

kularanhänge und Bildungsanomalien des weichen Gaumens (Spalten). Ein Innerer Mediziner diagnostizierte Aorteninsuffizienz, wurde jedoch, durch die Befunde von Gr., die auf eine Entwicklungshemmung schließen ließen, veranlaßt, auch seinerseits für das Herzleiden eine Entwicklungsstörung anzunehmen (angeborene fehlerhafte Anordnung der Sehnenfäden der Herzklappe).

4. Diskussion zum Vortrag von Herrn Blumenthal: Radikaloperationen ohne Plastik.

Herr Passow: Bl.s Methode sei nicht neu, im Anfange der Entwicklung der Ohrchirurgie hätte man allgemein so operiert, die Einführung der plastischen Methoden sei ein Fortschritt gewesen, den Bl. nun wieder ausschalten wolle. Im Beginn seiner Tätigkeit als Ohrenarzt habe er — Passow — so operiert, wie es Bl. nun als neue Methode vorschlage. Damals wäre man froh gewesen, als man diese Art zu operieren habe aufgeben können. Die Nachbehandlung sei schwieriger bei dieser veralteten Methode, man könne die Wundhöhle schlechter übersehen, außerdem wäre es oft unmöglich, den häutigen Gehörgang als Schlauch zu erhalten, er risse ein. Wahrscheinlich würden die Bl.schen Fälle leicht rezidivieren, was man jetzt noch nicht entscheiden könne.

Herr Brühl spricht auch gegen die Bl.sche Methode, der Gehörgang würde nicht weit genug nach hinten gezogen, dadurch sei die Höhle schlecht zu übersehen, wahrscheinlich würde das innere Ende des Gehörganges aber gangränös.

Herr Wagener: Ob die Radikaloperation wenige Minuten länger dauere mit Plastik als ohne diese, spiele keine Rolle. Die Ansicht Bl.s, daß durch Verdünnung der Haut des Gehörganges die Wachstumsbedingungen für die Epidermis verschlechtert würden, sei falsch. Außerdem sei die Bl.sche Öffnung nach außen viel zu klein, die Epidermis brauche eben Luft und Licht und mazeriere sonst. Deshalb müsse die Öffnung weit gemacht werden.

Herr Blumenthal: Seine Methode sei natürlich nicht für alle Fälle passend. Aber, wenn vorwiegend Antrum und Kuppelraum erkrankt wären, könne man die Operationshöhle klein belassen, und dann sei die Plastik überflüssig. Güttich-Berlin.

II. Dänische Oto-laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. November 1912.

Vorsitzender: Dr. Jörgen Möller. Schriftführer: Dr. Willaume-Jantzen.

1. H. Mygind: Totale Taubheit nach Meningitis cerebrospinalis. Spontane Rückkehr des Gehörs nach 4 Jahren. 3jähriger Knabe, der nach einer febrilen Erkrankung, wahrscheinlich einer Meningitis, völlig ertaubt war; auch das statische Labyrinth war reaktionslos. 4 Jahre später stellte sich auf dem linken Ohre allmählich soviel Gehör ein, daß der Junge die Stimme der Mutter so ziemlich verstehen und auch einzelne von anderen gesprochene Worte wiedergeben kann. Das statische Labyrinth reagiert noch immer nicht.

Diskussion.

Schmiegelow meint, es habe sich nicht um eine komplette Ertaubung des linken Ohres gehandelt; erst, wenn das Kind älter wird, vermag es seine Gehörreste auszunützen.

Vald. Klein hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo das Gehör auf dem einen Ohre allmählich wiederkehrte.

Jörgen Möller erinnert an die Fälle von vermeintlich taubstummen Kindern, die doch später ganz gut hören; es handelt sich um eine unzulängliche zerebrale Perzeption.

2. H. Mygind: Abscessus praevertebralis haemorrhagicus, einen Tonsillentumor vortäuschend. Plötzlicher Tod während der Narkose. 15 jähriger Knabe mit erheblicher Schwellung in der Gegend der linken Tonsille, die ziemlich viel an Größe wechselte. Wiederholte Inzisionen förderten nur Blut zutage. Einige Nackensteifigkeit. Es wurde beschlossen, in Narkose eine genauere Untersuchung vorzunehmen, während des Exzitationsstadiums aber stockte plötzlich die Respiration, und trotz aller Mühe, Tracheotomie usw., trat Exitus ein. Die postmortale Untersuchung ergab einen mit frischem Blut gefüllten Senkungsabszeß, von einer Wirbelkaries ausgehend; der Exitus war offenbar durch erneute Anschwellung wegen frischer Blutung verursacht; vielleicht war eine Vagusläsion entstanden.

3. Ove Strandberg: a) Demonstration eines Instruments für die Behandlung des Kehlkopfes mittels Elektrolyse nach Reyn. b) Demonstration von Patienten. Zwei Patienten mit Lupus, durch Elektrolyse geheilt, ein durch Exzision geheilter Fall, zwei nicht behandelte Fälle, ein frischer und ein alter, endlich ein nach der Pfannenstillischen Methode behandelter Fall von Kehlkopftuberkulose, der jetzt nach 14 Monaten noch immer geheilt ist.

4. Ove Strandberg: Bemerkungen über Lupus vulgaris der Tonsillen. Bei glatten Tonsillen erinnert die Affektion anfangs sehr an Syphilis, bei zerklüfteten Tonsillen dagegen glaubt man anfangs, nur eine chronische follikuläre Angina zu sehen, erst später erscheinen fein granulierte Geschwüre, die der Tonsille ein samtartiges Aussehen verleihen: Zur Frühdiagnose ist die Wassermann-Reaktion und die mikroskopische Untersuchung nötig, ferner muß man auf ein eventuell gleichzeitiges Hautleiden Rücksicht nehmen.

Unter 2087 Fällen des Finsen-Institutes hat S. 28 Fälle von Tonsillenlupus gefunden. Ist das Leiden auf die Tonsillen selbst beschränkt, so ist die Tonsillektomie die beste Behandlung, sonst die Elektrolyse nach Reyn.

5. Vald. Klein: Tortikollis im Anschluß an eine Adenotomie.

Diskussion: Mygind, Nørregaard, Möller.

6. N. Rh. Blegvad: Chronische Mittelohreiterung. Labyrinthfistel. Sinusthrombose. Otogene Meningitis. Operation. Heilung. 14jähriges Mädchen mit chronischer Eiterung beiderseits und leichten Hirnerscheinungen. Spontaner Nystagmus nach links; rechts Kompressionsnystagmus in vertikaler Richtung, Aspirationsnystagmus nach links, links kein Kompressionsnystagmus; kalorischer Nystagmus links normal, rechts bei Kaltwasserspülung Nystagmus nach rechts. Deutliche Nackensteifigkeit und Kernig; Lumbalflüssigkeit steril, leicht getrübt, wenige Zellen, meist polynukleäre. Es wurde rechts Totalaufmeißelung gemacht, bei der eine Sinusthrombose aufgefunden wurde. Patient erholte sich nach der Operation allmählich, doch ist die Funktion des rechten Labyrinths völlig zerstört. Maßgebend für die Seite, an der in diesem Falle operiert werden sollte, war ausschließlich der Kompressionsnystagmus, die übrigen Symptome waren alle zweideutig.

Diskussion.

Schmiegelow hält den Fall für eine toxische Meningitis. Blegvad bestreitet dieses; selbst, wenn in der Cerebrospinal-

flüssigkeit keine Bakterien gefunden werden, können sie sehr wohl in den Meningen vorhanden sein.

7. P. Tetens Hald: Beiträge zur Anatomie der Tonsillen. H. hat das Verhältnis der Tonsillenkapsel zur Plica triangularis und zum vorderen Gaumenbogen studiert und gefunden, daß die Kapsel sich hinter den Palatoglossus nach hinten umbiegt und einen integrierenden Teil der Plica triangularis darstellt. Die hintere Fläche der Plica ist von lymphoidem Gewebe gebildet, so daß der vielfach vorhandene retroplikare Spalt tatsächlich intratonsillar liegt, so wie es auch mit der Fossa supratonsillaris der Fall ist. Bei der Tonsillektomie darf man deshalb nicht hinter der Plica triangularis eingehen, sondern besser durch den Rand des vorderen Gaumenbogens, so daß man sicher ist, an der Außenseite der Kapsel zu sein.

Diskussion: Nørregaard, Klein, Möller, Mygind, Blegvad, Waller.

Sitzung vom 4. Dezember 1912.

Vorsitzender: Dr. Jörgen Möller. Schriftführer: Dr. Willaume Jantzen.

1. K. Nørregaard demonstriert an 3 Patienten die völlige Insensibilität der Tonsillen dem Paquelin gegenüber (ohne vorherige Kokainisierung); der Brennstift muß weißglühend sein, damit er nicht an dem Gewebe adhäriert.

2. E. Schmiegelow: Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Oesophagusleiden. 58jähriger Mann, vor 10 Jahren mit Lues infiziert, kam mit einer erheblichen Oesophagusstenose zur Behandlung, die das oesophagoskopische Bild eines weit vorgeschrittenen Krebses darbot, doch waren keine Geschwüre vorhanden. Jodkaliumbehandlung wurde verweigert, auch als ziemlich nutzlos angesehen. Er wurde später anderswo mit Quecksilber behandelt, kam aber 4 Monate darauf in sehr elendem Zustande wieder; die Schwellung an der Strikturstelle war jetzt bedeutend blasser, weniger höckerig und nicht so ausgedehnt. Patient wurde jetzt mit Jodkalium behandelt, und zwar mit gutem Erfolge, so daß schließlich nur eine geringe Verengung übrig blieb.

3. E. Schmiegelow: Thrombus septicus venae anonymae sinistrae. 32jähriger Mann mit linksseitiger chronischer Ohreiterung, ferner einer Schwellung hinter dem linken Unterkiefer, sowie auch einiger periostaler Schwellung und stark kariösen Zähnen. Es wurde Totalaufmeißelung gemacht, danach 13 Tage Wohlbefinden, dann aber entwickelte sich eine typische Pyämie, deren Ursache nicht entdeckt werden konnte. Nach 9 Tagen Exitus. Bei der Sektion fand man die linksseitigen Halsdrüsen geschwollen; im oberen Teile der Vena anonyma sinistra ein eitriger zerfallener Thrombus; keine Komplikationen von seiten des Schläfenbeins. Die Ursache der Thrombose ist wahrscheinlich die Unterkieferperiostitis gewesen und das Zwischenglied die Drüenschwellungen.

Diskussion: Kiär, Schmiegelow.

4. E. Schmiegelow: Fall von geheilter eitriger Meningitis otogenen Ursprungs. 8jähriger Knabe mit chronischer rechtsseitiger Ohreiterung und seit langer Zeit bestehender totaler Taubheit; Labyrinth zerstört. Es wurde Totalaufmeißelung gemacht; an dem horizontalen Bogengang eine große Fistel. 3 Tage nach der Operation komplette Fazialislähmung, feinschlägiger Nystagmus bei Blick nach links und deutliche Nackensteifigkeit. Bei Lumbalpunktion milchige Flüssigkeit unter hohem Druck entleert, enthielt polynukleäre

Leukocyten, keine Bakterien. Es wurde die Labyrinthoperation vorgenommen und im Meatus acusticus internus ein Abszeß aufgefunden. Nach einer Woche Wohlbefinden und normale Temperatur. Zwei spätere Lumbalpunktionen ergaben weniger getrübte, bzw. fast klare Flüssigkeit. Jetzt völliges Wohlbefinden.

5. K. Nørregaard: Demonstration eines Patienten.

6. Geschäftssitzung. Zum Präsidenten wurde gewählt Dr. Jörgen Möller, zum Vizepräsidenten Dr. Hempel, zum Schriftführer Dr. Speyer. Jörgen Möller-Kopenhagen.

III. Royal Society of Medicine, London. Otologische Abteilung.

Sitzung vom 18. Oktober 1912.

1. Dan Mc. Kenzie: Thrombose des Sinus lateralis, seröse Meningitis, Heilung. Patient 25 Jahre alt, mit linksseitiger chronischer Mittelohreiterung, Schmerzen im und um das Ohr, Schwindel und pyämischem Fieber. Etwas Nackensteifigkeit links, leichter Nystagmus, besonders nach der linken Seite. Im Gehörgang ein Polyp, alte Operationsnarben in der Warzengegend. Totalaufmeißelung: Großes Cholesteatom, Zerstörung des Knochens gegen den Sinus und die (etwas vorgewölbte) Dura mater der hinteren Schädelgrube, desgleichen Fazialis an der inneren Paukenhöhlenwand vom Knie bis an das Foramen mastoideum freiliegend und mit Granulationen bedeckt; der erwähnte Polyp schien in der Fazialisgegend zu entspringen. Inzision des Sinus, Entfernung der Thromben nach oben bis zum Eintritt von Blutung, vom Bulbus her Eiter vorquellend. Vier Tage später wegen fortdauernder Pyämie Unterbindung und Durchschneidung der Jugularis am Halse und Fortnahme des Knochens des Sulcus sigmoideus bis zum Bulbus jugularis. Am nächsten Tage starker Hinterhauptkopfschmerz, leichte Kontraktur der Nackenmuskeln, Übelkeit, Puls 60, sehr unregelmäßig, Temperatur 36,7 bis 39,2°, geringer Nystagmus nach beiden Seiten. Spaltung der jetzt stark vorgebauchten und nicht pulsierenden Dura der hinteren Schädelgrube mit Entleerung unter erhöhtem Druck stehenden Liquors, Punktion des Kleinhirns (negativ), dann, da die meningitischen Symptome nur wenig ermäßigt waren, Labyrinthöffnung und Drainage des inneren Gehörganges (die aber bald wieder fortgelassen wurde). Hiernach allmähliche Besserung, nach 8 Tagen Temperatur normal und die Zeichen der Meningealreizung verschwunden, doch stellten sich noch zweimal Rückfälle ein, die durch die Lumbalpunktion, mit Entziehung von 30 und 8 ccm Flüssigkeit, schnell beseitigt wurden. Das Punktat enthielt zahlreiche Leukocyten, spärliche Lymphocyten, keine Bakterien. Ausgang in Heilung, mit Zurückbleiben der nach der Labyrinthoperation eingetretenen Fazialislähmung. Vortr. hat einen gleich günstigen Einfluß der Lumbalpunktion auch noch in einem anderen Falle mit Hinterhauptkopfschmerz und Übelbefinden, aber ohne Fieber, im Anschluß an eine wegen Eiterung vorgenommene Labyrinthöffnung, gesehen.

Diskussion.

Hunter Tod bemängelt, daß die Jugularisunterbindung nicht von vornherein gemacht worden war, ferner hält er die Drainage durch das Labyrinth und den inneren Gehörgang für überflüssig und bei Vorliegen von Sepsis sogar gefährlich.