde von vorne, dass am hintersten Theile der Scheidewand freiliegender Knochen vorhanden ist. Am 6. März 1889 wird unter Spiegelleitung mit einer entsprechend gebogenen Kornzange ein etwa 6 Mm. langer, 2 bis 2½ Mm. breiter, poröser, unregelmässig gezackter Sequester extrahirt.

Die subjectiven Erscheinungen gehen schnell zurück und am 12. März 1889 — nach 18 Gr. Jodkali und 10 Inunctionen — sind Kopfschmerzen und Ohrensausen völlig verschwunden; die Infiltrations- und Ulcerationserscheinungen in weiterer Besserung begriffen. Völlige Wiederherstellung unter Fortsetzung der Cur bis Mitte April.

II.

Syphilis der Nase, respective des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle.

Fall 16: Herr L. — Siehe: Michelson, l. c. p. 3 ff.

Fall 17: Frau A. — Siehe: Michelson, l. c. p. 15.

Fall 18.

Syphilitische Infection 1882. Beginn des Nasenleidens Mitte 1884. Perforation des Pallatum molle; Ulcerationen am Velum. — Excoriation am Septum cartilagineum.

Albert L., siebenundzwanzig Jahre alt, Schmied, acquirirte vor zwei Jahren einen harten Schanker an der Vorhaut und wurde mit sieben Inunctionen behandelt. Ohne weiterhin besondere Krankheitserscheinungen an sich bemerkt zu haben, wurde Patient seitdem blasser und magerer. Seit vier Wochen stellte sich Undurchgängigkeit der rechten Nasenhälfte und gewisse, sogleich näher zu beschreibende Veränderungen der äusseren Nase ein, die ihn veranlassten, ärztlichen Rath zu suchen. Ueber Halsschmerzen hat Patient derzeit nicht zu klagen, erinnert sich aber, solche ganz vorübergehend im Frühjahr gehabt zu haben.

Herr Dr. Michelson nahm am 16. Juli 1884 folgenden Status auf: Die ganze äussere Nase geschwollen, besonders aber die Nasenspitze

und der rechte Flügel geröthet und stark infiltrirt; ersterer haftet auf einer rundlichen, etwa erbsengrossen Stelle ein Schorf an, unter dem die Haut oberflächlich excoriirt ist; der rechte Nasenflügel fühlt sich rigid und etwas höckerig an. Rhinoscopia ant. ergiebt links nichts Bemerkenswerthes; rechts ist das Vestibulum nasi mit Schorf erfüllt, und durch Schwellung jeder weiteren Untersuchung unzugänglich.

In der Mitte des Palatum molle eine längsovale, circa 1·5 Ctm. lange, 0·5 Ctm. breite Perforation; an der linken Seite des Velum eine flache Ulceration; die Uvula fehlt.

Die Untersuchung des übrigen Körpers zeigt ausser einer mässigen indolenten Schwellung der Inguinal- und oberflächlichen Cervicaldrüsen beiderseits nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Inunctionscur; Jodkali.

Während der von dem Patienten übrigens unregelmässig durchgeführten Cur findet zwar ein allmählicher Rückgang der entzündlichen Infiltration der Nasenspitze und des rechten Nasenflügels statt; die Ulceration an ersterer nimmt aber an Tiefe zu und dehnt sich auch auf den rechten Nasenflügel aus. Erst am 24. September 1884 ist sie (nach fünfunddreissig Inunctionen) vernarbt, und erscheint jetzt der freie Rand des rechten Nasenflügels nach aufwärts retrahirt. Rhinoskopischer Befund von diesem Tage: Untere rechte Muschel von etwas höckerigem Aussehen; am Septum cartilagineum eine schorfbedeckte Excoriation. — Die Perforation am Velum erheblich verkleinert, die Ulcerationen desselben überhäutet.

Am 13. October 1884 neues Ulcus an der Innenfläche des rechten Nasenflügels mit Recrudescenz der entzündlichen Schwellung an den unteren Abschnitten der äusseren Nase.

Trotz der sofort wieder begonnenen, mit einer Schwitzcur verbundenen mercuriellen Frictionen und localer Behandlung mit Jodoform nimmt dieses Geschwür dauernd an Umfang zu.

Am 27. November 1884 entzieht sich Patient der weiteren Beobachtung.

Fall 19.

Anamnestiche keine Infection, keine antiluetischen Curen zu eruiren
— *Ulcers am Septum cartilagineum, am Palatum und der Pharynxschleimhaut.*

Ferdinand M., zweiundfünfzig Jahre alt, Schlosser, ist seit ungefähr dreieundzwanzig Jahren verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Aus seiner Anamnese ist ausser einer InguinaldrüsenSchwellung bis auf sein jetziges Leiden nichts Bemerkenswerthes zu erwähnen. Dieses stellte sich im December 1887 mit Undurchgängigkeit der Nase, besonders der rechten Seite, Abschwächung des Riechvermögens, näselnder Sprache und nächtlichem Schnarchen ein; dazu Spicken im rechten Ohre. Die erwähnten Beschwerden veranlassten Patienten am 15. Juli 1888 im Ambulatorium Rath zu suchen.

Objectiv findet man in der rechten Nasenhälfte in sagittaler Richtung am Septum cartilagineum nahe dem Boden der Nasenhöhle verlaufend ein bis auf den Knorpel reichendes, etwa 25 Mm. langes und 4 Mm. breites Ulcus, mit eitrigem Belag bedeckt. Der oberhalb desselben liegende Abschnitt des Septum cartilagineum ist deutlich intumescirt, desgleichen der entsprechende Theil der linken Seite des Septum cartilagineum. In Folge dessen ist ein Ueberblick auf keiner von beiden Seiten über die mittlere Muschel zu gewinnen.

Bei Besichtigung der Mundhöhle findet man fleckweise Verfärbung der Schleimhaut des Gaumens und der Uvula, die sich bei genauer Betrachtung mit feinen weissen Narbenzügen durchsetzt zeigen. Links von der Medianlinie, in Höhe des Gaumengewölbes, ein etwa 3 Mm. langes, 1·5 Mm. breites Ulcus von unregelmässiger Umrandung, bei dessen Sondierung man auf rauhen Knochen stösst. Am seitlichen Abschnitt der Schleimhaut des harten Gaumens, oberhalb der Alveolen der linken vordersten Backenzähne sind zwei oberflächliche, kleine, gleichfalls unregelmässig begrenzte Erosionen zu sehen. An der Pharynxschleimhaut, am unteren Abschnitt des Isthmus faucium, links nahe der Wurzel des Gaumenbogens, eine Ulceration von unregelmässiger Form, in längster Ausdehnung 5 Mm. messend; der grössere Theil der Schleimhaut der pars oralis pharyngis ist geröthet und verdickt.

Die hintere Rhinoskopie, bei der vorläufig nur Rachendach und oberer Abschnitt des Choanendaches der Besichtigung zugänglich ist, ergiebt nichts Besonderes.

Das Hörvermögen ist auf beiden Seiten bedeutend verringert, rechts weder Luft- noch Knochenleitung, links nur Knochenleitung. Otoskopisch findet man starke Röthung und Verdickung des Trommelfells auf der rechten Seite, links Einziehung und ältere Trübungen. Bemerkenswerth ist, dass Patient über keinerlei Beschwerden von Seiten der Mund- und Rachenhöhle klagt; ebensowenig über Kopf- oder neuralgische Schmerzen.

Therapie: Jodkali, Anfangs 2·0, dann 3·0 Gr. Jodoform-Insufflation.

26. Juli. Beginnende Besserung sämmtlicher Mundhöhlenercheinungen.

3. August. Ulcus ad septum jetzt fast geheilt, mit Hinterlassung einer tiefen Rinne, die Mucosa septi oberhalb derselben noch verdickt, auf Berührung leicht blutend. Durchgängigkeit der Nase ist befriedigend, eitrige Secretion nicht mehr vorhanden; ulcera ad palatum gleichfalls in der Heilung. Trommelfell blasst ab, Ohrenscherzen geringer. Ord. idem.

12. August. Nach 70·0 Gr. Kali jodati sind alle Ulcerationen geheilt. Die Röthung und Verdickung des rechten Trommelfells geringer, doch wird noch über Ohrenscherzen geklagt; rechts weder Luft- noch Knochenleitung, links nur Knochenleitung.

Fall 20.

Anamnestisch nichts auf Syphilis Hinweisendes zu eruiien. — Ulcerationen am Septum, an der hinteren Pharynawand und im Cavum pharyngo-nasale. — Gleichzeitig ekthymatöse Efflorescenzen an verschiedenen Hautstellen.

Th., ein dreiundvierzigjähriger Factor, ist nach seiner Angabe vor seiner jetzigen Erkrankung immer gesund und kräftig; in specie nie mit einer venerischen Krankheit behaftet gewesen. Er ist verheiratet und seine Ehefrau, sowie seine drei im Alter von sechs, dreieinhalb und eineindrittel Jahren stehenden Kinder sind gesund. Vor sechs Wochen (Ende October 1884) erkrankte er mit starkem Schnupfen, überaus heftigen, hauptsächlich Nachts auftretenden Kopf-, sowie mit Hals- und Ohrenschmerzen. Er kam dabei so herunter, dass er seit vier Wochen genöthigt ist, das Bett zu hüten; Gurgeln mit Kali chloricum, sowie die Anwendung der Nasendouche besserten den Zustand nicht, vielmehr steigerten sich die schon früher vorhandenen Schluckbeschwerden derart, dass Th. ausser Stande war, feste Speise zu geniessen, und selbst die Aufnahme flüssiger Nahrung nur unter Schmerzen vor sich ging. Herr Dr. Michelson sah den Patienten auf Veranlassung des Herrn Dr. Gentzen am 30. November 1884 zum ersten Mal. Der mittelst Droschke zur Sprechstunde gekommen und von seiner Frau ins Zimmer geleitete Mann ist blass und abgemagert, und macht nach Gangart und Gesichtsausdruck durchaus den Eindruck eines Schwerkranken. Im Gesicht, an der Stirn- und der behaarten Kopfhaut vereinzelte, etwa linsengrosse, ekthymatöse Efflorescenzen; eine grössere Zahl von solchen findet sich auf einem etwa handgrossen Bezirk der Regio femoralis ant. dextra beisammen. Die äussere Nase etwas geschwollen. In der rechten Nasenhälfte eine in gleicher Richtung mit der unteren Muschel verlaufende, mit schwammigen Granulationen bedeckte Ulceration der Mucosa septi; Velum und Uvula entzündlich geröthet. An der hinteren Pharynxwand kommen nach starkem Herabdrücken der Zungenwurzel mit dem Mundspatel mehrere kreisrunde, etwa zwanzigfrankstückgrosse Geschwürsflächen zu Gesichte; eine noch umfangreichere, etwa fünfzigpfennigstückgrosse und vor Allem tiefere Ulceration wird durch Rhinoscopia post. an der hinteren Wand des Cavum pharyngo-nasale nachgewiesen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes. Ordo: Inunctioneür à 4 Gr. pro die., daneben innerlich Jodkali.

Acht Tage nach Beginn der Behandlung erhebliche Besserung sämtlicher Krankheitserscheinungen; die Ekthymaschorfe trocken, ihre Basis nicht mehr infiltrirt. Der Grund der Pharynxgeschwüre hat sich gefüllt. Statt der Granulationswucherung sitzt an der betreffenden Stelle des Septum ein Schorf. — Keinerlei Schmerzen und vor Allem keine Schluckbeschwerden mehr. Der Kräftezustand des Patienten wesentlich gehoben.

Nach zwanzig Inunctionen und Gebrauch von 42 Gr. Jodkali ist das Exanthem ohne Hinterlassung von Narben abgeheilt; die Stellen, an denen früher die kleineren Pharynxgeschwüre gesessen hatten, markiren sich kaum noch. Die ulcerirten Partien des Cavum pharyngo-nasale sowie der Mucosa septi mit dünnem Schorf bedeckt.

Am 20. März 1885, nach fünfzig Inunctionen und Gebrauch von 72 Gr. Jodkali hat eine völlig solide Ueberhäutung auch dieser letzten Geschwürsflächen stattgefunden.

4. December 1887, Controluntersuchung. Allgemeinbefinden vortrefflich. Pharynxschleimhaut blass, atrophisch; Velum etwas verkürzt, dünner als unter normalen Verhältnissen. Untere rechte Muschel atrophisch, markirt sich nur als leistenförmiger Vorsprung. Mittlere Muschel gleichfalls atrophisch, von straff anliegender dünner Schleimhaut bedeckt.

Fall 24.

Syphilitische Infection 1867. Keine antisymphilitischen Curen. Auftreten des Nasen- und Halsleidens 1881. Ulcerationen an der hinteren Wand des Nasenrachenraumes, am Velum und an der Uvula. — Heilung mit Verkürzung und Atrophie des Velum.

Frau K., Kürschnersfrau, vierzig Jahre alt, ist bis zu ihrer, in ihrem neunzehnten Lebensjahre erfolgten Verheirathung stets gesund gewesen. Die ersten beiden Kinder, welche sie in der Ehe gebar, kamen gesund zur Welt, starben aber früh. 1867 wurde die damals wiederum gravide Frau von ihrem Ehemann inficirt. Unter Anwendung der ärztlicherseits verordneten, lediglich localen Mittel heilten die an den Genitalien vorhandenen wunden Stellen; irgend eine specifische Cur durchgemacht zu haben, stellt Patientin bestimmt in Abrede.

Das einige Monate nach der Erkrankung zur Welt gekommene Kind war syphilitisch und starb im Alter von einem halben Jahre. Die acht übrigen Kinder, die Patientin noch zur Welt brachte und die sie sämmtlich selbst nährte, blieben am Leben.

Im Sommer 1881 Verstopfung der Nase und vollkommener Verlust des allerdings von jeher schwachen Riechvermögens; im September Schluckbeschwerden, bestehend in lebhaften Schmerzen beim Geniessen fester und im Regurgitiren flüssiger Nahrung durch die Nase. Letzteres verschwand nach einiger Zeit wieder durch die zunehmende Schwellung im Halse. Die der Patientin verordneten hydropathischen Umschläge um den Hals, sowie Gurgeln mit Kali chloricum blieben ohne Erfolg und trat dieselbe am 6. December 1881 auf Veranlassung des Herrn Dr. Wedel in die Behandlung des Herrn Dr. Michelson. Dieser nahm an genanntem Tage folgenden Status auf:

Patientin ist eine kräftig gebaute Frau, Sprache nâselnd. Ihr Appetit ist geringer wie früher, Schlaf gelegentlich durch Trockenheit im Halse gestört. Ihre Klagen beziehen sich auf Halsschmerzen, besonders beim Schlucken, Verstopfung der Nase, Beeinträchtigung des Gehörs. Objectiv zeigt sich die Schleimhaut des weichen Gaumens und der Uvula verdickt und durch eine etwas ins Livide fallende Röthung deutlich verfärbt. Beim Phoniren sieht man eine abnorm geringe Ausgiebigkeit der Bewegungen des Velum; auch seine Reflexerregbarkeit ist herabgesetzt. Nach Abziehen des Velum wird der untere Abschnitt eines, der hinteren Wand des Nasenrachenraumes aufsitzenden, mehrere Millimeter tiefen Geschwürs bemerkbar. Der Grund desselben ist grösstentheils mit speckigem Belag bedeckt, aus dem nur vereinzelte, leicht blutende Granulationen hervorragen.

Durch Spiegeluntersuchung wird festgestellt, dass dieses Ulcus nach oben hin noch auf einen Theil des Fornix und seitlich auf den linken Tubenwulst übergreift; letzterer erscheint zugleich wallartig infiltrirt. Ein Freiliegen der knöchernen, respective knorpeligen Unterlage ist in dem Bereich dieses umfangreichen Geschwürs nirgends zu ermitteln. Ferner zeigt die Spiegeluntersuchung die pharyngeale Fläche des weichen Gaumens und der Uvula gleichfalls ulcerirt.

Die Schleimhaut der Nasenhöhlen, soweit sie der rhinoskopischen Besichtigung zugänglich ist, bietet keine ähnlichen Veränderungen dar, sie ist eher blass und schlaff, selbst an den luftkissenartig geschwollenen unteren Muscheln. Der Geruch von stark duftenden Substanzen, wie Jodoform, wird nicht percipirt.

Die Prüfung des Gehörs ergiebt, dass Knochenleitung vorhanden ist. Beide Trommelfelle, besonders aber das linke, stark retrahirt.

An Haut und Lymphdrüsen, wie am übrigen Körper nichts Abnormes.

Unter Gebrauch einer Cur von im Ganzen 50 Inunctionen à 3 Gr. und gleichzeitiger Anwendung von Jodkali fand bis zum 23. März 1882 eine allmälige Besserung sämtlicher Krankheitserscheinungen statt.

Controluntersuchung am 3. November 1887: Das subjective Befinden der Patientin lässt nichts zu wünschen übrig. Ihre Sprache wohltonend, ohne jeden nasalen Beiklang; keinerlei Schluckbeschwerden. Das Velum palatinum etwas verkürzt, blass und atrophisch aussehend.

Die Mucosa der hinteren Wand des Cavum naso-pharyngeum in ihrem blassen trockenen Aussehen von unverkennbar narbiger Structur; ihr oberer Abschnitt adhärirt linkerseits der pharyngealen Fläche des Velum mittelst eines lockeren, schleimhautähnlichen Gewebes, das wie eine vorgeschobene Coulissee das unterste Segment der linken Choane und das Ostium pharyng. tubae sinistr. deckt. Hörweite für das Ticken der Taschenuhr links 35, rechts circa 50 Ctm. Das linke Trommelfell sehr stark eingezogen.

Fall 22.¹⁾

„Schanker“ im Jahre 1874; keine antiluetischen Curen. Beginn des Nasenleidens 1884; Beschwerden von Seiten des Halses 1886. Ulceration am Septum; Perforation und Geschwüre am Velum, der Uvula und den Gaumenbögen. Himbeerartig verdickte Epiglottis.

Herr H., Kaufmann, einunddreissig Jahre alt, acquirirte im Jahre 1874 einen „Schanker“ am Bändchen; ein Jahr darauf „ein Quäschen“ an der Eichel. Seitdem wiederholt leichtes Wundsein an Vorhaut und Eichel, das nach Carbolwasser-Umschlägen bald zu verschwinden pflegte. 1876 operative Behandlung einer Mastdarmfistel in der chirurgischen Universitätsklinik. Von sonstigen syphilisverdächtigen Krankheits-Erscheinungen weiss Patient nichts zu berichten; eine antiluetische Allgemeineur hat er nie durchgemacht. 1884 Verheirathung; die aus der Ehe hervorgegangenen drei Kinder starben jung. Ein Bruder des Patienten starb im fünfundzwanzigsten Lebensjahre an der Schwindsucht.

Die ersten Anzeichen einer Erkrankung der Nase datiren bis zum Jahre 1884 zurück, und bestanden damals in Anschwellung der äusseren Nase, sowie Schorfbildung im Innern derselben.

1885 eine von der Nasengegend ausgehende Gesichtsrose, die sich im nächsten Jahre mehrmals wiederholte, und nach der eine partielle Undurchgängigkeit der Nase, sowie eine starke eitrige, borkenuntermischte, oft blutiggefärbte Secretion bestehen blieb. Eine Abnahme des Riechvermögens wurde nicht bemerkt.

Im September 1886 Heiserkeit und seit den letzten Monaten Schlingbeschwerden und gelegentliches Hineingelangen von Speisepartikeln in die Nasenhöhle.

Nachdem neuerdings noch Athemnoth bei stärkerer Körperbewegung hinzugetreten war, consultirte Patient Herrn Prof. Jaffe, der ihn an Herrn Dr. Michelson überwies. Dieser nahm am 20. Januar 1888 folgenden Status auf:

Patient ist ein kräftig gebauter, gut genährter Mann. Die äussere Nase im Bereich der Nasenspitze, der linken Seitenwand und des Nasenrückens deutlich geschwollen. Das Vestibulum narium beiderseits excoriirt, mit eitrigen, theilweise zu Borken incrustirten Secreten bedeckt. In der linken Nasenhälfte, am Septum, gegenüber dem vorderen Abschnitte der unteren Muschel eine rundliche, mit Granulationen ausgefüllte, bis auf den Knorpel reichende Ulceration. Die histologische wie bacteriologische Untersuchung der mit dem scharfen Löffel aus dem Grunde dieses Geschwüres ausgehobenen Granulationen, sowie des oben erwähnten Secretes auf Tuberculose ergibt ein negatives Resultat.

¹⁾ Schon auszugsweise mitgetheilt von Michelson, l. c. p. 20.

Bei der Inspection der Mundhöhle finden sich an der Uvula, an der mittleren Partie des Velum und beiderseits an den Gaumenbögen unregelmässig geformte, mehr weniger tiefgreifende, stellenweise ziemlich steilrandige, mit höckerigen Granulationen angefüllte Geschwüre, in deren Umgebung die Schleimhaut sammtartig geröthet ist. An der rechten Seite des Velum eine circa 2 Mm. im Durchmesser haltende Perforation.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigt sich die Epiglottis stark verdickt und bei Sondenberührung abnorm resistent; ihre intensiv geröthete, von granulationsartigen Erhabenheiten dicht besetzte Oberfläche hat ein himbeerartiges Aussehen, die stark nach hinten übergeneigte, auch beim Phoniren unverändert bleibende Stellung des Kehlkopfs verhindert den Einblick in das Kehlkopf-Innere.

Die Untersuchung des übrigen Körpers, in specie auch der Lungen, ergibt nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Jodkali. Anfänglich 20, später 25 Gr. pro die.

Am 10. Februar 1888, nach Gebrauch von 40 Gr. Jodkali, hat die Schwellung der äusseren Nase sich erheblich verringert. Die Ulceration am Septum ist überhäutet; nur an der inneren Bedeckung der Nasenflügel noch oberflächliche Excoriationen. Die Ulcerationen in der Mundhöhle zum grössten Theile vernarbt, die Perforation geschlossen. Die Epiglottis, die nicht mehr so stark geröthet und geschwollen, lässt sich jetzt mit der Sonde aufheben und die dadurch ermöglichte laryngoskopische Besichtigung zeigt, dass im Kehlkopf-Innern keine pathologischen Veränderungen mehr vorhanden. Diesem objectiven Befunde entspricht auch das subjective Befinden des Patienten, wodurch er veranlasst wird, sich der weiteren Behandlung zu entziehen. Als er sich im Juni 1888 wieder vorstellt, giebt er an, Jodkali auf eigene Hand weitergebraucht zu haben. Die Ulcerationen der Mundhöhle sind jetzt vollkommen geheilt. Das Ergebniss der rhinoskopischen und laryngoskopischen Besichtigung genau wie am 10. Februar 1888.

Fall 23.

Syphilitische Infection 1880; viertägige Inunctionscur. 1882 Erosionen an der Tonsillarschleimhaut und Perforatio veli, Laryngitis syphilitica, zugleich Psoriasis syphilitica und Polyadenitis; Inunctionscur. 1884 Rhinitis syphilitica. 1888 Ulcus an der hinteren Wand des Cavum nasopharyngeum. Heilung unter internem Gebrauch von Jodpräparaten.

Lina Bl., dreissig Jahre alt, Puella publica.

Sie giebt an, vor sechs oder sieben Jahren einen linksseitigen Bubo gehabt zu haben; vor zwei Jahren acquirirte sie im achten Monat einer Gravidität einen harten Schanker, der nach einer viertägigen Inunctionscur in einer Krankenanstalt geheilt sein soll, worauf dann Patientin von einem gesunden, noch jetzt lebenden Mädchen entbunden wurde. Während des

letzten Jahres (1882) hat sie zwei Aborte durchgemacht. Seit einer Reihe von Wochen haben sich ein Hautausschlag und Halsschmerzen und neuerdings auch Heiserkeit eingestellt.

Am 11. December 1882 nahm Herr Dr. Michelson folgenden Status auf: Patientin ist eine kräftig gebaute, gut genährte Person. An Rumpf und Extremitäten ein psoriasisartiges Syphilid; Polyadenitis; Erosionen an der Tonsillarschleimhaut. An der rechten Seite des Velum, nahe der Uvula eine rundliche Perforation von etwa 5 Mm. Durchmesser.

Laryngoskopisch: Infiltration der Taschenbänder, grauröthliche Verfärbung und stark entzündliche Schwellung der Interarytänoid-Schleimhaut; dieselbe bedingt beim Phoniren ein abnorm starkes Klaffen des hinteren Abschnittes der Rima glottidis.

Unter einer Cur von 35 Inunctionen verschwinden die Krankheits-Erscheinungen der Haut, Tonsillen und Larynxschleimhaut.

Am 22. Mai 1884 stellt Patientin sich von Neuem vor, mit Klagen über hartnäckigen Schnupfen und Trockenheit und Schmerzen im Halse.

Rhinoscopia ant.: Starke Schwellung der vorderen Enden der unteren Muscheln verhindern einen tiefen Einblick in das Naseninnere.

Rhinoscopia post.: Auftreibung am hintern Ende des Septum, etwa in der Höhe der oberen Muscheln; die Schleimhaut im Bereich dieser Intumescenz, in beiden Nasenhälften mit Eiter bedeckt, anscheinend ulcerirt.

Nach interner Behandlung (Protojoduret-Pillen) verringert sich die Infiltration der unteren Muscheln. Am 4. Juni 1884 wird eine au niveau mit der rechten unteren Muschel verlaufende, seichte ulceröse Furche an der Nasenscheidewand ermittelt.

Nach Verbrauch von im Ganzen 4 Gr. Protojoduret sind sämmtliche erwähnten pathologischen Veränderungen, ohne Spuren zu hinterlassen, geheilt.

Am 25. Juli 1888 stellt sich Patientin wieder vor. Sie giebt an, im Jahre 1885 eine Gesichtsrose durchgemacht, dann öfters Hautausschläge und Halsschmerzen gehabt zu haben.

Am 10. Februar 1888 ist sie von einem ausgetragenen, in Folge von Nabelschnur-Verschlingung todt zur Welt gekommenen Knaben entbunden, auf dessen Haut Blasen vorhanden gewesen sein sollen.

Seit zwei Monaten hat sich bei ihr eine ziemlich starke, eiterartige, zuweilen blutig gefärbte Absonderung aus der Nase zugleich mit Schmerz beim Schlucken eingestellt.

Objectiver Befund: In der Nasenhöhle ausser mässiger Hyperplasie der unteren Muscheln nichts Bemerkenswerthes.

Velum atrophisch, an der oben bereits beschriebenen Stelle perforirt. Rachenschleimhaut in der Gegend des Isthmus faucium theilweise mit zähem eitrigem Secret bedeckt. Nach Abziehen des Velum zeigt sich

an dem unteren Theile der hinteren Wand des Cavum naso-pharyngeum ein pfennigstückgrosses, rundes, nicht gerade tiefes Ulcus.

Bei Rhinoscopia post. zeigt sich ferner eine Erosion von gleichfalls rundlicher Form an der Schleimhaut des Rachendaches.

7. August 1888. Beide Schleimhautdefecte haben sich nach Gebrauch von 30 Gr. Jodkali überhäutet.

Fall 24.

In der Anamnese keine Anhaltspunkte für Lues; ausser einer geschwollenen Cervicaldrüse keine anderweitigen suspecten Erscheinungen. Sattelnase geringeren Grades. Umfangreicher Defect des Septum cartilagineum; Perforation des harten Gaumens.

Martha S., vierundzwanzig Jahre alt, Puella publica, litt im Jahre 1880 an einem Ausfluss aus der Scheide; brachte 1882 ein Kind zur Welt, das bald nach der Geburt auf dem rechten Auge erblindete, sonst aber gesund gewesen sein soll. Patientin selbst war bis zum Herbste vorigen Jahres gesund, zu welcher Zeit sich Beschwerden von Seiten der Nase einstellten, die in eitriger Secretion und Verstopfung, Beschränkung des Riechvermögens und Fötor, sowie Beeinträchtigung des Geschmacks bestanden. Kopf- oder Gesichtsschmerzen waren nicht vorhanden. Patientin wandte sich deshalb an ein hiesiges poliklinisches Institut, woselbst ihr Ausspülungen der Nase mit Salzwasser und Soda und Pulver-Einblasungen applicirt wurden. Da der Zustand sich unter dieser Behandlung etwas besserte, so unterbrach Patientin die Cur, wurde aber im Sommer durch erneute und heftigere Beschwerden gezwungen, wiederum die Hilfe der erwähnten Poliklinik in Anspruch zu nehmen. Zugleich stellte sich damals eine Anschwellung der äusseren Nase und Röthung der Haut an der rechten Seite der knöchernen Nase ein. Nun wurde ihr eine wasserklare Medicin, dreimal täglich ein Esslöffel (Jodkali?), verordnet, von der sie vier Flaschen mit grossen Unterbrechungen gebrauchte. Im Monat Juni begann sich eine Einsenkung des Nasenrückens zu zeigen. Seit vier Wochen besteht Thränenträufeln auf dem linken Auge und klagt Patientin über Sausen im Kopf und Belegtsein der Ohren.

Status vom 4. November 1888: Patientin ist ein kräftiges, aber blass aussehendes Mädchen. Die äussere Nase zeigt am Nasenrücken, und zwar vorwiegend an der rechten Seite desselben eine deutliche Depression, sie erscheint etwas verkürzt; die Basal-Ebene ein wenig frontalwärts dislocirt. Die bedeckenden Weichtheile anscheinend nicht geschwollen; doch ist die äussere Nase auf Druck empfindlich. Die rhinoskopische Untersuchung zeigt am Septum cartilagineum einen umfangreichen von ulcerirter Schleimhaut bedeckten Defect; auch an der Seitenwand des Nasen-Innern, und zwar sowohl im Vestibulum nasi, als auch an den Bedeckungen der unteren Muschel finden sich oberflächliche Excoriationen.

Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle findet sich in der Medianlinie des harten Gaumens ein rundliches, etwa 2 Mm. im Umfang haltendes Ulcus mit gerötheter Umgebung; im Grunde desselben stösst die 1 Ctm. tief eindringende Sonde auf rauhen Knochen. Patientin fühlt die Sonde in der Nasenhöhle und sieht man nach der Sondirung an der hinteren Rachenwand etwas Blut hinabfliessen. Auch am weichen Gaumen und den Gaumenbögen fleckweise Röthung. Am oralen Theil der Pharynxschleimhaut ältere Narben.

Am Halse fällt rechterseits schon bei der Inspection eine wallnuss-grosse, geschwollene Lymphdrüse auf. Sonst nichts Bemerkenswerthes.

Therapie: Schwitzcur, Holzthee. Kali jodati 3·0 pro die. Oertlich: Jodoform-Insufflationen.

Patientin stellt sich nur unregelmässig vor und entzieht sich der weiteren Behandlung, nachdem bis Februar 1889 sämmtliche Krankheitserscheinungen gebessert und das perforirende Ulcus am palatum durum geheilt ist.

Fall 23.

Syphilitische Infection 1881. Vierwöchentliche Behandlung. Beginn des Nasenleidens 1883. Neue Attaque 1887. Umfangreiche Zerstörungen am Septum, geringere am Velum. Drüsenschwellungen. — Heilung mit Atrophie der Muscheln und narbigen Veränderungen der Mundrachenhöhle.

Anna M., vierundzwanzig Jahre alt, Kellnerin, ist im Jahre 1881 inficirt worden und hat damals wegen „Wundseins an den Genitalien“ eine vierwöchentliche Cur (Inunctionscur?) durchgemacht; anderer Krankheits-Erscheinungen aus jener Zeit weiss sie sich nicht zu erinnern. Zwei Jahre später trat Undurchgängigkeit der Nase, Verlust des Riechvermögens und Kopfschmerz — hauptsächlich in der Schläfengegend — ein. In einem poliklinischen Institute wurde ihr aus der rechten Nasenhälfte ein „Polyp“ herausgeschnitten, dann häufige Beizungen mit Höllenstein ausgeführt und später auch Jodkalium verordnet. Ihr Zustand besserte sich dann im Verlaufe weniger Wochen und Patientin blieb bis zum Sommer 1887 gesund. Um diese Zeit stellte sich wieder Verstopftsein der Nase und übelriechende eitrige Secretion aus derselben ein; zugleich machte sich eine erhebliche Verringerung des Gehörvermögens auf dem rechten Ohre bemerkbar. In dieser Zeit schnäuzte Patientin mehrere kleine Knochenstückchen aus; ein grosses Stück gelangte in den Schlund und wurde von der Patientin von dort mit dem Finger herausbefördert. Aerztlichen Rath suchte sie damals nicht auf, sondern nahm auf eigene Hand Jodkalium. Im Verlaufe weniger Wochen verschwanden dann wieder sämmtliche Beschwerden und erfreute die Kranke sich bis Ende December eines im Ganzen ungestörten Wohlbefindens. Starke Menorrhagien (durch Abort bedingt?) nöthigten sie bis zum 3. Januar 1888, das Bett zu hüten. Während dessen

stellten sich von Neuem Kopf- und Gesichtsschmerzen, vorwiegend linksseitig, ein, die nach Empfindung der Patientin ihren Ausgang vom Nasen-Innern nahmen und sich zeitweise — gewöhnlich Abends — zu unerträglicher Heftigkeit steigerten. Neben diesen Krankheits-Erscheinungen ist es hauptsächlich ein Gefühl von Brennen und Schwere in den Augen, sowie ein seit vierzehn Tagen bestehendes Thräenträufeln, worüber Patientin zu klagen hat, als sie sich am 10. Januar 1888 Herrn Dr. Michelson vorstellt. Derselbe nimmt folgenden Status auf:

Hautfarbe sehr blass, Gesichtsausdruck leidend, das linke Augenlid hängt etwas herab, kann jedoch unwillkürlich gehoben und gesenkt werden. Die Form der äusseren Nase ist nicht verändert; Druck auf das knöcherne Gerüst derselben wird — besonders links — als empfindlich bezeichnet. Geruchsempfindung fehlt vollkommen; mässiger Foetor ex naribus; die Sprache etwas näselnd.

Rhinoskopisch: Am hinteren unteren Abschnitt der Nasenscheidewand ein Defect von circa 2 Ctm. Länge, dessen Umrandungen grösstentheils ulcerirt sind. Rechts, dicht vor derselben, eine eiterbedeckte Granulationswucherung, in deren Grund die Sonde auf rauhen Knochen stösst. Etwas weiter vorwärts, dem Vorderende der unteren Muschel gegenüber eine unregelmässig begrenzte Ulceration der Mucosa septi. Beide unteren und mittleren Muscheln, soweit sie der Untersuchung zugänglich sind, mit blasser, atrophischer Schleimhaut bekleidet. Rechts besteht zwischen convexer Fläche der unteren und der unteren Partie der mittleren Muschel eine membranöse Adhäsion.

Die Pharynxschleimhaut sowohl im Bereich des Cavum pharyngo-nasale, wie der Pars oralis atrophisch aussehend, von Narbenzügen netzartig durchsetzt. Das Velum palatinum gleichfalls atrophisch. Die Uvula ist durch Narbengewebe nach rechts dislocirt; nahe ihrer Basis eine erbsengrosse Perforatio veli.

Die Untersuchung des übrigen Körpers weist das Vorhandensein einiger mässig geschwollener, etwa lambertsnussgrosser Cervicaldrüsen und eine kaum haselnussgrosse linksseitige Cubitaldrüse, sonst aber nichts Bemerkenswerthes nach.

Behandlung: Calomelöl-Injectionen (Calomel 1 : Öl. provinc. 10 in die Glutäalgegend). Jodkali, anfänglich 2·0, dann 2·5 Gr. pro die. Oertlich: Ausspülungen der Rachenhöhle mit vierprocentigem Borwasser und Jodoform-Insufflationen.

Unter dieser Therapie allmählig fortschreitende Besserung sämtlicher Krankheits-Erscheinungen; die fungösen Granulationen um die Perforationsstelle involviren sich, nachdem ein dünner oblonger Sequester von ungefähr 13 und 7 Mm. Durchmesser, in der letzten Februarwoche entfernt ist.

Am 9. Mai 1888 stellt Patientin sich nach einer Reise wieder vor. Sie hat inzwischen Jodkalium weitergebraucht, sieht blühend wohl aus und fühlt

sich auch dementsprechend. Eine Difformität der äusseren Nase ist nicht vorhanden, obwohl der Defect jetzt einen sehr erheblichen Theil der knöchernen Scheidewand betrifft. Von derselben ist nämlich (wie durch vordere und hintere Rhinoskopie constatirt wird) nur noch der obere, etwa bis zum oberen Rande der mittleren Muschel reichende Abschnitt erhalten. Vom unteren Theile des Septum osseum nur noch ein etwa 3—4 Mm. hoher leistenförmiger Vorsprung am Boden der Nasenhöhle.

Die Nasenhöhle ist durch den weiteren Fortschritt der Muschel-Atrophie abnorm geräumig.

Im Cavum narium und naso-pharyngeum Borken. Nach Ausspülung desselben zeigen sich nirgends mehr Ulcerationen.

Im Januar 1889 stellte Patientin sich wiederum im Ambulatorium mit der Klage über Heiserkeit, Schwächegefühl und zeitweise Schwindelanfälle vor. Sie sah hochgradig anämisch aus. Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Bemerkenswerthes. Laryngoskopisch wurde Röthung und mässige Verdickung beider wahren Stimmbänder bei blassem Aussehen der übrigen Kehlkopf-Auskleidung constatirt. Rhinoskopisch nichts Neues. Nach mehrwöchentlichem Gebrauch von 20—25 Gr. Jodkali pro die, bei gleichzeitiger Application von Eisenpräparaten und roborirender Diät verschwanden sämtliche Beschwerden und erholte sich Patientin derart, dass sie seitdem wieder eine Stelle antreten konnte.

Fall 26.

Infection. 1878 (?). Sublimat-Injectionen. 1879 Halsbeschwerden. Beginn des Nasenleidens 1881. Sattelnase. Umfangreicher Defect des Septum. Destructionen des weichen Gaumens. Ulcerationen an beiden Stimmbändern und der Interarytänoid-Schleimhaut.

Johanna W., zweiunddreissig Jahre alt, Wäscherin, unverheiratet, wurde Anfangs April 1878, nachdem sie zwei Monate vorher von einem todtten Mädchen entbunden war, wegen constitutioneller Syphilis in eine Berliner Kranken-Anstalt aufgenommen; daselbst eine Cur von fünfundzwanzig Sublimat-Injectionen, im Anschlusse an dieselbe noch eine Schwitzcur bei gleichzeitigen Seifenbädern von siebzehntägiger Dauer; später wiederholt Geschwüre. 1879 wegen „Halsbeschwerden“ acht Tage in einem Königsberger Hospital mit Jodkalium behandelt. 1881 Anschwellung der äusseren Nase und übler Geruch aus derselben, sowie heftiger Kopfschmerz. Behandlung mit Jodkalium und Ausspülungen der Nasenhöhle mittelst der Douche mit essigsaurer Thonerde und Alaun. Nach Abgang von Knochensplittern fing dann der Nasenrücken an, einzufallen. Am 4. August 1885 gab Patientin einem Mädchen das Leben, bei welchem sich zwei Wochen später Hautausschlag zeigte, und das im Alter von acht Wochen im städtischen Krankenhause starb. Während dieser Gravidität hatte Patientin zum ersten Male über Heiserkeit zu klagen, die jedoch nach mehrwöchentlicher Dauer verschwand.

Erneute Heiserkeit im Winter 1885/86, dann im Sommer Besserung, ohne dass jedoch der frühere helle Stimmklang wiederkehrte. Nachdem Weihnachten 1886 vollkommene Aphonie sich eingestellt hatte, sah Patientin sich endlich veranlasst, wiederum ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, und zwar wurden ihr jetzt neben Jodkalium Tannin-Inhalationen verordnet. Als eine Besserung bis zum 12. Mai 1887 nicht erzielt war, wandte sich Patientin an Dr. Michelson und wurde von diesem folgender Befund erhoben: Aeusserer Nase bietet den Typus der sogenannten Sattelnase dar. Rhinoskopisch wird ein Defect des grösseren Theiles des Septum osseum und des hinteren Abschnittes des Septum cartilagineum festgestellt. An der rechten Seite des Velum eine umfangreiche strahlige Narbe. Durch Narbenschumpfung ist diese Seite des weichen Gaumens verkürzt und Uvula und Gaumenbögen entsprechend verzogen.

Laryngoskopische Untersuchung erschwert durch Rücklagerung der Epiglottis, lässt Ulcerationen an beiden Stimmbändern und an der Interarytänoid-Schleimhaut erkennen.

Patientin ist schwächlich gebaut, fühlt sich, abgesehen von ihrer Heiserkeit wohl, hat guten Appetit und Schlaf, giebt aber an, in letzter Zeit erheblich abgemagert zu sein. Die Lungen sind normal.

An der Stirnhaargrenze Ulcerationen, die seit neun Monaten bestehen sollen.

Behandlung: Inunctionscur à 3 Gr. und anfänglich 2·0, später 2·5 bis 3·0 Gr. Jodkali pro die.

Nach Gebrauch von fünfunddreissig Inunctionen und etwa 30 Gr. Jodkali ist die Heiserkeit der Patientin beseitigt, laryngoskopisch jedoch noch eine deutliche Infiltration der laryngealen Fläche der hinteren Kehlkopfwand nachweisbar, die bei gelegentlicher stärkerer Anschoppung zum Recidiviren der Heiserkeit führt. Eine Heilung der Geschwüre der Kopfhaut ist bis zum 1. Juli (nach fünfundzwanzig Inunctionen) erzielt. Patientin hat auf unsere Verordnung bis zum November 1888 wiederholt in etwa acht- bis zehnwöchentlichen Intervallen noch Jodkalium (gewöhnlich zehn Dosen à 2 Gr.) gebraucht, und befindet sich bis zum heutigen Tage, abgesehen von der erwähnten Disposition zur Heiserkeit, wohl.

Fall 27.

Infection 1871. Einige Einreibungen. Drei Jahre später Beginn des Nasenleidens. Sattelnase, Perforatio septi. Umfangreiche Defecte am Velum, Gaumenbögen und Tonsillen. Laryngitis syphilitica. Auftreibung des linken Kniegelenkes.

Wilhelmine N., Schuhmachersfrau, 48 Jahre alt, seit ihrem sieben- undzwanzigsten Jahre verheiratet. In den ersten drei Jahren ihrer Ehe hatte Pat. drei gesunde Kind·r. Im Jahre 1871 inficirte sie ihr aus dem

Feldzuge heimkehrender Mann. Es folgten: Ausschlag am ganzen Körper, Drüenschwellungen, besonders der Cervicaldrüsen, und Halsschmerzen. Frau N. machte dann eine Inunctionscour von nur wenigen Einreibungen durch und bekam innerlich Jodkali, worauf sich der Zustand in einigen Wochen besserte. Später hat sie sich dann öfter in längeren Zwischenräumen wegen „Halsschmerzen und Husten“ an den Arzt gewendet und Jodkali gebraucht, einmal auch drei Einspritzungen in die Schultergegend bekommen. Beschwerden von Seiten der Nase traten drei Jahre nach der Infection auf und führten schliesslich, nachdem sie sich eines Tages einen feinen langen Knochensplitter aus der Nase entfernt hatte, zu der jetzigen Form der Nase. Vor etwa drei Monaten stellten sich heftige Schmerzen in den Beinen, besonders beim Aufstehen, und Reißen in allen Gliedern ein, weshalb sie sich jetzt an die chirurgische Poliklinik wandte, von der aus sie dem Ambulatorium zur Mitbeobachtung freundlichst überwiesen wurde.

Status vom 22. März 1889.

Sattelnase; Perforatio septi in länglicher etwas unregelmässiger Form am hinteren Theile der knorpeligen und dem vorderen Theile der knöchernen Scheidewand, in Höhe etwa der mittleren Muschel. Umfangreiche Defecte am Velum, Gaumenbögen und Tonsillen, besonders der rechten, bei Erhaltung der Uvula. Ausgedehnte Narbenbildung an der Pars nasalis und oralis pharyngis.

Laryngoskopisch: Membranöse Verwachsung der vorderen Enden der falschen Stimmbänder in einer Ausdehnung von circa 3 Mm. Verdickung des Schleimhautüberzuges am freien Rande des linken Stimmbandes, in dessen Mitte dadurch ein kurzer, schmalkantiger Vorsprung zu Stande kommt. Diesem Befunde entsprechend hat die Stimme einen belegten Klang.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Abnormes, ausser einer Auftreibung des linken Kniegelenkes und Druckempfindlichkeit der Epiphysen, welche Erscheinungen sich unter Anwendung der ihr von der chirurgischen Poliklinik verordneten äusserlichen und innerlichen Application von Jodpräparaten bessern.

Nach der ausführlichen Mittheilung dieser Krankengeschichten glaube ich von einem allgemeinen Bilde der pharyngo-nasalen Syphilis Abstand nehmen zu können.

Eine Schilderung der Syphilis des Nasenrachenraumes als solcher zu geben, dürfte wohl schwer fallen, da man derselben isolirt nur selten begegnet. Unter den subjectiven Erscheinungen welche die dort localisirten Affectionen hervorrufen, stehen Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Schmerzen in den Ohren, Ver-

schlechterung des Gehörs im Vordergrunde, was Alles aus den anatomischen Verhältnissen ja ohne Weiteres verständlich ist.¹⁾

Hervorzuheben ist, dass Syphilis des Nasenrachens bestehen kann, ohne irgend eine erkennbare Veränderung in der Mundrachenhöhle, speciell ohne die bisher für pathognomonisch erachtete entzündliche Schwellung und Verfärbung der oralen Fläche des Velum. Diese tritt eben offenbar nur auf bei tiefgreifenden Ulcerationsprocessen, die sich an der nasalen Fläche desselben abspielen. — Dass dem so ist, dafür liefert unser Fall Nr. 15, auf den ich später noch zurückkomme, einen, wie ich glaube unumstösslichen Beweis. Derartige Fälle scheinen nicht einmal so ausserordentlich selten zu sein; gerade in diesen Tagen machte Herr Dr. Michelson, wie er mir mittheilte, wiederum eine derartige Beobachtung, und vor Jahren bereits wurde ein hieher gehöriger Fall von Zaufal²⁾ publicirt.

Auch eine Combination mit Syphilis der Mundrachenhöhle ändert an dem von Michelson für die Nasensyphilis³⁾ entworfenen Bilde keinen Zug, sondern fügt ihm nur einige neue, indess altbekannte hinzu: Beschwerden von Seiten des Halses, Schmerzen beim Schlucken, bei der Aufnahme fester Nahrung, eventuell das Hineingelangen flüssiger Nahrung in die Nasenhöhle (bei Perforationen des Velum und des Palatum), näselnder Sprachklang.

Die zusammenfassende Betrachtung obiger Krankengeschichten lehrt nun folgende Thatsachen:

Was erstens die Diagnose betrifft, so ist schon darauf hingewiesen worden, dass sie in der ersten Zeit des Bestehens dieser Affectionen schwierig — in einzelnen Fällen nur ex juvenibus zu stellen ist. Als Stützpunkte für die Diagnose dienen uns: Das rhinoskopische Bild, die Anamnese und die Exploration des übrigen Körpers. Von wie zweifelhaftem Werthe die beiden

¹⁾ Siehe auch Moldenhauer l. c. pag. 121 ff.

²⁾ Die Plica salpingopharyngea (Wulstfalte) von E. Zaufal. (Archiv für Ohrenheilkunde, 15. Band, 1880, S. 121.)

³⁾ l. c. pag. 6 ff.

letzteren Factoren gerade für die Spätformen der Syphilis sind, ist bekannt, und das beweisen auch aufs Neue unsere Krankengeschichten. In diesen 27 Fällen ergab die Untersuchung des übrigen Körpers nur achtmal ein positives Resultat.

Die Anamnese liess uns in sechs Fällen ganz im Stich, was noch ein relativ günstiger Procentsatz zu sein scheint.

Wenden wir uns nun den Erscheinungen von Seiten der Nase selbst zu, so hat bereits Michelson darauf hingewiesen, dass „längere Zeit bestehende Undurchgängigkeit der Nase, nasales Sprachtimbre, und Beeinträchtigung des Riechvermögens, selbst bei Personen mit specifischen Antecedentien noch keineswegs zur Diagnose der Nasensyphilis berechtige“. Ebenso wenig könne die Beschaffenheit des Secretes als irgendwie charakteristisch gelten.

In Bezug auf das Riechvermögen behauptet Mauriac¹⁾, dass es, besonders wenn die Affectionen in den hinteren Partien der Nasenhöhle localisirt sind — immer erloschen ist. In unseren 27 Fällen ist eine Beeinflussung desselben überhaupt nur 13mal constatirt; eine vollkommene Anosmie fand nur in in sieben Fällen statt. Aber auch der Fötör, dem vielfach bei der Diagnose der ulcerösen Nasensyphilis eine grosse Rolle vindicirt worden ist — scheint dieselbe nicht zu verdienen. Wenigstens ist derselbe in unseren 27 Fällen nur sechsmal notirt. Schlüsse aus der Art des Fötors zu ziehen, kann, bei solch' seltenem Vorkommen, nur von relativem Werthe sein. Allerdings lässt es sich nicht in Abrede stellen, dass für einen mit feinem Riechvermögen begabten Beobachter der widerlich-süssliche Fötör der Ozaena simplex, der häringslakeähnliche Geruch des Secretes bei Empyem der Highmorshöhle sich von dem durch Gewebsnekrose bedingten Fötör der „Ozaena syphilitica“ unterscheidet.

Nicht mehr differenzirbar aber ist er von dem auf gleichen Verhältnissen basirenden Fötör, der oft die tuberculösen Processe, sowie den Zerfall maligner Tumoren und lange verhaltene Fremdkörper begleitet.

¹⁾ l. c. cinquième leçon, pag. 30.

Nach Allem können wir daher nicht soviel Gewicht auf den Charakter des Fötors bei der „Rhinitis syphilitica ulcerosa“ legen, wie Mackenzie¹⁾ dies thut.

Eine grössere Bedeutung kommt schon den Veränderungen der äusseren Nase zu — ganz abgesehen von den meist später auftretenden typischen Verunstaltungen des Nasenrückens — die sich meist als mehr oder minder hochgradige Röthung und Schwellung mit Druckempfindlichkeit darstellen, und, verbunden mit halbseitig ausstrahlenden Kopfschmerzen mindestens den Verdacht erwecken müssen, dass Lues im Spiel sein könnte. Mit Recht hebt daher auch Mauriac²⁾ die Bedeutung dieser Erscheinungen hervor. In unseren Fällen waren Veränderungen der äusseren Nase 12mal zu constatiren.

Was bisweilen geeignet ist, in dubio die Diagnose auf den richtigen Weg zu leiten, das ist die manchmal ein anscheinend so geringes locales Leiden begleitende hochgradige Kachexie.

Mackenzie, der auch diese Kachexie erwähnt, meint, es sei „schwer zu sagen, ob dieselbe die Ursache oder die Folge des localen Leidens ist“³⁾. Offenbar doch keines von beiden, sondern das Localleiden wie die Kachexie sind beide nebeneinander bestehende Folgen einer andern gemeinsamen Ursache: der Allgemeininfection.

Da wir es meist mit früheren Stadien tertiär-syphilitischer Nasenerkrankung zu thun hatten, und durch rationelle Curen dem Umsichgreifen des Processes Einhalt gethan wurde — so bekamen wir die typische Sattelnase nur relativ selten — 3mal — zu Gesicht. Insoferne nun kann hier zu der Ansicht Moldenhauer's⁴⁾ und Michelson's⁵⁾ — dass nicht die Defecte der knorpeligen und knöchernen Scheidewand das anatomische Substrat der Sattelnase seien — ein Beleg beigebracht werden, als zwar bei den drei Patienten mit Sattelnase (Fall 24, 26, 27) umfangreiche Defecte des Septum nachzuweisen waren — dagegen in dem Falle

¹⁾ l. c. pag. 571.

²⁾ l. c. pag. 28.

³⁾ l. c. pag. 567.

⁴⁾ l. c. pag. 117.

⁵⁾ l. c. pag. 12.

(Nr. 25)¹⁾ des grössten Septumdefectes die Gestalt der äusseren Nase völlig unverändert war und blieb.

Das erste und letzte Wort bei der Diagnose der Nasensyphilis wird immer der rhinoskopischen Untersuchung zukommen. Durch diese ermitteln wir „— Ulcerationen, die ihren Sitz vorzugsweise an der Nasenseidewand haben und daselbst nicht selten furchenförmig in sagittaler Richtung verlaufen. — Der Grund der tieferen Geschwüre ist mit Granulationen angefüllt, oder von missfarbenen sphacelösen Gewebstrümmern bedeckt, und stösst die Sonde in letzterem Fall auf freiliegenden nekrotischen Knorpel oder Knochen. Neben diesen Geschwürsprocessen bestehen Schwellungszustände an den Muscheln, zuweilen sogar im Charakter polypoider Hyperplasien. Bemerkenswerth ist die Resistenz der infiltrirten Gewebe.“ — So schildert Michelson²⁾ das rhinoskopische Bild der Rhinitis syphilitica ulcerosa.

Prädilectionssitz scheint in der That die Nasenseidewand zu sein; in unseren 27 Fällen fanden wir sie 20mal betroffen. — Die von Michelson zuerst beschriebene „sagittale Furchen- oder Muldenform“ dieser Ulcerationen, die er geneigt ist als Decubitalgeschwüre aufzufassen, entstanden durch den Druck, welchen die — durch das gummiöse Infiltrat sklerosirten — Muscheln ausüben³⁾, war in sieben dieser zwanzig Fälle deutlich ausgeprägt. Da diese Form der Ulceration also relativ häufig in den früheren Stadien der tertiären Nasensyphilis zur Beobachtung kommt, bei auf anderer Grundlage entstandenen Geschwürsprocessen dagegen nicht vorzukommen scheint, so legt Michelson besonderen Werth auf die Constatirung dieser Erscheinung als eines für die Differentialdiagnose überaus wichtigen Momentes.

Ist der Process weiter vorgeschritten, so bilden sich Perforationen des Septum, die oft den grössten Theil desselben zer-

¹⁾ Patientin ist von Herrn Dr. Michelson in der Sitzung des Vereins für „wissenschaftliche Heilkunde“ am 14. Mai 1888 vorgestellt worden. (Siehe das Referat über die Sitzung: Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 38.)

²⁾ l. c. pag. 6 ff.

³⁾ ibidem pag. 90.

stören und mit Vorliebe am hinteren Abschnitt zu beginnen pflegen.

Wir sahen unter unseren Fällen sieben Perforationen, von denen nur eine ausschliesslich am vorderen Theile des Septum localisirt war.

Auf die grosse Wichtigkeit, ja Unentbehrlichkeit der hinteren Rhinoskopie für die Erkennung syphilitischer Processe im Nasenrachenraum — ist schon vielfach im Verlaufe dieser Arbeit hingewiesen worden; das einleuchtendste Beispiel dafür ist unser Fall Nr. 15: Kein Fötör, keine Beeinträchtigung des Riechvermögens, keine Veränderungen der äusseren Nase — keine Abnormitäten im Bilde der vorderen Rhinoskopie wiesen auf irgend einen ernsteren Process in der Nase hin; ebensowenig zeigte die Schleimhaut des Velum und der Pars oralis des Pharynx — irgend welche verdächtige Erscheinungen. Erst als der Mann, nach den einige Tage hindurch fortgesetzten Vorübungen einer genauen Untersuchung mittelst hinterer Rhinoskopie unterworfen werden konnte, zeigten sich die — in der Krankengeschichte ausführlich geschilderten — Erscheinungen: Ein Ulcerationsprocess am freien Rande des Septum osseum, dem Fornix pharyngis und der pharyngealen Fläche des Velum, und bald darauf am hinteren Theile des Septum ein Sequester, der unter Spiegelleitung entfernt wurde.

Weniger leicht werden dem Beobachter Affectiōnen im Cavum pharyngo-nasale entgehen, wenn die syphilitische Rhinitis zugleich mit Syphilis der Mundrachenhöhle combinirt ist.

Wie häufig diese Complication ist, das erhellt unter Anderem aus dem von Mauriac und Michelson¹⁾ Gesagten zur Genüge; in unseren 27 Fällen fand sie 13mal statt, ein Verhältniss, das übrigens dem bei Mauriac statthabenden (14mal in 29 Fällen) genau entspricht. Was nun die tertiären Erkrankungen der Mundrachenhöhle selbst betrifft, so scheint ihr Prädislocationssitz das Velum zu sein, wie es das Septum in der Nasenhöhle ist; in den hierhergehörigen 13 Fällen war es 11 Mal betroffen. Demnächst fand sich die hintere Pharynxwand vielfach an den Veränderungen betheiligt. Die Schleimhaut der Gaumenbögen und der Ton-

¹⁾ l. c. pag. 46.

sillen — in der Secundärperiode der typische Sitz der Plaques muqueuses — scheint in diesen tertiären Formen seltener afficirt zu werden. Neben einer Röthung und Verdickung der Schleimhaut, die sich oft auf die ganze Mundrachenhöhle, besonders aber auf Velum und Uvula erstreckt und bisweilen eine gewisse Rigidität des Segels bedingt — kommen ulceröse Processe, von den leichtesten Erosionen bis zu tiefgreifenden Geschwüren vor, die ebenso wie in der Nasenhöhle mit Atrophie der Schleimhaut, narbigen Destructionen und Perforationen abheilen. In unseren 13 Fällen war 5mal eine Perforation des Velum, eine des harten und eine des weichen Gaumens zu constatiren.

In vier Fällen pharyngo-nasaler Syphilis war zugleich der Kehlkopf mit in den Process hineingezogen.

Von Wichtigkeit ist die Frage nach der Zeit des Auftretens pharyngo-nasaler Syphilis post infectionem? Michelson zeigte an der Hand von 42 theils von ihm selbst, theils von Mauriac und Schuster beobachteten Fällen, „dass die Gefahr einer Erkrankung an syphilitischen Ulcerationsprocessen der Nase und des Nasenrachenraumes in der Zeit von ein bis drei Jahren nach der Ansteckung am grössten ist.“¹⁾ Und in der That kommen auf dieses Zeitintervall 21 Fälle, also gerade die Hälfte.

Berücksichtigen wir nun die dieser Arbeit zu Grunde liegenden 27 Fälle allein, so ergeben sich etwas abweichende Resultate. Von den 20 Fällen, in denen überhaupt Angaben über die Zeitdauer zwischen Infection und Auftreten der pharyngo-nasalen Affectionen gemacht wurden, kommen auf das

1.—3. Jahr = 6 Fälle,

3.—8. Jahr = 2 Fälle,

8.—14. Jahr = 12 Fälle.

Danach wäre also die Gefahr für die Erkrankungen in dem Zeitintervall des 8.—14. Jahres weitaus die grösste. Die Differenz dieser beiden Resultate wird aber weniger auffallend, wenn man auch in der, aus obigen 42 Fällen abgeleiteten Statistik das Intervall des 8.—15. Jahres mit 12 Fällen gleich hinter dem Intervall des 1.—3. Jahres rangiren sieht, während auf den da-

¹⁾ l. c. pag. 8.

zwischen liegenden Zeitraum vom 3.—8. Jahre, ebenso wie in unserer Aufstellung die geringste Zahl von Erkrankungen fällt.

Das Ergebniss der aus unseren 27 Fällen allein angefertigten Zusammenstellung stimmt übrigens mit den Angaben Mackenzie's,¹⁾ Michel's,²⁾ Moldenhauer's,³⁾ Mauriac's⁴⁾ u. A. überein.

An die eben behandelte Frage schliesst sich eine andere, für die Prognose wichtige: Wie lange bestanden die localen Affectioren schon, als man begann, sie einer rationellen Therapie zu unterwerfen? In dieser Beziehung finden wir in unseren Krankengeschichten meist den Beginn des Leidens von den Patienten auf mehrere Wochen bis einige Monate zurückdatirt, ohne dass ein weit längeres Bestehen ausgeschlossen wäre (siehe Fall 14 u. a.). Dass eine zweckmässige specifische Local- wie Allgemeinbehandlung im Stande ist, selbst nach sehr langem Bestehen ein Weiterstreiten der Processe zu verhüten, wird hoffentlich aus unseren Krankengeschichten klar geworden sein.

Da die vorausgegangene Behandlung in Folge der Behauptung der Antimerkurialisten: Die Quecksilbmercuren prädisponiren gerade zu den sogenannten Tertiärerscheinungen auch in unseren Fällen von Interesse sein dürfte, so sei bemerkt, dass von unseren 27 Fällen neun überhaupt in Abrede stellten, jemals eine antiluetische Cur durchgemacht zu haben. Von den übrigen haben nur sechs sich einer einigermaßen ausreichenden Schmiercur unterzogen, sieben sind mit „ein paar Einreibungen“, die übrigen mit wenigen Sublimatinjectionen oder lediglich mit Jodkali behandelt worden.

— — — — —
 Von den Ergebnissen zu denen diese Arbeit geführt, seien hier zum Schlusse folgende, als meines Erachtens besonders wichtige noch einmal kurz aufgeführt.

1. Die grösste Gefahr für das Auftreten pharyngo-nasaler Syphilis fällt in das Zeitintervall des 1.—3. und des 8.—14. Jahres.

¹⁾ l. c. pag. 586.

²⁾ l. c. pag. 46.

³⁾ l. c. pag. 114.

⁴⁾ l. c. quatrième leçon, pag. 4 ff.

2. Vorausgegangene Quecksilbercuren prädisponiren keineswegs zu den tertiärsyphilitischen Affectionen der Nase, des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle.

3. Bei der pharyngo-nasalen Syphilis ergibt die Exploration des übrigen Körpers in einer beträchtlichen Zahl von Fällen ein vollkommen negatives Resultat.

4. Furchenförmig in sagittaler Richtung verlaufende Ulcerationen der Nasenscheidewand sprechen in dubio für einen syphilitischen Ursprung des Geschwürsprocesses.

5. Der Fötor ist bei der Rhinitis syphilitica ulcerosa durchaus kein constantes Symptom, und hat, wenn er vorhanden, nichts für Lues Charakteristisches.

6. Die als Sattelnase bezeichnete Difformität ist nicht von Defecten der Nasenscheidewand abhängig.

7. Syphilis des Nasenrachenraumes kann bestehen ohne irgend eine erkennbare Veränderung in der Mundrachenhöhle.

8. Die rhinoskopische Untersuchung ist für die Erkenntniss der früheren Stadien der Syphilis der Nase wie des Nasenrachenraumes absolut unentbehrlich.

9. Eine zweckmässig geleitete specifische Local- und Allgemeinbehandlung verhindert selbst nach monatelangem Bestehen syphilitischer Infiltrations- und Ulcerationszustände in Nase und Nasenrachenraum oft noch das Auftreten bleibender Destructionen und erweist sich bei rechtzeitiger Anwendung ausnahmslos erfolgreich.

10. Die im Gefolge der spät-syphilitischen Infiltrations- und Ulcerationsprocesse in der Nasen- und Mundrachenhöhle meist sich entwickelnde Atrophie der betroffenen Gewebe hintanzuhalten, ist indess auch eine rationelle Therapie ausser Stande.

