

## XV.

### Sitzungsbericht der Berliner otologischen Gesellschaft.

Sitzung vom Jahre 1906: 19. Juni, 13. November, 11. Dezember

von Dr. G. Ritter in Berlin.

1. Herr Sturmann demonstriert 2 Fälle von Rhinolalia clausa. An Deutlichkeit verlieren besonders die Konsonanten m, n, ng. m und n werden durch b und d ersetzt, die sich von den ersteren nur durch den Abschluß des Nasenrachenraums unterscheiden. Von R-Lauten wird nur das Gaumen-R gesprochen. Die Sprache ist zuweilen stockend infolge von Luftanhäufung in der Mundhöhle bei manchen Lautfolgen.

Die Ursache ist in dem einen Fall narbige Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand. Nach einer vor Jahren vorgenommenen Durchtrennung ist später eine Wiederverwachsung eingetreten.

In dem anderen Falle handelt es sich um eine rein funktionelle, hysterische Störung nach einer Angina.

2. Herr Eckstein (a. G.): Füllung retroaurikulärer Öffnungen mit Paraffin. (Krankenvorstellung.)

E. hat durch Einträufeln von Paraffin (Schmelzpunkt 50—52°) in die Höhle diese ausgefüllt. Das Paraffin ist durch Zusatz von Curcuma etwas gelblich gefärbt. Es wird seit 1½ Jahren reizlos getragen und könnte nötigenfalls leicht wieder herausgenommen werden. Um der Plombe den nötigen Halt zu geben, muß auch der Gehörgang mit Paraffin gefüllt werden. Während des Erstarrens muß das Paraffin leicht in die Höhle hineingedrückt werden.

Diskussion:

Herr Passow zieht den plastischen Verschuß solcher Öffnungen auch in kosmetischer Beziehung vor. Das Paraffin bleibe doch immer ein Fremdkörper.

Herr Levy regt an, in radikal operierten Fällen mit häufigen Rezi-  
diven der Eiterung von der Tube aus ev. den Versuch zu machen, die Tube durch einen Paraffinpfropf zu verschließen.

Herr Lucae stellt sich auf den Standpunkt Passows.

Herr Eckstein glaubt nicht, daß der Vorschlag Levy's technisch durchführbar ist.

3. Herr Haike: Bericht über die oto-rhinologische Sektion des Internationalen Ärztekongresses in Lissabon.

- a) Sohler-Bryant: Die psychische Bedeutung von Ohrenleiden. Bei gleichzeitigen Gehörshalluzinationen und Ohrerkrankungen werde durch deren Behandlung oft auch das psychische Leiden günstig beeinflusst.
- b) Spira: Anwendung von Formalin bei Mittelohreiterungen. Durch Einspritzungen, Einträufelungen oder feuchte Tampons.
- c) West: Aufhören epileptischer Anfälle nach Adenoidenoperation und nach Entfernung von Fremdkörpern aus dem äußeren Gehörgang.

- d) Haike: Die Wege der tuberkulösen Infektion des Ohres bei Säuglingen werden durch die Tube gebildet. Hämatogene Entstehung (Henrici) scheinere erst für das spätere Kindesalter zutreffen.
- e) Botey: Paraffininjektion bei Ozaena soll am besten mit einem Paraffin von 45° Schmelzpunkt ausgeführt werden.
- f) Kuhn: empfiehlt die perorale Intubation besonders für die Operation der Nasenrachentumoren.
4. Herr Lange: Präparat eines Falles von Basisfraktur mit Bruchlinie am rechten Schläfenbein durch den Warzenfortsatz und das Mittelohr. Letzteres war schwer verletzt, das Labyrinth makroskopisch und mikroskopisch intakt, der Hörnerv im Porus acusticus durchrissen.
- Diskussion: Herr Passow betont die Wichtigkeit zahlreicher Untersuchungen von Schläfenbeinen Verunglückter.
- Herr Lucae weist auf die leichtere Zerreiblichkeit des Acusticus gegenüber dem Facialis hin. Besonders interessant sei das Fehlen von Blutungen in der Schnecke bei den übrigen schweren Verletzungen der Umgebung.

Sitzung am 13. November 1906.

Herr Herzfeld demonstriert einen Patienten, bei dem es schon nach 10tägigem Bestehen einer Mittelohreiterung zur Sinusthrombose gekommen war. Stauungspapille war beiderseits vorhanden. Der Sinus war bis an die hintere Gehörgangswand vorgelagert, defekt. Ausgedehnte Freilegung des Sinus, Abtragung der äußeren Wand, völlige Heilung nach ca. 6 Wochen. Die Stauungspapille war auffallenderweise auf der ohrkranken Seite erheblich geringer ausgebildet, sie war noch 5 Wochen nach der Operation nicht ganz verschwunden. Bemerkenswert war ferner eine starke Pulsverlangsamung, die Vortr. auf eine seröse Meningitis zurückführt. Der Sinuseiter enthielt Streptokokken in Reinkultur, der Ohreiter dagegen nur Staphylococcus pyogenes aureus

2. Herr Sessou: Demonstration von chronischen Mittelohreiterungen mit fadenförmigen Borken, die von der Mitte des Trommelfells nach dem Rande zu und weiter auf die Gehörgangswand wandern. Zu erklären ist diese seltsame Erscheinung durch das radiäre Wachstum der Trommelfellepidermis, auf der das eingetrocknete Sekret mit fortgeschoben wird.

3. Herr Wagener demonstriert

a) einen großen Tumor des linken Felsenbeins, seit 35 Jahren bestehend, bei einem 65jähr. Manne, wahrscheinlich ein Endotheliom der Dura.

b) einen 13jähr. Knaben mit pulsierendem Trommelfell, seit 1½ Jahren hochgradig schwerhörig ohne sonstige Erscheinungen. Trommelfell normal, vor dem Lichtreflex eine zirkumskripte Stelle, die sich synchron mit dem Puls bewegt. Möglicherweise handelt es sich um die Entwicklung eines Tumors in der Paukenhöhle.

4. Herr Herzfeld: Vorstellung eines Patienten mit Fraktur der vorderen knöchernen Gehörgangswand nach Fall mit dem Kinn auf Steinpflaster. Danach Blutung aus dem rechten Ohr. 5 Tage später konstatierte H. im rechten Gehörgang Eiter, starke Schwellung der rechten Kiefergelenksgegend und der vorderen unteren Gehörgangswand. Innerhalb derselben bei Öffnung des Mundes, die sehr erswert ist, eine Bewegung nach der Oberfläche zu, ausgehend von dem losgesprengten Knochenstück. Der Stoß muß den Unterkiefer von links getroffen haben. Die Behandlung bestand in einem Fixationsverband und passender Diät.

Diskussion:

Zu 1. Herr Brühl hat einen analogen Fall von Sinusthrombose nach 10tägigem Bestehen einer akuten Mittelohrentzündung gesehen. Die Thrombose reichte vom Bulbus bis zum Torcular Herophili. Der Fall wurde geheilt. Auch hier war die Stauungspapille noch wochenlang erkennbar.

Zu 2. Herr Brühl: Wenn Borken auf dem Trommelfell wandern, so werden sie lediglich durch das radiäre Wachstum der Epidermis mitge-

schoben. Außerdem darf in solchen Fällen das Sekret nur minimal sein, so daß es sofort eintrocknet, ohne vorher herabzuffießen.

Herr Sessous ist von vornherein derselben Ansicht gewesen wie Brühl.

Zu 3. Herr Katz hat vor Jahren bei einem Falle von akuter Mittelohreiterung beobachtet, daß bei Druck auf die Vena jugularis der stark pulsierende Eiter aus der Perforation gleichsam herausstürzte; er hat damals eine Dehiszenz in der Fossa jugularis angenommen. An eine solche Möglichkeit ist auch in dem Falle von Wagener zu denken; die Pulsation könnte von der benachbarten Carotis der Vene mitgeteilt sein.

Herr Wagener hat durch seine Versuche an dem Patienten nichts darüber feststellen können.

Zu 4. Herr Passow hat kürzlich noch einen Fall von Fraktur des äußeren Gehörgangs beobachtet infolge von Hufschlag gegen den Unterkiefer, der häufigsten Art der Entstehung. Zugleich war eine größere Zerstörung der Parotis vorhanden.

5. Herr Passow: Zur Othämatomfrage. Krankenvorstellung und Demonstration mikroskopischer Präparate

Das Othämatom entsteht meistens, wenn nicht immer, durch traumatische Veranlassung. Die operierten Fälle sind ohne Entstellung geheilt. Auch ein Versuch mit der französischen Schnittführung parallel dem Helix hat ein gutes Resultat ergeben.

Diskussion: Herr Fließ hat in der Heilanstalt des Herrn Herzfeld eine Schnittführung im unteren Drittel, ebenfalls mit gutem Erfolg, angewendet.

Herr Katz empfiehlt die Exzision eines keilförmigen Stückes aus der Vorwölbung, mit der Basis nach unten.

Herr Herzfeld zieht die Längsinzision vor.

Herr Passow: Die französische Methode bietet gegenüber den anderen keine Vorteile oder Nachteile. Der Vorschlag von Seligmann, den ganzen Sack in toto herauszupräparieren, ist unverständlich und überflüssig, wie die vorgestellten, durch einfache Inzision geheilten Fälle beweisen.

---

Sitzung am 11. Dezember 1906.

Vorsitzender: Hr. Passow.

Schriftführer: Hr. Schwabach

1. Vor der Tagesordnung.

Herr A. Bruck hatte früher einen Fall von blauem Trommelfell vorgestellt, bei dem er damals Varicenbildung angenommen hatte. Später hat er auch bei einem zweiten Falle ein zähes, braunes, kolloides Exsudat durch Parazentese entleert. Dasselbe enthielt spärliche Blutkörperchen (von der Parazentese) und kleinste Fettkügelchen. Die Blaufärbung ist lediglich eine optische Erscheinung und am deutlichsten bei Untersuchung mit Gasglühlicht. Die Exsudate haben große Neigung zu Rezidiven.

2. Herr Max Levy: Die Mortalität der Ohrerkrankungen und ihre Bedeutung für die Lebensversicherung.

L. hat eine Umfrage bei 37 Lebensversicherungsgesellschaften angestellt. Von diesen lehnen 20 jeden Fall von chronischer Mittelohreiterung prinzipiell ab, die übrigen bewilligen bei gutartigen Fällen die Aufnahme mit erhöhter Prämie. Dabei sind jedoch die Erfahrungen der Gesellschaften mit Ohrenkranken keineswegs ungünstig. Ebenso wie bei den Gesellschaften sind auch bei den Ohrenärzten die Ansichten geteilt.

Zur Erlangung einer Statistik hat L. die Sektionsprotokolle der Charité aus den letzten 25 Jahren durchgesehen. Danach beträgt die Mortalität an Ohreiterungen und ihren Komplikationen 0,6 Proz. der Gesamtmortalität. Dieses Resultat wird bestätigt durch die Statistik einer großen Versicherungsgesellschaft, bei der 0,12 Proz. der Sterbefälle Folgen einer akuten Mittelohreiterung waren, zu denen noch etwa die vierfache Anzahl von Sterbefällen infolge chronischer Eiterung hinzuzurechnen wäre.

An 900 aus der Literatur gesammelten Fällen von lebensgefährlichen Komplikationen der Ohreiterung hat L. den Anteil des Alters, des Ge-

schlechts, des akuten oder chronischen Charakters der ursächlichen Ohreiterung studiert und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Komplikationen sind nach chronischer Ohreiterung häufiger als nach akuter, ganz besonders im zweiten und dritten Jahrzehnt.

2. Die Mortalität nimmt bei der akuten Eiterung auch im höheren Alter kaum ab, obwohl die Disposition zur Erkrankung geringer ist. Bei der chronischen Mittelohreiterung ist sie im zweiten und dritten Jahrzehnt hoch, später gering.

3. Die Malignität der Komplikationen bei akuter Mittelohreiterung wächst mit steigendem Alter, besonders durch größere Häufigkeit der eitrigen Meningitis. Aus den Jahresberichten von Schwartz, Habermann und Kretschmann hat L. eine Mortalität von 0,58 Proz. für die akute und von 1,58 Proz. für die chronische Eiterung berechnet. Unter Berücksichtigung der nach Lebensaltern verschiedenen Häufigkeit der Mittelohreiterungen läßt sich die Mortalität der Ohreiterungen prozentual berechnen, und zwar

- a) steigt die Mortalität der akuten Mittelohreiterung mit vorrückendem Alter von 0,2 bis auf 2,0 Proz., also auf das Zehnfache an.
- b) Bei der chronischen Eiterung ist sie im zweiten Jahrzehnt mit 2,6 Proz. am höchsten und schwankt von da ab zwischen 1,4 Proz. und 2 Proz.

Auf Grund dieser Ergebnisse stellt L. folgende Thesen auf:

1. Der prinzipiell ablehnende Standpunkt unserer deutschen Versicherungsgesellschaften Antragstellern mit chronischer Ohreiterung gegenüber ist nicht berechtigt.

2. Wenn die Ohreiterung nach klinischer Erfahrung als gutartig erscheint, kann Aufnahme mit erhöhter Prämie erfolgen.

3. Die Entscheidung kann nur ein Ohrenarzt treffen.

Nach einigen kurzen Bemerkungen von Passow, L. Feilchenfeld und Max Levy wird die Diskussion vertagt.

---