

## XIX.

### Segundo Congreso español de Oto-Rino-Laringología celebrado en Barcelona del 19 al 22 de Septiembre de 1899.

Sección de otología.

Bericht von

Dr. Iwan Braunstein.

1. D. Luis Suñé y Moliet: Was kann man von der elektrischen Behandlung der Labyrinthaffectionen erwarten?

Vortragender hat bei Erkrankungen des Nerv. acust. zahlreiche Heilungsversuche durch Anwendung des galvanischen Stromes gemacht, nachdem er auf dem Brüsseler Congress (1888) von den Erfolgen gehört hatte, die Dr. Laroche mit dieser Behandlungsmethode erreicht haben wollte. Das Resultat seiner Untersuchungen und Bemühungen ist aber ein negatives geblieben, und er glaubt, dass den Angaben von Laroche diagnostische und technische Irrthümer zu Grunde gelegen haben. Den Brenner'schen Angaben gegenüber steht Vortragender auf dem Standpunkte Schwartze's, Pollacks, Gaertners u. A.

Um die Einwirkung des galvanischen Stromes auf die kranken Gehörnerven besser kennen zu lernen und eine wissenschaftliche Besprechung dieses Vorganges auf dem nächsten Congress zu ermöglichen, fordert er von den Forschern folgende Angaben: 1. Genaue Diagnose des Leidens, 2. exakte Bestimmung, ob die Krankheit nur labyrinthär ist oder ob andere Theile des Gehörorgans daran mit betheiligt sind, 3. ob das Leiden mit Allgemeinerkrankungen zusammenhängt (Gicht, Skrophulose, Lues), 4. dass festgestellt werde, ob Taubheit und Ohrensausen Reflex- und Fernwirkungen sind, 5. ob Hysterie und Neurasthémie besteht, 6. ob Pat. für Suggestion zugänglich ist. Dann verlangt Vortragender genaue Angabe 1. der technischen Vornahmen. 2. der Apparate, Minimum und Maximum der Milliampères, der Stelle der Stromeinwirkung, ihrer Dauer und Erträglichkeit, Zahl der Einwirkungen, Effect der einzelnen und ihre Fernwirkung, der objectiven und subjectiven Erscheinungen während des Schliessens von Kathode und Anode, ob der positive oder der negative Pol den Tragus berührt.

2. D. Rafael Forn's aus Madrid. Klinische Fälle, welche die Unabhängigkeit der Tuben vom Attico-Mastoidraum des Mittelohrs beweisen.

Unter Tubenraum (*cámara tubárica*) versteht der Vortragende den unteren, unter Attico-Mastoidraum (*cámara ático-mastoidea*) den oberen hintern Theil des Mittelohrs.

Der erstere bildet einen einheitlichen Raum, während der letztere in eine Reihe von Hohlräumen eingetheilt ist, die zuweilen mit einander in Verbindung stehen: in den Attikraum und in eine Gruppe von Knochenzellen, die nach ihrem histologischen Bau Aushöhlungen von spongiösem Knochen sind.

Dass die beiden Haupträume eine verschiedene Bestimmung haben, beweist sowohl ihre Bildung wie auch ihre völlig verschiedene Auskleidung. In dem Tubenraume findet sich cylindrisches Flimmerepithel an der innern

Wand und der Gegend unmittelbar an der Tubenmündung, besonders auf der unteren Seite des Knochenkanals für den *Musc. tens. tymp.*, neben Becherzellen und Uebergangsformen zum Pflasterepithel an der Promontoriumswand und in der übrigen Paukenhöhle. Im Attik-Mastoidraume findet sich einfaches oder geschichtetes Pflasterepithel und im *Aditus ad antrum* und *Antrum* echtes Endothel (*un verdadero endotelio*). Ref. Drüsen finden sich nirgend vor, aber dafür ein Ueberfluss von Capillaren und Markzellen, die besonders dem *Antrum* ein den rothes Mark enthaltenden kurzen Knochen ähnliches Aussehen geben. — Vortragender theilt einen Fall von *Caries syphilitica* mit, in dem er die Atticotomie gemacht hatte, ohne die Gehörknöchelchen zu entfernen. Der Kranke stellte sich ein Jahr nach der Operation als geheilt wieder vor, und durch eine Reihe von Versuchen wurde festgestellt, dass zwischen dem Tubenraum und dem äusseren Gehörgang keine offene Verbindung bestand, obschon sich letzterer mit dem Atticoraume in breiter Communication befand.

In einem zweiten Falle von chronischer Mittelohreiterung und polypöser Wucherung aus dem Attikraume, stellte Vortragender Versuche gemeinsam mit Dr. Botella an. Die Shrapnell'sche Membran und ein grosser Theil der Attikwand waren zerstört, der Hammerkopf und ein Theil des Ambosskörpers fehlten. Das Trommelfell war ausser der *Membrana flaccida* erhalten, seine Epidemis durch die Eiterung verändert. Nach Anwendung des Politzer'schen Verfahrens war der Hammergriff geröthet, und der obere freie Rand des Trommelfells hatte sich vom Attik mehr entfernt. Bei der Luftmassage fühlte die Patientin die Bewegungen des Trommelfells. Beim Sondiren durch den Defect der Shrapnell'schen Membran gelangte man auf eine membranöse Wand, ohne auch nur eine enge Oeffnung in derselben zu finden. Darauf wurde der Attikraum mit Wasser gefüllt, während die Kranke den Kopf zur Seite neigte. Beim Einblasen der Luft (Poltizer) mit mässiger Krafterwendung hob sich die Flüssigkeit in denselben Augenblick, als die Kranke den Eintritt von Luft in der Paukenhöhle merkte, aber es stieg keine Luftblase im äusseren Gehörgang empor (*no salía por el conducto ni una sola burbuja de aire*). Auch beim Schlucken mit verschlossener Nase fühlte die Patientin kein Hinabtreten der Flüssigkeit. Hiernach würde das Politzer'sche Verfahren mit starkem Drucke in derselben Haltung der Kranken angewandt, wobei Luftblasen durch den Gehörgang austraten. Bei Injectionen, die mit einiger Kraft ausgeführt wurden, gelangte keine Flüssigkeit in den Nasenrachenraum, sondern erst wenn dieselben mit grosser Gewalt gemacht wurden.

Aus diesen klinischen Beobachtungen und seinen topographisch-anatomischen Untersuchungen schliesst Vortragender, dass die Abtheilungen des Mittelohrs nicht alle mit einander in Communication stehen.

In der Discussion giebt Dr. Suñé y Molist zu, dass er in den Präparaten von Dr. Forn's zwischen den Tuben- und Attico-Mastoidraum eine Scheidewand gesehen habe, da er nicht annehmen könne, dass Dr. Forn's ihn durch Anbringung einer Hausenblasenmembran getauscht habe (*que Forn's le hubiese engañado poniendo allá una membranita de ictiacola*). Aber auf dem Congress in London habe ihn Politzer darauf aufmerksam gemacht, dass zwischen den Gehörknöchelchen, der *Membrana flaccida* und dem Attikraume membranöse Stränge vorkämen, aber keine vollständige Membran. Indessen habe er in Hunderten von Fällen mit Perforation der Shrapnell'schen Membran bei Lufteinblasungen in die Paukenhöhle stets ein tympanisches Geräusch in Folge der Bewegung des Trommelfells, aber niemals das charakteristische, zischende Perforationsgeräusch gehört, auch nicht, wenn keine Wucherung die Oeffnung verschloss. Wenn ihm entgegengehalten werde, dass adhärente Exsudate den Luftaustritt verhindert hätten, so scheine es ihm befremdlich, dass kurze Zeit bestehende Exsudate dem Luftdrucke widerstehen sollen statt auszuweichen oder sich zu zertheilen.

Auch hat er ein durch die Tube eingeführtes Bougie durch das Trommelfell beobachten können. Dasselbe gelangte nicht ins *Antrum*, trotz der ihm von der Tubenmündung dorthin gegebenen Richtung. Zweifelhaft ist, ob es durch die Forn'sche Scheidewand gehindert wurde oder gegen

den knöchernen Rand des Aditus anstiess. Er nimmt an, dass die Forns'sche Scheidewand in der Mehrzahl der Fälle vorhanden sei, besonders desshalb, weil Attik und Antrum nicht mit Schleimhaut ausgekleidet seien, (no ser membrana mucosa la que tapiza al ático y el antro.) und daher für diese Räume kein freier Abfluss nöthig sei. Aber wenn ein guter Anatom an einigen hundert frischen Präparaten des Mittelohrs ihm zeigte, dass die Forns'sche Scheidewand keine ununterbrochene Membran sei, so würde er sich veranlasst sehen, seine irrthümlichen Ansichten aufzugeben und auf einem anderen Wege eine Erklärung für seine klinischen Beobachtungen zu suchen. Dr. Torres fragt Dr. Forns wie es möglich sei, dass bei vollständiger Trennung des Tubenraumes vom Attik-Mastoidraum durch die von ihm entdeckte Scheidewand eine Entzündung der Paukenhöhle eine Mastoiditis acuta hervorrufe.

3. Dr. Ramon Castañeda (de San Sebastian): Beitrag zum Studium der vom Ohr ausgehenden Halsabscesse.

Vortragender theilt mit Broca und Hamon de Fourgeray diese Halsabscesse in drei Kategorien ein:

1. Abscesse, die in directer Verbindung mit der Otitis stehen, bei denen der Eiter auf directem Wege in die Gewebe des Halses eingedrungen ist.

2. Abscesse, die auf venösem Wege durch Thrombose des Sinus transversus und der Vena jugularis interna entstanden sind.

3. Abscesse, die auf dem Wege der Lymphbahnen sich gebildet haben.

Er theilt zwei Fälle mit, die zeigen, dass es bei diesen Abscessen sehr schwierig sein kann, ihren Ursprung (Mastoiditis Bezold) richtig und zeitig zu diagnosticiren.

Im ersten Falle war eine Mastoiditis Bezold angenommen worden. Patientin hatte über starke Schmerzen im linken Ohr und Schwerhörigkeit geklagt. Aber während der Behandlung wurde es klar, dass die Ursache des Abscesses eine Otitis circumscripta des Gehörgangs war, welcher ein periauriculäres Oedem mit Periostitis externa gefolgt war, das sich auf das subcutane Zellgewebe und die membranöse Verbindung zwischen knorpeligem und knöchernem Gehörgang fortgepflanzt hatte und den Halsabscess durch eine der Incisurae Santorini hindurch nach Eröffnung des Gehörgangs gebildet hatte. Von der unteren Wand des Gehörgangs führte ein Gang in den Abscess. Dieser wurde eröffnet und die Incision bis zum knorpeligen Gehörgang verlängert. Unter antiseptischen Kautelen heilte die Wunde, ohne dass Krankheitssymptome im Mittelohr oder Warzenfortsatz auftraten.

Im zweiten Falle litt Patient seit Kindheit an Eiterung aus dem rechten Ohr. Seit 20 Wochen Exacerbation der Schmerzen. In der rechten Nackengegend eine starke diffuse Anschwellung, schmerzhaft-fluctuirend. Ueber Processus mast. keine Anschwellung, aber Druckempfindlichkeit. Trommelfell perforirt, Granulationen aus dem Attik. Fötide Eiterung. Bei Druck auf den Abscess zeigte sich keine Verbindung mit dem Mittelohr. Antrum und Attik wurden eröffnet, die Granulationen entfernt mit den cariösen Resten. Es fand sich kein Gang zu dem Halsabscess. Hierauf wurde letzterer gespalten und die Abscesshöhle ausgeräumt bis zur Spitze des Proc. mast. Diese war normal. Vortragender bezeichnet diesen Fall als ein Phlegmone substernomastoidea durch ganglionäre Infection vom Ohr aus entstanden. Er macht darauf aufmerksam, dass solche Fälle wenig bekannt sind und die anatomischen Lehrbücher wenig Aufschluss geben über die Lymphcirculation und ihre Ausmündung. Die Mastoiditis Bezold ist sehr selten. Broca fand unter 200 Fällen nur eine und diese war zweifelhaft.

Vortragender fasst seine Anschauungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Mastoiditis Bezold verlangt eine besondere anatomische Disposition. Sie entsteht nur auf einem vorgebildeten Wege und ist selten.

2. Der Ursprungsort der fortkriechenden Halseiterung ist sehr verschieden und der pathognomische Werth des Eiterraustritts im äusseren Gehörgang beim Drücken auf den Abscess verschwindet, sobald mehrere periauriculäre Abscesse dahin ausmünden, ohne dass eine Mastoiditis besteht.

3. Die Operation allein kann den Weg der Abscessbildung zeigen. Sie soll mit der Incision des Abscesses beginnen, wenn derselbe sicher zu diagno-

sticiren und die Mastoiditis nicht deutlich entwickelt ist und umgekehrt mit der Eröffnung des Warzenfortsatzes, wenn seine Entzündung feststeht und in der Halsgegend sich nur eine Anschwellung und Infiltration zeigt. —

D. Avelino de Martin (de Barcelona): Labyrinthär genannte Taubheiten, deren Sitz wenig bekannt ist. Von den physiologischen Vorgängen des inneren Ohres ist wenig Sicheres bekannt. Darauf beruht der bedeutende Unterschied in unserer Kenntniss der Pathologie und Therapie des Mittel- und inneren Ohres. Auch die Hypothesen von Hensen und Helmholtz sind nicht genügend begründet, um darauf eine Pathologie und eine rationelle Therapie aufzubauen. Ebenso sind die physiologischen Vorgänge in den Hörcentren noch dunkel.

Vortragender theilt 4 Fälle mit, die er zum Studium der Taubheit mit extralabyrinthärem Sitz für besonders geeignet hält.

1. 18 jähriges Mädchen, ohne erbliche Belastung, von guter körperlicher Constitution, lymphatisch-nervösem Temperament wurde vollständig taub nach einer heftigen moralischen Erregung, die mit Krämpfen und vorübergehendem Bewusstseinsverlust endete. Trotz Anwendung aller bekannten therapeutischen Mittel hat sich seit einem Jahre der Zustand nicht geändert. Nur die Anwendung eines galvanischen Stromes von 4 Milleampères verursacht subjective Geräusche, ohne Gehörerscheinungen. Mittelohr ist gesund, ausser einer leichten Depression des Trommelfells, die Tuba durchgängig und die Anwendung des Katheters ändert an dem Zustande der Patientin nichts.

2. Potator, 23 Jahr alt, erblich nicht belastet, bei dem früher Mandeln und Adenoide entfernt worden sind. Beim Aufwachen aus einem starken Rausche hört er ausser starken subjectiven Geräuschen nichts mehr. Anfangs wurde eine alkoholische Intoxication angenommen und Patient dementprechend behandelt. Aber bald ergab sich, dass die Taubheit vollständig war. Stimmgabeltöne vom Scheitel wurden nicht gehört. Paukenhöhle und Nasenrachenraum o. B. Die Anwendung von Pilocarpin und Jodpräparaten war erfolglos. —

3. Mann, 28 Jahr alt, ohne erbliche Belastung, wurde vor 6 Monaten bei einem Platzregen durchnässt; konnte seine Kleider nicht wechseln, sondern musste im heftigen Regen weiter arbeiten. In der Nacht traten Schüttelfrost ein und heftiger Kopfschmerz. Morgens hörte Patient nichts mehr. Nervus acusticus reagirt. Trotz Anwendung der gebräuchlichen Mittel bisher keine Besserung.

4. Kind, 21 Monate alt, sprach und lief seinem Alter entsprechend, bis vor 5 Monaten plötzlich Schwindelanfälle mit Erbrechen und hohen Temperaturen auftraten. Der hinzugezogene Arzt diagnosticirte eine Magenverengerung. Das Ohr untersuchte er nicht, die Intelligenz des Kindes war ungestört. Nach 12 Tagen schwand das Fieber und die Erscheinungen vom Magen her waren geheilt. Aber das Kind konnte keinen Schritt mehr gehen, und später zeite es sich, dass dasselbe taub war. Hier wurde die Volto lini'sche Krankheit für einen Magenkatarrh gehalten.

Diese 4 Fälle und andere analoge zeigen durch gewisse gemeinsame Charaktere, dass die anatomisch-pathologische Schädigung annähernd denselben Sitz hat. Diese gemeinsamen Charaktere sind: die Doppelseitigkeit, die Plötzlichkeit des Auftretens, das Fehlen vorhergehender Erscheinungen, die Vollständigkeit und Unheilbarkeit.

Obige 4 Fälle haben eine ganz verschiedene Aetiologie, und doch ist in allen der Ausgang derselbe. Daraus lässt sich vermuthen 1) dass direct oder indirect das acustische Perceptionscentrum geschädigt, 2) dass dies Centrum einseitig ist, oder wenn es doppelseitig ist, eine solch innige functionelle Beziehung zwischen beiden besteht, dass die Verletzung des einen die Function des andern mit aufhebt.

In den angeführten Fällen handelt es sich nicht um solche, die, wie Gellé annimmt, im Mittelohr beginnen und durch Reizung, Druck oder Erschütterung des Labyrinthinhalts als Gehirnschlag endigen. Denn es ist auffallend, dass stets beide Gehörorgane befallen werden, und die von Bezold behauptete Thatsache muss berücksichtigt werden, dass gewisse Theile des Labyrinths der Zerstörung entgehen und dass demnach einzelne sehr hohe oder sehr tiefe Töne wahrgenommen werden müssten.

Ebenso wenig darf die Störung im Nervus acusticus gesucht werden. Denn Neubildungen entwickeln sich langsam, ebenso Atrophie, Kalklagerungen, Erweichung, fettige Entartung, Tuberculose, Compression. Ausserdem ist in diesen Fällen fast immer der Gesichtsnerv in Mitleiden schaft gezogen und sehr oft der Trigeminus und Oculomotorius externus (abducens). Auch darf die Ursache dieser Taubheit nicht in der Medulla oblongata, (Bulbus medullae spinalis) in der Wurzel der Gehörnerven gesucht werden, weil in derselben Gegend der Trigeminus, Hypoglossus, Oculomotorius und Pneumogastricus entspringen.

Nur der Nucleus auditivus kann der Sitz der Störung, welche die Taubheit verursacht, sein. Dies Gehörcentrum liegt nach Ferrier, Luciani und Tamburini, Charcot und Vulpian in der Temporo-occipitalgegend des Gehirns. Nach Munk, der seine Versuche an Hunden machte, verursacht die Rindenverletzung des Lobulus temporalis die sogenannte psychische Taubheit.

Es scheint bewiesen, dass die vollständige und plötzliche Taubheit in den Hörcentren oder in den Fasern, die direct in sie münden, ihren Sitz hat. Ausser den angeführten Thatsachen, die durch Exclusion diesen Satz beweisen, bekräftigt ihn auch die Häufigkeit, mit der die Infectionen Ursache der Taubheit sind, ohne direct den Hörapparat anzugreifen (sin atacar directamente el aparato auditivo). Nach dem Grade der Häufigkeit geordnet sind dies 1) die exanthematischen Fieber (besonders Masern und Scharlach) 1<sup>o</sup> las fiebres eruptivas (en particular el serampión y la escarlatina), 2) die Meningitis, 3) die anhaltenden Fieber, in Folge deren sich Meningitis entwickelt, 4) die hereditäre Syphilis. Wir wissen nicht, zu welcher von diesen Gruppen wir die sogenannte Voltolini'sche Krankheit zählen sollen, da ihr Entdecker sie zu einer primären Labyrinthkrankung in Beziehung bringt, während andere Autoren geneigt sind, anzunehmen, dass es sich um eine Meningitis, beschränkt auf den 4. Ventrikel oder auf die Hörnerven, handelt. Die durch eine Meningitis cerebrospinalis epidemica verursachte Taubheit hat bezüglich ihres Sitzes grosse Aehnlichkeit mit der Voltolini'schen Krankheit.

Vortragender bespricht noch die Bedeutung der hereditären Syphilis für die Taubheit und schliesst mit den Angaben, dass nach seiner Auffassung die doppelseitige, plötzliche, vollständige und unheilbare Taubheit ihren anatomischen Sitz jenseits des Labyrinths, wahrscheinlich jenseits des Bulbus (Medulla oblongata) habe und dass man heute die Hypothese von den intralabyrinthären Exsudaten und den veränderten Vasomotoren als Ursachen für die durch obige vier Epitheta gekennzeichnete Taubheit fallen lassen könne. Nach Annahme dieser Voraussetzung ergibt sich kategorisch, dass den Taubheiten, die im Mittelohr, im Labyrinth oder im Hörnerven ihre Wurzel haben, eine von den 4 Eigenschaften fehlt.

In der Discussion bemerkt Dr. Suñé, dass, solange diese Taubheiten unheilbar seien, die Prophylaxe von grösster Wichtigkeit sei, wegen der Zerstörung zum Hören notwendiger Organe, welche diese unklaren Krankheiten durch Hämorrhagien in der Schnecke oder cerebrale Exsudate verursachen, worauf Dr. Martin in seiner Antwort auf der Thatsache besteht, dass der Sitz der Taubheit ausserhalb des Gehörapparates im Laufe der Nervenfasern zu den Perceptionscentren oder in diesen selbst zu suchen sei.

5. Dr. José Coll y Bofill de Barcelona. Einiges über die pathologischen Beziehungen zwischen dem Hör- und Sehapparat.

Vortragender bespricht einen Fall, in dem ein 3jähriges sonst gesundes Kind plötzlich mit hohem Fieber und eklamptischen Anfällen erkrankt. Dazu treten Verdauungsstörungen und nach einigen Tagen Rasselgeräusche über beiden Lungen. Am 16. Krankheitstage Verlust des Sehvermögens und Ausfluss von blutigem Eiter aus dem linken Obre. Eintritt völliger Taubheit. In der sechsten Krankheitswoche wurde Vortragender zugezogen. Hör- und Sehvermögen waren vollständig erloschen; die Pupillen waren weit und unbeweglich, die Hautsensibilität herabgesetzt, Fieber nicht hoch, Puls langsam, Speichelfluss, Leib eingezogen.

Ueber der Lungenbasis noch Rasselgeräusche, Pat. liess den Urin unter

sich gehen. Ernährungszustand wenig befriedigend. Im linken Gehörgang wenig Eiter; Trommelfell macerirt, geröthet, in der unteren Hälfte eine kleine runde Perforation. Proc. mast. ohne Röthung und Schwellung, aber druckempfindlich. Im rechten Ohr Trommelfell geröthet, vorgewölbt, Hammergriff völlig verwaschen. In der Mastoidgegend keine Symptome.

Diagnose: Otitis media suppurativa beiderseits, Mastoiditis links.

Die vorgeschlagene Paracentese wurde erst den folgenden Tag vorgenommen, dagegen sofort der Warzenfortsatz mit Quecksilbersalbe bedeckt und Ohr ausspülen mit Sublimatlösung 1:2000 gemacht.

Nach der Paracentese gingen die Krankheitserscheinungen langsam zurück, und 3 Wochen später war das Kind völlig geheilt.

Vortragender nimmt an, dass es sich hier um eine Allgemeininfektion (durch Grippe, Pneumokokken, Bacterium coli etc.) gehandelt habe, die der Reihe nach auf folgende Organe übergegangen sei: 1) den Verdauungskanal, 2) die Bronchien, 3) die Meningen, 4) das Gehörorgan. Dass die cerebrale Erkrankung früher eintrat als die des Ohres wird dadurch bewiesen, dass die Erblindung 15 Tage früher erfolgte als die Spontanruptur des linken Trommelfells.

Ueber die Vorgänge in den Nervencentren giebt Vortragender folgende Aufklärung: 1. Zeichen einer allgemeinen Meningitis und eines grossen cerebralen Druckes waren nicht vorhanden; 2. die Taubheit war absolut vor der Entwicklung der rechtsseitigen Otitis und die Knochenleitung war aller Wahrscheinlichkeit nach aufgehoben, wofür die einfache Mittelohrentzündung keine genügende Erklärung giebt. 3. Die Krankheit ging zurück und endete mit einer Restitutio ad integrum. Diese 3 Punkte weisen darauf hin, dass eine allgemeine Hyperämie der Meningen bestehen konnte, dass aber die Hauptverletzung wahrscheinlich congestiv-entzündlicher Natur auf einen encephalischen Herd beschränkt war.

Vortragender bespricht nun den Faservorlauf der Seh- und Hörnerven, um seine Ansicht anatomisch zu begründen.

In der Discussion widerspricht Dr. Suñé den Ausführungen Dr. Coll's, indem er behauptet, dass eine Otitis acuta bei fieberhaften Infektionskrankheiten genüge, um Krankheitserscheinungen wie in dem besprochenen Falle hervorzurufen, und dass diese verschwinden, wenn durch die Paracentese dem Eiter ein freier Ablauf geschaffen wurde.

Ihm gegenüber hält Dr. Coll seine Ansicht aufrecht, ohne neue Gründe anzuführen.

6. Dr. José. A. Masip, de Barcelona: Die Mittelohrentzündungen bei Kranken mit Rhinitis atrophica.

In der Fachliteratur finden sich hierüber wenige Beobachtungen. Vortragender theilt 6 Fälle aus seiner Praxis mit, in denen die Rhinitis atrophica begleitet war von einer doppelseitigen Otitis media chronica. Es handelt sich um Kranke im Alter von 11 bis 21 Jahren. Diese Otitiden unterscheiden sich von der gewöhnlichen Sklerose durch das jugendliche Alter der Patienten, dadurch, dass sie gleichzeitig oder mit sehr geringem Zeitunterschied beide Ohren befallen, dass das Ohrensausen fehlt oder nur sehr schwach ist, dass keine Willis'sche Paracusis, keine Hyperämie des Trommelfells und schliesslich keine Labyrintherscheinungen vorhanden sind. Im Mittelohr soll hierbei eine Umwandlung des Flimmerepithels in Pflasterepithel und eine Infiltration der Subepithelialen Schicht durch Randzellen eintreten.

Vortragender theilt noch 13 weitere Fälle mit von Rhinitis atrophica mit ein- oder doppelseitiger Otitis media acuta, oder ein- oder doppelseitiger Otitis media chronica oder purulenta.

Nach seinen Beobachtungen kommen bei Rhinitis atrophica in ca. 50% Fällen Ohrcomplicationen vor, und in ca. 17% sind sie durch die Erkrankung der Nase verursacht.

In der Discussion bemerkt Dr. Forn's, dass es höchst einfach sei, sich über die anatomisch-pathologischen Veränderungen bei dieser Krankheit zu vergewissern, worauf Dr. Masip erwidert, dass es, in Spanien wenigstens, sehr schwierig sei, entsprechende Präparate zu erhalten.

Ausserdem wurden noch folgende Vorträge gehalten: Dr. Rafael Forns de Madrid: Beitrag zum Studium der Auskleidung der verschiedenen Höhlen des Mittelohrs.

Dr. Alvaro Presta de Barcelona: Der Zucker bei der Behandlung der chronischen Eiterungen der Paukenhöhle.

Dr. L. Suñé y Molist de Barcelona: Das Formol und die chronischen Eiterungen des Mittelohrs.

Dr. Pedro Borrás y Torres de Barcelona: Besprechung eines klinischen Falles von secundärem Sarkom des linken Gehörgangs.

Dr. R. Forns de Madrid: Einleitungsvortrag zur Erklärung von 150 Präparaten der topographischen Histologie des äussern und Mittelohres.

Dr. R. Forns: Schlussrede der Session.

---